

Ano XIII

N.º 4

Abril 1936



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

A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Menezes,
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 a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, GARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

DOCTOR:

NO/ CASO/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrend ROBERT!

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

Sala 3

Est 9

Tab. 2

N.º 40

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

240. Rua da Palma, 246

ESPAZMOS

da musculatura lisa desaparecem rapidamente após a administração do

EUPACO MERCK

em estados espasmódicos do
tracto gastro-intestinal
vias biliares
sistema uro-genital

EUPACO em comprimidos
tubos de 10 comprimidos.

EUPACO em supositórios
caixas com 5 supositórios.

EUPACO - ampólas (Eupaverina com atropina) caixas de 3 ampólas.

E. MERCK
Fábrica de productos químicos
DARMSTADT



Representantes para Portugal:

QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua da Palma, 165

Porto

Rua do Almada, 59

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS.

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

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

SIEMENS REINIGER

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina Electrodentária

Aparelhos PHONOPHOR para surdos

Lâmpadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-
-Vermelhos ORIGINAL HANAU

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED.

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito eficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmódicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

INSULINA 'A.B.'



a 1.^a apresentada na Europa

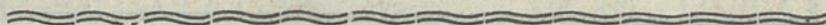
PUREZA GARANTIDA

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

Absolutamente inalterável — Acção constante
Isenta de proteínas — Não produz reacção

Folhetos e amostras aos Ex mos Clínicos

COLL TAYLOR, L.DA — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA — TELE F. 21476
G. DELTA



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 Loios, 35 - 37

Amigdalites Laringites Faringites

As afecções agudas da faringe e da laringe respondem ao tratamento com ANTIPHLOGISTINE.

Quando aplicada de uma à outra orelha, tão quente quanto o paciente a possa suportar com conforto, a sua acção analgésica e anodina serve para aliviar a congestão e incómodo locais.

É a medida terapêutica mais satisfatória para o tratamento desses estados, para os quais o emprego e a longa permanência do calor húmido estão indicados.

Amostra e literatura sob pedido

ANTIPHLOGISTINE

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.

LISBOA

Uma nova preparação
dos Laboratórios do Dr. P. Astier:

LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos
sem tóxico nem analgésico

33% de princípios activos

- DISSOLVE O ACIDO ÚRICO
- EVITA O EXCESSO DESTA
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

*Uma única colher de chá de LYXANTHINE
é equivalente a muitas doses dos
dissolventes vulgares*

AFECÇÕES REUMATISMAIS

Gota — Litiase renal — Artritis

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Contribuições morfológicas para o problema dos tumores</i> , por Friedrich Wohlwill	Pág.	195
<i>Sur la méthode de Masciottra et Martinez de Hoz pour le diagnostic biologique de la gressesse</i> , par D. Pedro da Cunha	»	223
<i>O exame radiológico das mastoideas, sua técnica e utilização clínica</i> , por Fernando Mattos Moreira e M. Soares da Veiga	»	228
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	237
<i>Noticias & Informações</i>	»	XIII

CONTRIBUIÇÕES MORFOLÓGICAS PARA O PROBLEMA DOS TUMORES

I. — Três formas diferentes de neoplasias rádio-sensíveis

b) *Tumores linfoepiteliais*

POR

FRIEDRICH WOHLWILL

Prosector do Instituto Português de Oncologia

É facto corrente aparecerem novos conhecimentos de grande alcance mundial ligados ao nome de um homem notável. Se, porém, profundamos a história da ciência, logo reconhecemos que as descobertas não são obra de mero acaso, mas que brotam somente quando o tempo está maduro para as receber; e assim se verifica amiúde que, no instante em que uma verdade foi expressa pelo autor cujo trabalho a veio revelar, já outros investigadores andavam também muito perto dela. É evidente que este facto acontece muito mais frequentemente com descobertas de pequena monta; o estado da ciência e da técnica, em um dado momento histórico, conduz, quasi inevitavelmente, ao progresso e ao desenvolvimento em uma direcção determinada, e por isso não é de admirar que, de vez em quando, dois ou mais investigadores manifestem a mesma idea simultaneamente ou separados por pequeno intervalo de tempo e sem dependência uns dos outros.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Assim sucedeu com as neoplasias de que vamos ocupar-nos, os *tumores linfoepiteliais*. Podia causar estranheza que a anatomia patológica, que há tantos anos consome tempo e trabalho com o estudo da estrutura e da composição dos neoplasmas, não tivesse conseguido, antes de 1921, isolar estes tumores como alguma coisa de especial, como uma unidade biológica e genética. Mas em breve veremos que a dificuldade da delimitação desta espécie de tumores encontra completa justificação na sua morfologia. Neste caso foi a necessidade prática do radiologista, de que em artigos anteriores falámos, que principalmente contribuiu para o reconhecimento das particularidades destas neoformações, caracterizadas, como logo se mostrou, por uma alta rádio-sensibilidade.

A primeira descrição de linfoepiteliomas provém de SCHMINCKE, em 1921; pouco depois, RÉGAUD, sem conhecer a comunicação de SCHMINCKE, deu os seus primeiros casos à publicidade, pela pena de RÉVERCHON e COUTARD. Esta coincidência está na marcha fatal dos acontecimentos a que acima aludimos. Mais notável e mais raro é que os dois autores baptizassem com o mesmo nome a doença por elles descrita. O facto explica-se pela identidade da concepção formada por ambos acêrca da génese dos tumores em questão. SCHMINCKE e RÉGAUD partiram, com efeito, da nova maneira de encarar a ontogénese de certos órgãos derivados do sistema branquial, cuja evolução se faz, segundo essas ideas, pelo aparecimento de fendas nos gomos epiteliais, que dão a estes a forma de uma rêde sincitial, para dentro de cujas malhas e vacúolos interprotoplásmicos migram linfócitos, provenientes, em parte, do sangue e, em parte, desenvolvidos à custa de elementos mesenquimatosos indiferentes, produzindo-se dêste modo uma íntima fusão do epitélio com os linfócitos. JOLLY designou órgãos assim formados como *linfoepiteliais* e estudou a sua evolução na «bôlsa de FABRÍCIO»; mais tarde, HAMMAR e MAXIMOW confirmaram a mesma origem para o timo, e MOLLIER para as amígdalas. A estes órgãos de natureza linfoepitelial pertencem, portanto, como derivados das fendas branquiais, a faringe, a amígdala faríngea, o paladar mole, a base da língua, a laringe, o timo; mas também as placas de PEYER são adicionadas a êste grupo.

Os citados autores puderam verificar que, precisamente naque-

les mencionados órgãos de origem branquial (1), se desenvolvem tumores caracterizados por um íntimo entrelaçamento de células epiteliais e linfóides. Ao mesmo tempo é curioso notar que da regra se exceptua o intestino, o que indica, talvez, uma situação especial para esta formação linfática. A estrutura *histológica* destes tumores, que aparecem em tôdas as idades, — eu próprio estudei um caso em uma criança de ano e meio — assinala-se pela aposição e mistura de elementos epiteliais e linfáticos. Contudo, é necessário acentuar desde já que a natureza epitelial dos primeiros elementos não salta imediatamente à vista, como acontece no vulgar carcinoma, quer êle seja da espécie basocelular, quer da espinocelular ou da cilindrocelular.

Trata-se de células com grande núcleo vesiculoso claro e um ou dois nucléolos muito nítidos, de coloração carregada. Pelo menos assim costumam descrever-se os núcleos destas células; mas, segundo a minha experiência, o conteúdo cromatínico dos respectivos núcleos está sujeito a grandes oscilações. Por êste facto o aspecto microscópico dos linfoepiteliomas é muito diferente, aparecendo-nos o retículo celular epitelial umas vezes mais claro, outras vezes mais escuro do que a vizinhança. O protoplasma celular possui prolongamentos que unem entre si as células; faltam, por consequência, limites celulares bem definidos e os cordões formados pelas células formam uma *rêde sincitial*, como acontece nos órgãos normais correspondentes (veja figs. 1 e 2). Não existem pontes intercelulares e também não se forma queratohialina nem queratina. É justamente esta rêde sincitial que torna difícil o reconhecimento da natureza epitelial destes tumores. Nas malhas da rêde e nas lacunas interprotoplasmicas encontra-se uma quantidade variável de linfócitos. SCHMINCKE, RÉGAUD, HOFFMANN e outros viram estes particularmente abundantes em tórno dos vasos e concluíram dêsse facto que, ao contrário da ontogênese dos órgãos normais, êsses elementos são

(1) Tumores do timo típicos desta espécie são extremamente raros. De meu conhecimento somente KNERINGER e PRIESEL descreveram casos dêsses; e também W. NATHAN. Não possuindo experiência pessoal nesta matéria, abstraio-me aqui de falar dela. Reservo-me, entretanto, para mais tarde tratar da questão de se certas formas de neoplasias malignas do timo não serão mais ou menos aparentadas com os linfoepiteliomas.

de origem exclusivamente hemática. Outros autores não puderam, contudo, confirmar o facto, que nos meus casos também estava longe de ser evidente. VON ZALKA, a cujo material aconteceu outro tanto, acentua, além disso, que das células em questão só uma parte apresenta o aspecto de linfócitos, enquanto que outros elementos, de núcleo maior e mais claro, são considerados por êle como células linfóides histiocitárias. Ao lado dos elementos descritos encontram-se em quantidade variável, mas

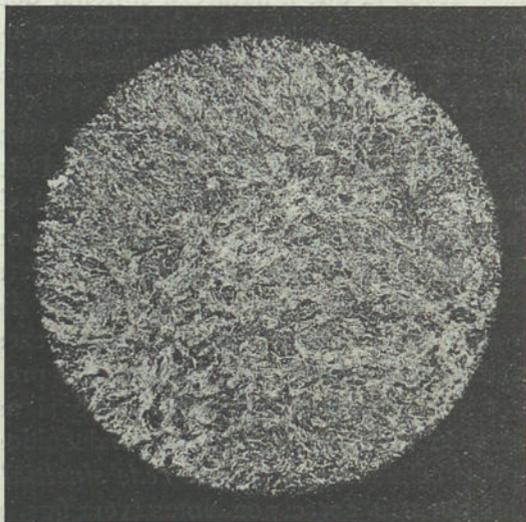


Fig. 1
Linfoepitelioma a pequena ampliação

sempre muito pequena, *plasmazellen* e *granulócitos* neutrófilos e eosinófilos. Por excepção, podem também observar-se *células gigantes*. Quando um pequeno fragmento se desprende do agregado sincitial e, em obediência à lei da tensão superficial, se arredonda, devem resultar elementos com a aparência de células gigantes. Assim o descreveu SCHMINCKE, e eu posso confirmá-

lo. Facto análogo se observa também como consequência da orientação dos cortes, nas preparações de placenta no bordo das vilosidades do *córior*. Devo, porém, fazer notar que em algumas células de um dos meus casos, que correspondiam mais ao tipo das células de STERNBERG, me pareceu que aquele modo de formação não era aceitável; em todo o caso a demonstração era difícil.

Um estroma *conjuntivo* bem definido pode faltar por completo nestes tumores; em alguns casos existem fibras conjuntivas bastante irregularmente distribuídas. Fora disto os tumores são algumas vezes muito *vascularizados*, o que lhes dá, à imagem macroscópica, uma coloração vermelha.

O aspecto *macroscópico* não é aliás muito característico. A

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

l i s b o a



Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excitabilidade, etc.

CIBALGINA
CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:
E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA
único representante dos Produtos Ciba em Portugal.



maior parte das vezes trata-se de neofomações nodulares que invadem a cavidade bucal ou faríngea ou então de infiltrações planas que parecem avançar da profundidade para a superfície e apresentam precocemente necroses e ulceração superficial de fundo e bordos duros, mas sem destruição gangrenosa.

Os tumores dão cedo lugar a *metástases ganglionares*, principalmente no ângulo maxilar, que em virtude de «infiltração perinodular» parecem mal delimitadas (HOFFMANN), mas que ordi-

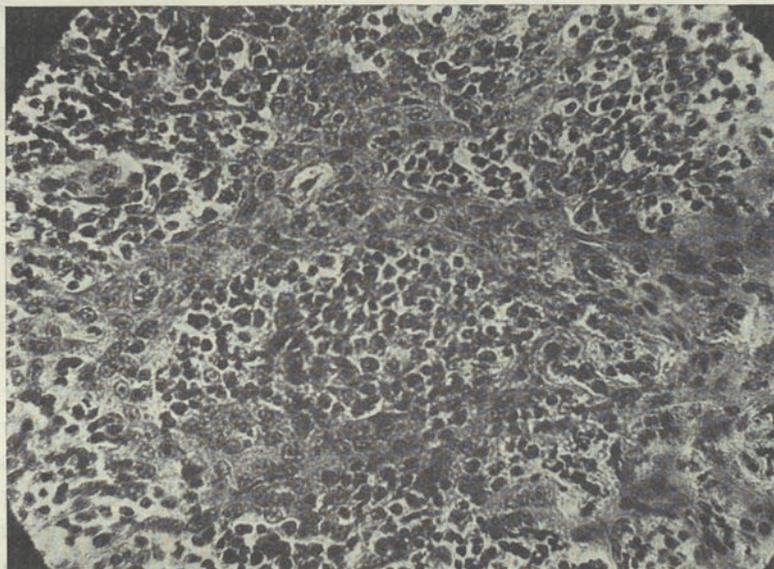


Fig. 2

Linfoepitelioma visto a maior ampliação. Notar o reticuloepitelial com linfócitos dentro das malhas e no interior dos cordões

nariamente não tendem para a fusão dos nódulos entre si. Este facto e a sua menor consistência permitem, segundo HOFFMANN, distinguí-las das metástases carcinomatosas vulgares.

Não é raro constituírem as metástases o primeiro sintoma clínico apreciável. Casos desta ordem têm sido enviados para análise com o diagnóstico de «linfoma do pescoço», «linfogranulomatose» ou outro semelhante e foi o anatomopatologista que, depois da sua observação microscópica, provocou a inspecção cuidadosa da cavidade bucal e da faringe e em especial da epi-

faringe, de onde os linfoepiteliomas têm predilecção em originar-se, e só então ou um pouco mais tarde se descobre o tumor primitivo, algumas vezes pouco aparente. Foi o que se deu no primeiro caso por mim estudado, em que o cirurgião, guiado pela minha indicação, conseguiu descobrir um pequeno tumor na amígdala direita. Há pouco, em Lisboa, tivemos ensejo de examinar um nódulo linfático extirpado e de fazer igualmente o diagnóstico de tumor linfoepitelial. Quando tencionávamos pedir ao médico assistente (Dr. BEIRÃO) para que se indagasse da existência de um tumor primário na bôca ou nas fauces, soubemos que o referido clínico já então tinha encontrado um tumor na nasofaringe. O exame histológico confirmou a presença de um tumor nessa região, que entretanto, como tantas vezes acontece, era menos característico na sua estrutura do que a metástase. Em dois dos outros meus casos não foi possível encontrar em todo o decurso da doença o tumor primitivo. O meu discípulo SCHILLER, que a meu conselho fêz o estudo de conjunto dos sete casos por mim observados em Hamburgo, aventou a presunção de que em alguns casos semelhantes os gânglios poderiam representar a sede primitiva da neoformação, e na verdade é admissível que os germes embrionários destacados do epitélio branquiógeno possam ser o ponto de partida da formação neoplásica. Os tumores desta procedência têm, contudo, em geral, como veremos mais tarde, um outro cunho. Pela minha parte não considero impossível que tumores linfoepiteliaes genuínos possam ter aquela origem branquiógena, mas o facto não está demonstrado (1). Mais aceitável é a hipótese de que nos casos em questão o tumor primitivo se tenha subtraído à verificação clínica.

As metástases ganglionares, de que nos estamos ocupando, são, com freqüência, e durante muito tempo, os únicos elementos acessíveis à observação, como também por seu lado a evolução da doença costuma, ao princípio, ser bastante arrastada. Só no estádio terminal, quando não se lançou mão da terapêutica apropriada ou, quando utilizada, se mostrou ineficaz, aparecem então

(1) Recentemente FOSSEN descreveu um tal caso, em que, mesmo na autópsia, não foi possível encontrar qualquer tumor primário. Por tal razão o autor admite, de facto, como ponto de partida do tumor o tecido dum nódulo linfático.

as *metástases a distância*, por exemplo no abdómen, no esqueleto (invasão muito extensa a partir da superfície dos ossos, como num caso de KIEMBÖCK e SELKA), nos pulmões, no fígado, no baço, no testículo (HOFFMANN), na dura-máter (DERIGS); em um dos meus casos, que infelizmente não pude autopsiar, a existência de paralisias oculares indicava a participação das meninges ou do cérebro.

Se no pedaço excisado para exame histológico se encontra a estrutura característica de uma rede epitelial com abundantes linfócitos nas malhas, a classificação é fácil para quem conhece estes tumores. Infelizmente nem sempre se dá êsse caso e as dificuldades podem crescer até à impossibilidade de diagnóstico.

As razões são diversas: a primeira e mais importante provém da diferença de estrutura dêstes tumores, não só quando consideramos os casos isolados em comparação uns com os outros, mas ainda dentro do mesmo caso, conforme as partes do tumor; depois as metástases podem apresentar um aspecto diferente do do tumor primitivo e finalmente as metástases podem ser não só desiguais entre si, como também pontos vários das formações primitivas e secundárias podem divergir consideravelmente na textura. As diferenças consistem essencialmente na proporção variável em que se combinam entre si as componentes epitelial e linfóide do tumor, sucedendo em geral que tanto as metástases como as partes do tumor que invadem os tecidos circundantes encerram menor quantidade de linfócitos do que o tumor primitivo no seu lugar de origem. Por outro lado o carácter do retículo epitelial, umas vezes muito marcado, outras vezes pouco, a disposição das malhas, ora mais estreitas, ora mais largas, e, por último, a variabilidade do conteúdo de cromatina do núcleo, acima mencionado, podem dar à imagem histológica aspectos muito diversos. Pode pois acontecer que o pedaço apresentado para análise histológica não tenha a estrutura característica em grau suficientemente distinto para permitir o diagnóstico exacto. Em algumas publicações refere-se que de começo se estabeleceu um diagnóstico errado e só mais tarde o decurso da doença levou a repetir o estudo e as preparações e a corrigir a primitiva opinião (MAIER-ERDHEIM). Comigo passou-se exactamente o contrário: não tendo conseguido encontrar, nas preparações de pedaços de tecido excisado em períodos avançados da doença, a estrutura linfoepi-

telial observada nas preparações da primeira, biopsia vacilei no diagnóstico. Estudando porém novamente as primitivas preparações, senti-me levado a confirmar o meu primeiro diagnóstico.

¿Com que afecções pode esta espécie neoplásica confundir-se, quando a sua estrutura histológica é pouco característica? Em primeiro lugar com o *retículo-sarcoma* ou *retotélio-sarcoma* (ROULET) e com tanto mais facilidade quanto êste, como v. ZALKA, citando ROULET, acentua, também tem predilecção pela metade superior do corpo e igualmente se desenvolve na faringe e na amígdala. Para estes tumores também é característica a formação de uma rede sincitial à custa dos elementos celulares e além disso ainda podem misturar-se-lhes alguns linfócitos.

Em princípio as duas espécies de tumor separam-se nitidamente uma da outra, visto que o retículo-sarcoma é um tumor *mesodérmico*, enquanto o linfoepitelioma é uma neoplasia na qual o epitélio entodérmico desempenha o papel fundamental. Mas, como ficou dito, a dificuldade está muitas vezes em reconhecer nestes tumores a natureza epitelial das células dispostas em retículo. SCHILLER foi o primeiro que, no trabalho já citado, feito por minha iniciativa, apontou as dificuldades do diagnóstico e mostrou a maneira de as vencer recorrendo ao estudo das diferenças no arranjo das fibrilas conjuntivas tal como estas se mostram à evidência nas impregnações pela prata. Nos retotélio-sarcomas observa-se um fino retículo regular de fibras argentófilas, cujas fibrilas têm amiúde relações com os prolongamentos das células neoplásicas ou se encontram mesmo no interior delas (v. ZALKA). Nos tumores linfoepiteliais não existem fibrilas *dentro* dos cordões celulares. Sem conhecer o trabalho de SCHILLER, certamente por êle ter sido publicado apenas sob a forma de dissertação, v. ZALKA dedicou um estudo bastante extenso a êste diagnóstico diferencial. As suas conclusões são sensivelmente iguais às de SCHILLER; acentua, é certo, que as propriedades das células neoplásicas apresentam diferenças bastante características nas duas formas de tumor, mas considera também que a distinção decisiva reside no estroma fibrilar.

Nesta questão v. ZALKA vai até um pouco mais longe do que nós, afirmando que os tumores linfoepiteliais não têm, por assim dizer, fibrilas conjuntivas de nenhuma espécie; estas limitam-se ao tecido perivascular, a partir do qual, quando muito, algumas

fibrilas se insinuam entre as células, sem contudo entrarem com elas em relação mais íntima. Tanta generalização não concorda com os factos da minha experiência. Também possuo preparações que até certo ponto se ajustam à descrição de v. ZALKA, a-pesar-de nunca ter visto as fibrilas impregnadas pela prata exclusivamente limitadas à adventícia vascular e às fibrilas partidas desta. Em outros casos, entretanto, existe uma quantidade considerável de tecido conjuntivo, parte reticular, parte mesmo colagénio, como aliás já se deduzia do trabalho de SCHMINCKE. A distribuição desse tecido é porém muito mais irregular do que no retotélio-sarcoma e além disso — ponto essencial — não existem fibrilas algumas dentro dos cordões celulares. E quero ainda fazer notar que vi casos assinalados por tumefacção e proliferação de células reticulares no tecido linfático, que, com as colorações habituais, igualmente podiam fazer pensar nos tumores linfoepiteliais.

Também se tem dado notícia de confusão com o linfosarcoma em preparações em que o elemento linfocitário é predominante. Factos semelhantes nunca me passaram pelos olhos. Deve, porém, ter-se como certo que também nesses casos o diagnóstico por meio da demonstração das fibrilas argentófilas deve ser decisivo; no linfosarcoma nunca falta, com efeito, um fino retículo regular, em cujas malhas se alojam os linfócitos. Aprecia-me admitir que esta disposição reticular, pelo menos com tanta regularidade, não se deve encontrar nem mesmo nas regiões ricas em linfócitos dos tumores linfoepiteliais.

Nem sempre é muito fácil, igualmente, destringer certos linfoepiteliomas dos vulgares carcinomas baso e espinocelulares. Os cordões e ninhos do carcinoma podem ser invadidos, em maior ou menor grau, por células migratórias. E é ainda muito discutível (veja adiante pág. 207) se de facto, sob o ponto de vista teórico, existe uma diferença tão fundamental entre esta migração de células para dentro dos ninhos carcinomatosos, devida a reacção inflamatória, e a infiltração linfocitária presente nos tumores linfoepiteliais como parte integrante da sua constituição. A distinção prática pode em todo o caso oferecer dificuldades, conquanto nos carcinomas uma parte essencial da aludida invasão celular seja a maioria das vezes representada por granulócitos. Mas estes também não faltam, como observámos, nos

tumores linfoepiteliais e portanto encontramos-nos em presença de diferenças quantitativas, que são sempre falíveis em matéria de diagnóstico. É verdade que a estrutura retículo-sincitial dos cordões celulares do linfoepitelioma, completamente estranha ao carcinoma banal, costuma apresentar-se bem marcada, mesmo naquelas partes do tumor em que a componente linfocitária é pouco evidente. Contudo, possui um caso, de que só foram enviados gânglios do pescoço para análise, em que a primeira investigação revelou, ao lado de estruturas linfoepiteliais indiscutíveis, outras que lembravam muito o carcinoma vulgar; numa segunda análise feita a outro gânglio excisado mais tarde, já depois de empregada a radioterapia, o aspecto das preparações não admitia outro diagnóstico que não fôsse o de carcinoma (veja fig. 3).

Vem a-propósito, nesta altura, mencionar uma espécie de tumor, descrita por QUICK e CUTLER com o nome de *transicional cell epidermoid carcinoma*, e que é, de entre tôdas as referidas, aquela que certamente mais afinidades tem com os tumores aqui estudados por nós. Observa-se nas mesmas regiões que o linfoepitelioma, manifesta a mesma rádio-sensibilidade, produz precocemente, como êste, metástases, que em certas circunstâncias dão sinal de si antes do tumor primitivo, e apresenta nas preparações histológicas a mesma estrutura sincitial do epitélio e a mesma ausência de formações córneas e de paredes intercelulares. A única diferença entre as duas espécies está em que na última falta a infiltração típica de linfócitos ou é muito escassa. Como a quantidade destas células está sujeita, no linfoepitelioma, a grandes variações, mais parece que se deve tratar de duas espécies neoplásicas extremamente próximas, se não talvez mesmo de aspectos particulares de um e mesmo tumor (veja pág. 209) (1).

A grande riqueza vascular dos tumores pode também, quando a peça enviada para exame é muito diminuta, dar lugar ao diagnóstico errado de *angioma*, como se deduz da comunicação de E. MAIER. Também não devemos deixar de mencionar os tumores descritos como *endoteliomas* e *sarcomas alveolares* dos gânglios,

(1) EWING vai até ao ponto de, no seu livro «*Neoplastic diseases*», descrever conjuntamente ambos os tumores sob a designação de «*transicional cell epithelioma (lymphoepithelioma de RÉGAUD)*».

se bem que a interpretação neste sentido seja hoje reputada muito duvidosa. DIETRICH pensa, com razão, que nestes casos se trata de linfoepiteliomas, enquanto EWING continua a admitir a existência, rara é certo, de verdadeiros endoteliomas nos gânglios.

Em um dos meus casos, finalmente, tornou-se necessário fazer o diagnóstico diferencial com outra doença a que quero referir-me, a linfogranulomatose. Neste caso também ninguém poria em dúvida o diagnóstico de linfoepitelioma ao considerar certos pontos das preparações; noutros pontos, porém, a natureza epitelial dos cordões celulares era pouco nítida, e podia tratar-se, na realidade, de elementos «epitelióides» de origem mesodérmica. Ao lado dos linfócitos encontravam-se «plasmazellen» em quantidade notável, invulgar nos linfoepiteliomas, enquanto, por outro lado, os eosinófilos, tão abundantes na doença

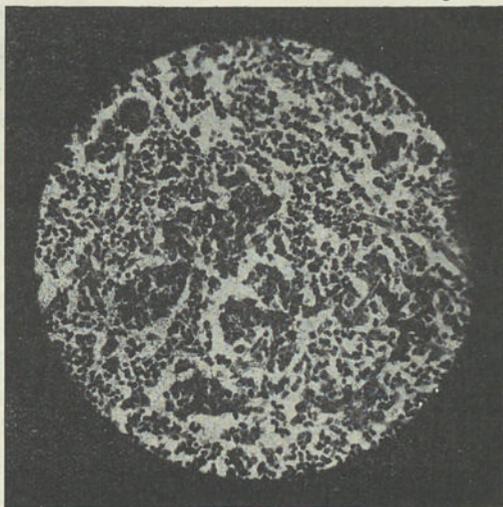


Fig. 3

Linfoepitelioma com aspectos que separam um banal carcinoma

de STERNBERG, eram raros; e, finalmente, viam-se ainda assim bastantes células gigantes que, pela sua morfologia, podiam considerar-se como células de STERNBERG. Importante era ainda, no caso em questão, o arranjo das fibrilas conjuntivas. Em certos pontos viam-se, com a respectiva coloração, «alvéolos», apesar de pequenos, autênticos e bem delimitados por tecido reticular; noutros lugares faltava por completo o desenvolvimento conjuntivo. Esta particularidade levou-nos a considerar aquelas estruturas, apesar da sua semelhança com a linfogranulomatose, como pertencentes a um linfoepitelioma. O doente foi submetido à irradiação e, ano e meio depois, ainda não tinha apresentado recidiva, o que, sendo

compatível com as duas hipóteses, é mais próprio do linfoepitelioma.

A-pesar-de tôdas as dificuldades, é possível, ainda assim, na maior parte dos casos, sobretudo recorrendo à impregnação pela prata, chegar ao diagnóstico exacto; e, se alguma incerteza pode restar, é devida ao grande polimorfismo dos tumores. Êste é também o motivo porque as opiniões acêrca da génese formal dos linfoepiteliomas se afastam tanto umas das outras, e digo a formal porque a causal é, infelizmente, ainda hoje completamente obscura para a grande maioria das neoplasias. O ponto mais controverso é a interpretação a dar ao infiltrado linfocitário. Emquanto os criadores da designação de «tumores linfoepiteliais» queriam já significar, com a escolha dêste têrmo, que os consideravam como uma espécie de tumores mistos, nos quais os elementos epiteliaes e linfocitários formavam dois componentes, de desigual valor, é certo, mas da mesma importância, outros autores, como DERINGS, DIETRICH, HART-E. MAYER e W. NATHAN, vêem na infiltração linfocitária um fenómeno mais de ordem accidental, se bem que característico dêstes tumores. Na opinião dêstes patologistas trata-se simplesmente de carcinomas de uma espécie particular, e apoiam a sua tese não só na quantidade muito variável dos linfócitos, mas no facto de estes, conquanto não faltem nas metástases, serem aí muito mais escassos (DERINGS), e ainda por nas zonas do tumor de invasão para os tecidos circundantes o elemento epitelial ocupar o primeiro plano e, finalmente, por não observarem mitoses nos linfócitos, em contraposição com a sua grande abundância nos elementos epiteliaes. A êste propósito deve mencionar-se, entretanto, que v. ZALKA viu mitoses nos elementos por êle classificados de células linfóides.

Quero crer que as diferenças de opinião não são, na realidade, tão grandes como à primeira vista parece. SCHMINCKE e RÉGAUD admitem, por exemplo, a emigração dos linfócitos dos vasos (facto êste que é negado exactamente pelos contraditores da sua concepção patogénica) e aceitam, por consequência, implicitamente, que a acumulação linfocitária tem o valor, pelo menos considerada no tempo, de um factor secundário. Mas também objectivamente tinha de chegar-se ao mesmo resultado, visto

LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES – FLEBITES – HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY – 67, Avenue Wagram PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

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

LISBOA MÉDICA

PROPIDON

CALDO - STOCK
VACINA MIXTA
DO PROFESSOR
PIERRE DELBET

VACINA CURATIVA DAS
AFECCÇÕES PIÒGÉNICAS

VACINAÇÃO
PRÉ-OPERATÓRIA

CAIXAS DE 3 EMPOLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES du RF ME"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS (5^e)

DREVILLÉ

que, na maneira de ver corrente dos patologistas, os verdadeiros neoplasmas crescem à custa de si próprios; a multiplicação dos seus elementos por intermédio de migração através de vasos é, com efeito, desconhecida. Além disto, é de notar que SCHMINCKE inclui os tumores em questão entre os carcinomas. Por outro lado, concordam também os partidários da opinião contrária que às acumulações linfocitárias não deve dar-se simplesmente o significado de reacção inflamatória, mas que elas representam qualquer coisa de particular e característico. DERINGS e W. NATHAN aludem a uma espécie de «quimiotaxismo», mas essa fórmula encontrou bastante opposição. Não dizendo, na realidade, grande coisa, melhor fôra evitá-la nesta conjuntura, pois deve aplicar-se de preferência à atracção de células migratórias por estímulos inflamatórios, circunstância em que se não pensa a este propósito.

Apraz-me crer que mais fecunda se há-de mostrar a idea da *acção dos organizadores* (de SPEMANN), aplicada pela primeira vez por BENEKE à investigação dos tumores para explicar a patogenia dos fibroadenomas da mama. Foram SCHÜRMAN, PFLÜGER e NONNENBROCK quem principalmente discutiu a importância d'este mecanismo na génese de outros tumores mistos ecto-mesodérmicos da cavidade bucal, os tumores do tecido de formação dos dentes e do canal hipofisário e também dos tumores mistos da parótida. Estes autores chegam à conclusão de que nas neoplasias referidas a proliferação da parte epitelial toma o papel de dirigente e actua sôbre o tecido mesodérmico como «organizadora», no sentido de SPEMANN, e de tal maneira que cria as formações tissulares, altamente diferenciadas, características d'esses tumores. Estas últimas representariam, portanto, uma parte constitutiva do tumor, mas não seriam de natureza blastomatosa. Na opinião dos autores citados, justifica-se a aceitação da hipótese dos «organizadores» nas neoformações cuja matriz, por sua vez, na evolução ontogénica, actua como indutora e está sujeita à indução. O excitante que leva a esta actuação deve ser, segundo pensam os mesmos autores, de natureza química. (Veja acima: quimiotaxismo).

Estas ideas, com certas restrições, podem aplicar-se também aos tumores malignos, conforme M. BÖSENBERG, por minha indicação, há pouco demonstrou; mas aonde elas se adaptam na per-

feição é aos nossos tumores linfoepiteliais. SCHMINCKE e RÉGAUD partem do facto de que já no próprio desenvolvimento ontogénico normal dos órgãos branquiógenos que interessam ao nosso estudo o epitélio exerce uma acção atractiva sôbre os linfócitos e que esta se repete depois na formação dos tumores. Assim, explicar-se-iam muito facilmente as diferentes particularidades dos linfoepiteliomas e, antes de mais nada, a grande variabilidade na repartição dos seus dois componentes, tal como nós a conhecemos, e em idênticas condições, nos referidos tumores mistos da parótida. O epitélio, tomando por tôda a parte a direcção, revela contudo a sua eficácia como organizador em graus diferentes, tanto nos vários casos em comparação uns com os outros, como nos vários pontos de um e mesmo tumor, como ainda, finalmente, num dado tumor em relação às metástases dêle derivadas. O resultado seria o aparecimento de uma série completa de formas de transição. Num dos extremos da série estariam os tumores ou partes do tumor que, em virtude do predomínio dos linfócitos, lembram os linfosarcomas; no outro extremo da série estariam os carcinomas de células de transição, aos quais falta de todo a acção organizadora, mas que em tudo o mais se comportam como os linfoepiteliomas.

Não nos encontraríamos, portanto, em face de tumores formados de componentes do mesmo valor e genéticamente autónomos, como seria de exigir em tumores mistos genuínos (NON-NENBROCK), mas sim de neoformações primitivamente epiteliais, cujo epitélio apenas se caracteriza pela faculdade especial de, como organizador, actuar sôbre o estroma no sentido da multiplicação e da emigração dos linfócitos.

Vamos acrescentar ainda algumas palavras acêrca da acção das radiações sôbre estes tumores, da qual partimos no princípio do artigo e que, conforme então dissemos, poderosamente contribuiu para os destacar do grupo dos carcinomas como uma entidade bem definida.

Alguns autores, como por exemplo B. HOFFMANN, pensam que a *rádio-sensibilidade dos linfoepiteliomas* tem a sua origem em idêntica propriedade dos linfócitos. Em virtude da íntima relação entre as duas partes constitutivas do tumor, o epitélio caminharia para a destruição quando a vitalidade dos linfócitos entrasse em decadência. VON ZALKA julga, segundo creio, ver um apoio a

esta hipótese no facto de ter encontrado, após irradiação, imagens microscópicas de tumores onde os linfócitos faltavam por completo e onde só tinha ficado o epitélio, lesado também. Já anteriormente citei um caso da minha colecção que, depois de irradiado, mostrava, nas preparações, o aspecto de um carcinoma. Os factos apontados não me parecem contudo demonstrativos da hipótese proposta, pelas seguintes razões:

1) Dado o grande polimorfismo estrutural dos linfoepiteliomas os desvios observados no quadro histológico das biopsias feitas antes e depois da irradiação não devem ser forçosamente causados por êste processo terapêutico.

2) Mesmo que tal acontecesse, só havia o direito de se concluir que os linfócitos são elementos mais rádio-sensíveis em comparação com os epitélios, mas nunca que o aniquilamento dêstes é uma consequência da destruição daqueles.

Caso se demonstrasse a exactidão da nossa idea da acção organizadora do epitélio que atribue a êste o papel predominante na formação do tumor, então havia de considerar-se a hipótese defendida por HOFFMANN como inteiramente errônea. O facto de os carcinomas de células de transição possuírem exactamente a mesma rádio-sensibilidade que os tumores linfoepiteliais, tão aparentados com êles, pleiteia grandemente em favor da nossa maneira de ver. Ora nos carcinomas de células de transição não se pode apelar para a importância causal da destruição dos linfócitos, visto que estes não desempenham papel algum na sua composição. Temos de concluir, portanto, que nesse caso, como nos outros carcinomas, o essencial do efeito radioterápico é a acção das radiações sobre os epitélios. Se o carácter embrionário dêstes desempenha, no efeito em questão, o papel decisivo, como muitos pretendem, é assunto que me abstenho de tratar, por já o ter versado na introdução (veja pág. 698, Nov. 935).

Infelizmente não pode deixar de se dizer que conquanto a eficácia da irradiação nos tumores linfoepiteliais seja evidente, os resultados tardios desta terapêutica não são tão grandes como de comêço se tendia a admitir. A-pesar da radioterapia, sobrevêm em muitos casos recidivas e metástases e por fim a morte. Em um número considerável de tais casos é certo que o tratamento foi instituído tarde demais e talvez levado a cabo com má técnica. Mas também é fora de dúvida falhar o resultado duradoiro em

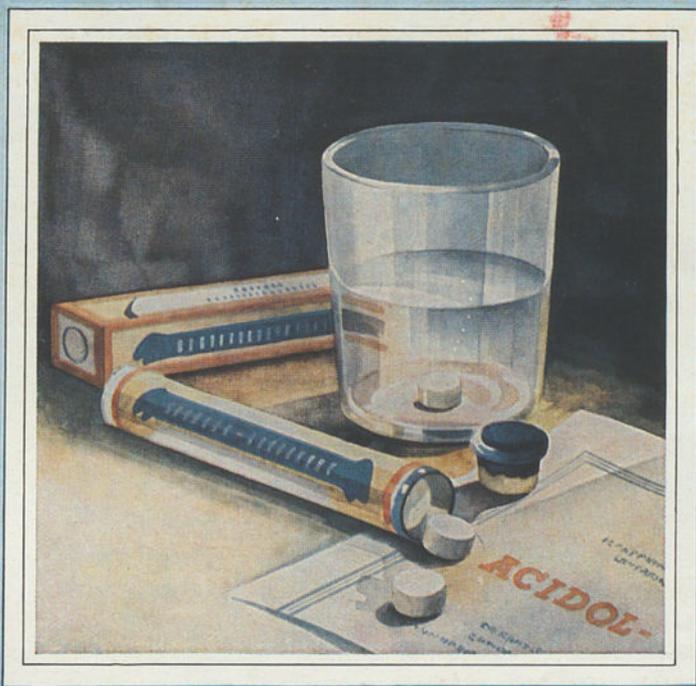
casos precoces e convenientemente tratados. Dos meus cinco casos, cuja evolução se pôde acompanhar, não foi possível, em três, evitar a morte. Pormenores acêrca da marcha, prognóstico e radioterapia dos linfoepiteliomas, encontram-se principalmente no trabalho de HOFFMANN.

A-pesar-de todos os insucessos, ainda é a radioterapia, mesmo comparada com a intervenção cirúrgica, o tratamento de eleição destas neoplasias, e os nossos esforços devem, por consequência, tender, baseados no diagnóstico precoce, a encaminhar os doentes para esta forma de tratamento. Depois de quanto ficou dito, a condição indispensável para alcançar êste fim consiste na prática de extensas biopsias.

BIBLIOGRAFIA

(Tumores linfoepiteliais)

- BOESENBERG, M. — Ueber Carcino-Sarcome. *Zeitschr. f. Krebsf.* 36, p. 416. 1932.
- DERIGS, P. — Lymphoepitheliales Carcinom des Rachens mit Metastasen. *Virch. Arch.* 244, 1. 1922.
- DIETRICH, A. — Rachen und Tonsillen em *Handb. d. Pathol. Anat.* (Henke-Lubarsch). Vol. 4, p. 65. 1926.
- EWING. — Lymphoepithelioma. *Am. Journ. Pathol.* 5, p. 99. 1929.
- FOSSEN, A. — Over Halsymphkliergezwellen. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*. Dl. 75, afl. 16. 1935, p. 1391.
- HAMMAR. — 50 Jahre Thymusforschung. *Erg. d. Anat. u. Entwickl. gesch.* 19 1910.
- HART. — Veja E. MAYER.
- HOFFMANN, C. — Der lymphoepitheliale Tumor. *Strahlentherapie.* 45, p. 601. 1932.
- JOLLY. — La bourse de Fabricius et les organs lymphoépithéiliaux. *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, p. 164. 1911. Cit. por SCHMINCKE.
- KIENBÜCK, R. u. SELKA, A. — Ueber das Lymphoepitheliom der Rachenmandel. *Fortschr. Geb. d. Röntgenstr.* 52, p. 227. 1935.
- KNERINGER, E. u. PRIESEL, A. — Ein Beitrag zur Kenntnis der Thymome. *Virch. Arch.* 241, p. 475. 1923.
- MAIER, E. — Lymphoepitheliale Tumoren. *Strahlenther.* 50, p. 611. 1934.
- MAYER, E. — Kehlkopf, Luftröhre und Bronchen em *Handb. d. Pathol. Anat.* (Henke-Lubarsch). Vol. 3, p. 463, 1926.
- MAXIMOW, A. — Ueber die Histogenese des Thymus bei Säugetieren. *Arch. f. mikr. Anat.*, p. 525. 1909. Cit. por SCHMINCKE.
- MOLLIER, I. — Die lymphoepithelialen Organe. *Sitz. Ber. d. Ges. f. Morph. u. Phys. München.* 29, p. 14. 1913. Cit. por SCHMINCKE.



**Em casos de aquilia, dispepsia,
gastrite, anorexia**

ACIDOL-PEPSINA

Marca registrada

o preparado de acido cloridrico e pepsina em forma solida, estavel e de forma comoda e segura de transporte para o doente. Ação suave, prolongada, não caustica.



Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL:
Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 50

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



FESTAL

Marca registrada

o preparado estavel de enzimas

Para o tratamento das

digestões lentas e perturbações digestivas

nas doenças intestinais causadas pela insuficiencia de secreção das glandulas digestivas, flatulencia, dispepsia, gastro- enterites cronicas e tambem para suprimir os gases intestinais antes das radiografias.

As percentagens de lipase pancreatica, amilase pancreatica, protease pancreatica e hemicelulase contidas no Festal são aferidas com exatidão. · A ação do preparado não se altera mesmo que esteja armazenado durante muito tempo



Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL:
Vidro com 20 drageas.

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

- NATHAN, W.—Ueber einen Fall von Lymphoepithelioma thymi. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 37, p. 385. 1929.
- QUICK, D. and CUTLER, M.—Transicional cell epidermoid carcinoma. *Surg., etc.* 45, p. 320. 1927.
- REVERCHON et COUTARD.—Lymphoépithéliome de l'hypopharynx traité par la Roentgenthér. *Bull. et mém. de la Soc. d'oto-rhino-laryng.* Congr. 9-V-921.
- SCHILLER, K.—Ueber d. lymphoepithelialen Geschwülste, etc. *In. Diss. Hamburg.* 1932.
- SCHMINCKE, A.—Ueber lympho-epitheliale Geschwülste. *Ziegl. Beitr.* 68, p. 161. 1921.
- SCHÜRMAN, P., PFLÜGER, H. u. NORRENBROCK, W.—Die Histogenese ektomesodermaler Mischgeschwülste der Mundhöhle. Leipzig, Thieme. 1931.
- V. ZALKA, E.—Ueber Lympho-Epitheliom und Reticulo-Sarcom. *Zeitschr. f. Krebsforsch.* 41, p. 139. 1935.

ADDENDA

Tumores papilomatosos benignos linfoepiteliais (Adenolinfoma. — Cistadenoma papilar linfoepitelial) da região do pescoço

Se bem que a história da gênese dos tumores linfoepiteliais, proposta por SCHMINCKE e RÉGAUD, seja bastante plausível, não é menos certo que é impressionante o facto de exactamente formações — que segundo o consenso geral derivam igualmente das formações branquiais e que denunciam essa origem no aparecimento conjunto de epitélio e tecido linfático — não mostrarem todavia êste íntimo entrecruzamento dos dois tecidos, como acontece e é próprio dos tumores linfoepiteliais. Referimo-nos aos quistos branquiais e fístulas branquiais. Aqui encontramos os dois tecidos por assim dizer completamente separados: o revestimento externo é formado por epitélio pavimentoso ou por epitélio cilíndrico estratificado, por baixo do qual se encontra uma camada de tecido linfático com formações foliculares e *centros germinativos*. É certo que quási sempre linfócitos isolados emigram, atravessando o revestimento epitelial. Êste facto dá porém origem a um aspecto completamente diferente daquele que conhecemos já dos órgãos linfoepiteliais e dos seus tumores (1). Há

(1) Também os chamados carcinomas branquiogêneos não apresentam o aspecto dos carcinomas linfoepiteliais, mas sim o de banais carcinomas de células espinhosas.

porém formações semelhantes a tumores que imitam essa estrutura e que por isso nos dão um quadro completamente diferente do dos tumores de SCHMINCKE e RÉGAUD. Estes tumores, que até aqui se encontravam exclusivamente em ligação com as glândulas salivares e especialmente com a parótida, seriam extremamente raros, se bem que não tão raros como se poderia depreender dos dados bibliográficos. R. H. JAFFÉ conseguiu, em 1932, reunir vinte e um casos indubitáveis e acrescentar a essa série mais um caso (1). Estes tumores são sempre muito semelhantes nas suas linhas gerais, em contraposição aos linfoepiteliomas de que tratámos já e que se caracterizam por um polimorfismo extremamente grande, que, como vimos, por vezes torna de-veras difícil, se não impossível, a sua identificação. E assim nada de *essencial* há que acrescentar à descrição feita por ALBRECHT e ARZT, os primeiros a descrevê-los. No entanto, há certos pormenores que completam o quadro. Possuo um caso (sôbre o qual, por motivos estranhos, infelizmente não tenho dados clínicos), em que existiam certas particularidades que julgo não terem ainda sido descritas. Se me proponho tratar mais uma vez, resumidamente, destes tumores, fundado nessa observação pessoal, faço-o menos pelos pormenores encontrados e ainda não descritos, e que infelizmente nada de decisivo podem trazer ao problema da génese, mas principalmente por estes tumores serem pouco conhecidos e, segundo creio, não terem até agora sido descritos em Portugal.

Trata-se de formações quísticas *sui generis*, que ao exame macroscópico foram consideradas quasi sempre como gânglios linfáticos hipertrofiados e que foram enviados para exame histológico, quasi sempre com o diagnóstico de linfoma do pescoço ou de tumor da parótida. O exame microscópico não infirma a

(1) ODEN (1935) faz a estranha declaração de que existem na bibliografia «menos de trinta e cinco casos», mas menciona a mais apenas dois casos não referidos por JAFFÉ. Aos casos que este último reuniu devemos ainda acrescentar um de EHRLICHER e outro de KAUFMANN, referido no seu tratado. Ao contrário, o caso de NEUMEISTER e o de SCHILLING não são talvez de incluir sob esta rubrica; do mesmo modo não pude convencer-me de que os casos de HARTMANN, que KAUFMANN menciona no seu tratado (ver bibliografia), sejam idênticos aos que estamos referindo, se bem que possa haver entre êles um certo parentesco.

hipótese de que o tecido fundamental em que o tumor está contido seja tecido de gânglio linfático. A formação está, quasi sempre, envolvida por uma cápsula bem marcada, a cuja superfície interna se encosta um tecido linfático com formação de folículos. É certo que não é necessário que existam no tumor tôdas as características de um gânglio linfático e faltam mesmo habitualmente os seios linfáticos e os cordões medulares, mas a êste respeito estas formações não se comportam de maneira diferente da que é usual nos gânglios linfáticos atingidos por processos patológicos muito extensos e em especial por proliferações tumorais. Por vezes encontra-se tecido linfático na superfície exterior da cápsula, por exemplo no caso de RIKL, no qual êsse tecido se estendia para a parótida. Êste último, porém, está, por assim dizer, sempre bem delimitado do verdadeiro tumor pela cápsula (excepção: o caso de LETULLE, vidé pág. 218). No meu caso há tecido de glândula salivar encostado a um ponto exterior da cápsula e, ligado àquele, há um novo agrupamento de tecido linfático, êste porém sem caracteres tumorais. Êste último é igualmente em grande parte envolvido por uma cápsula que apenas falta num único ponto em que se misturam intimamente as formações de tecido linfático e da glândula salivar.

A preparação, na sua maior parte, é ocupada por cavidades glândulo-quísticas de superfície interna muito irregular, pela formação de numerosas papilas muito ramificadas, papilas que se tornam procidentes dentro das cavidades, enchendo-as quasi completamente (veja fig. 4). As papilas são revestidas de epitélio cilíndrico, cujos elementos, em geral (quando não sejam cortes oblíquos), formam duas fiadas de tal forma que *numa* delas os núcleos estão na base e na *outra* se encontram à superfície, aparecendo todavia as duas com uma disposição muito regular. O limite entre as células basais e as superficiais é, no meu caso, muito pouco nítido, tendo-se por isso a impressão de células cilíndricas muito altas, binucleadas (vidé fig. 5). A superfície exterior das células é, segundo WARTHIN, provida de cílios (que também se esboçavam no meu caso). R. H. JAFFÉ foi até hoje o único que encontrou capilares secretórios intercelulares.

O estroma das papilas não é porém constituído por tecido conjuntivo vulgar «(fibroepiteliomas)», como vulgarmente acontece nos tumores papilares, por exemplo nos da bexiga e nos da

laringe e também nos cistadenomas papilares, como, por exemplo, nos do ovário, mas por tecido linfático, que, nas vilosidades principais, mostra folículos bem definidos (veja fig. 4) — com e sem formação de *centros germinativos* — podendo dar-se entumescências claviformes nas vilosidades, ao passo que as ramificações terminais apenas apresentam, a maior parte das vezes, um tecido difuso linforeticular (SBOBLEW). No meu caso, o tecido linfático apresentava-se, por vezes, com um aspecto acen-



Fig. 4

Cistadenoma papilar linfoepitelial. Na parte superior da figura um nódulo linfático

tuadamente laxo. Nessas zonas aparecem nitidamente trabéculas vásculo-conjuntivas, que faltavam noutros pontos; entre os linfócitos dispersos encontrava-se uma massa homogénea, finamente granulosa, que se corava em vermelho pela eosina e que era certamente sôo ou linfa.

Outra alteração que existia no meu caso era a substituição do tecido linfático por tecido conjuntivo, quási sempre pobre em núcleos, se bem que aqui e ali aparecessem zonas abundantemente nucleadas. Digno de nota é o facto de em todos os pontos onde existia o tecido conjuntivo o epitélio — normalmente cilín-

drico alto— se transformar em epitélio-pavimentoso, quando muito em epitélio cúbico, e esta correlação era tão constante que, ao observarmos espaços glandulares completamente circunscritos por tecido conjuntivo, a transformação do epitélio se observava em tôda a periferia, ao passo que naqueles, só parcialmente delimitados pelo tecido conjuntivo, a transformação do epitélio apenas aí se observava.

Não se encontravam seios linfáticos e não consegui descobrir

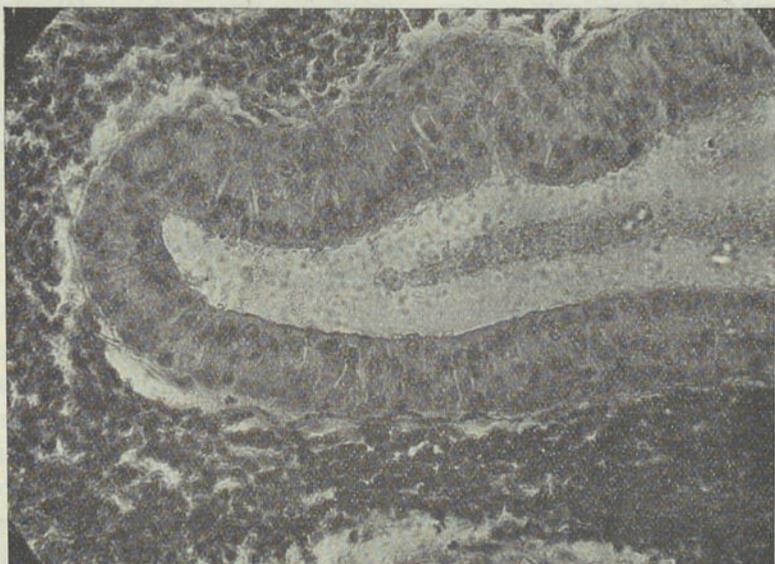


Fig. 5

Fragmento da figura 4, a maior ampliação, mostrando as duas assentadas celulares

elementos que confirmassem a afirmação de ALBRECHT e ARZT de que as proliferações epiteliais se encontram no seio linfático.

No meu caso, entre o revestimento epitelial e o tecido linfático, observava-se, com grande nitidez, uma membrana basal, com núcleos alongados e paralelos à superfície das vilosidades, membrana que WARTHIN afirma ser pouco marcada. Não observei migração de linfócitos através do epitélio. Só, excepcionalmente, se encontrava um que outro linfócito ou granulócito entre os epitélios. Em algumas regiões os granulócitos encontravam-se em maior número, ocupando, conjuntamente com uma massa homogênea, a porção do *lumen* deixada livre pelas papilas.

Com o que acabamos de expor fica dito tudo quanto de essencial há a mencionar sôbre estes tumores em geral e sôbre o meu caso em particular. Não há necroses, não há hemorragias, nem quaisquer atipias celulares; quási nunca se dá a invasão dos tecidos vizinhos (só no caso de KAUFMANN foi invadida a pele que recobria a região), o que permite concluir serem estes tumores de carácter inteiramente benigno. Devemos, todavia, dizer que num dos casos de SSOBOW, *a-par* do tumor papilar, neste caso também inteiramente benigno, existia um carcinoma indubitável, e era ainda singular que êste carcinoma tinha também um carácter papilar e no seu estroma encontrava-se grande quantidade de linfócitos, se bem que não houvesse formação de folículos. O referido autor, porém, dada a falta dos plasmócitos (*Plasmazellen*), nega que se trate apenas de meros fenómenos inflamatórios dentro do próprio carcinoma. No caso de ODEN existiam certas atipias celulares que levaram o patologista WELLER a pensar numa transformação maligna carcinomatosa.

Como tantas vezes acontece, não existe acôrdo entre os autores acêrca da genética formal dêstes tumores. Apenas concordam em *sentido negativo*, pois que todos excluem as metástases de tumores epiteliais nos gânglios linfáticos, bem como a constituição de proliferações epiteliais à custa do endotélio dos vasos linfáticos, possibilidade que R. MEYER tinha considerado ao interpretar as formações glandulares que várias vezes se encontram, especialmente nos gânglios linfáticos da bacia de mulheres *carcinomatosas* e que na bibliografia ginecológica representam um papel de certa importância. Além disso, há que esclarecer, antes de tudo, as relações do epitélio com o tecido linfático. ALBRECHT e ARZT admitem *proliferações puramente epiteliais dentro dos gânglios linfáticos*, considerando manifestamente o tecido linfático do estroma das papilas como o pre-existente dos nódulos linfáticos. Relacionam a afecção com os factos já referidos observados nos gânglios linfáticos da bacia. Ressalta, porém, como evidente, do exame dêstes tumores, que o tecido linfático, nestes casos, desempenha o mesmo papel que o tecido conjuntivo-vascular nos tumores papilares de outros órgãos já mencionados, e assim como é impossível conceber essas formações conjuntivas sem implicitamente aceitar uma participação do tecido conjuntivo na própria proliferação tumoral — ainda que seja secun-

dária em relação à proliferação do epitélio, que é aqui também a que desempenha o papel primordial —, é igualmente impossível que nos adenolinfomas o epitélio se possa elevar e formar tais papilas, sem que, por seu lado, o tecido linfático tome parte na proliferação. Já o facto, que SSOBOLEW acentuou, e que se confirma no meu caso, de a formação folicular se limitar essencialmente às papilas principais e não atingir as pequenas ramificações, mostra haver uma relação constante entre as estruturas epiteliais e linfáticas. Queremos ainda mencionar a relação, observada no meu caso, entre o carácter epitelial, por um lado, e, por outro, a constituição linfática ou fibrosa do estroma. Se bem que seja de admitir uma atrofia do epitélio por compressão resultante do desenvolvimento do tecido conjuntivo, podemos também admitir o contrário. Além disto, não pode dizer-se que, abstraindo das assentadas epiteliais, estejamos em presença da estrutura normal de um nódulo linfático: os folículos são notavelmente pequenos e não há seios linfáticos nem cordões medulares. Outra ordem de razões nos conduz a conclusão idêntica (vide HAMPERL). Estes tumores desenvolvem-se bastante, atingindo, pelo menos, o tamanho de uma noz, e quasi sempre só em idades avançadas. Uma parte importante dos mesmos é, porém, constituída por tecido linfático e êste encontra-se em quantidades muito maiores do que seria lógico admitir se o tecido linfático se comportasse de uma forma inteiramente passiva em relação à proliferação epitelial.

Nenhum dos autores mais modernos (com excepção de R. H. JAFFÉ), defende o ponto de vista de ALBRECHT e ARZT que acabamos de apontar. Os outros contentam-se com o que os juristas chamam uma prova *a prima-facie* e não lhes parece valer a pena refutar a outra opinião (entre outros, principalmente, SSOBOLEW, RIKL e WARTHIN). Seria, porém, proceder de ânimo leve não apresentar os argumentos contrários à teoria dos autores vienenses.

Podemos, de resto, dividir em dois grupos principais as várias e múltiplas teorias acêrca da génese dêstes tumores: uns derivam-nos directamente do tecido da parótida, outros recorrem a derivados dos *canais branquiais* ou do *Schlunddarm*, falando, aliás, só muito vagamente, em estruturas branquiais. Só WARTHIN põe em destaque as relações especiais com a *trompa de Eustá-*

quio. Um pólipio dêste canal, que WARTHIN estudou, apresentava — se exceptuarmos a falta da parede quística — estrutura inteiramente semelhante à dos tumores em questão. Os defensores da primeira teoria fundam-se nas íntimas relações entre o tecido das glândulas salivares e o linfático, visto que êste último se encontra normalmente incluído nas glândulas salivares do adulto e mais ainda antes do completo desenvolvimento do indivíduo.

Os autores fazem ainda notar a semelhança do epitélio tumoral com o das glândulas salivares, sobretudo com o dos canais excretores. Porém, como HAMPERL acentua, com razão, essa semelhança não existe se considerarmos o clássico epitélio da glândula salivar, mas sim, e então acentuada, entre as células do tumor e umas células especiais, claras, entumescidas, que HAMPERL encontrou nos adultos e a que chamou *oncócitos*, e cujo número, como o mesmo autor verificou, aumentava com a idade. É evidentemente falível querer determinar a procedência de um tumor fundando-nos unicamente em tais paralelos morfológicos. HAMPERL também não afirma que os tumores se originem nos *oncócitos* das glândulas salivares. A existência de diferenciações e de estruturas tissulares semelhantes apenas fornece um indício de que a origem pode ser idêntica. Naturalmente que duas formações tissulares podem apresentar grande semelhança, se tiverem a mesma derivação embriológica, sem que por isso se possam derivar uma da outra. Seja como fôr, impressiona o facto de estes tumores se não encontrarem *dentro* da glândula salivar. As proliferações de *oncócitos*, descritas por HAMPERL, no domínio dos canais excretores, podem, quando muito, ser consideradas apenas como esboço de tais tumores. WENDEL afirma que o tumor que estudou era constituído por tãda a glândula submaxilar. A descrição, porém, é demasiado imprecisa para nos poder dar qualquer certeza a tal respeito. Resta-nos, pois, como facto isolado, a observação de LETULLE, que encontrou na superfície interna da cápsula elementos da parótida. Mas também aqui o tumor certamente não teve a sua origem na glândula própria-mente dita.

Por outro lado, a teoria da origem branquial não toma na devida conta as relações topográficas dos tumores com as glândulas salivares. Se aceitarmos a existência, no nódulo linfático, de elementos embrionários ectópicos de tecido branquiogénio, como

LUBARSCH os encontrou com relativa freqüência nos nódulos linfáticos do pescoço, considerando assim os tumores como *coristoblastomas*, ocorre perguntar porque não aparecem em alguns dos muitos outros gânglios linfáticos situados no domínio dos órgãos branquiais.

Para que uma teoria patogenética dêstes tumores satisfaça é necessário — e esta condição não tem sido posta com a devida clareza — que ela tenha em consideração os *dois* factos seguintes: primeiro, que estas neoplasias estão situadas *fora* da glândula salivar, numa formação contida numa cápsula, formação cuja natureza linfoganglionar é, pelo menos, provável e nunca foi, certamente, refutada; segundo, que as referidas neoplasias estão sempre em próxima relação topográfica com as glândulas salivares. Em especial devemos referir (o que até agora não sucedeu) que tumores dêste tipo nunca foram descritos em qualquer outro grupo de gânglios linfáticos e que, portanto, também se não originam nas referidas inclusões glandulares dos nódulos linfáticos da bacia.

A esta exigência corresponde, a meu ver, melhor do que todas, a hipótese de R. MEYER das *ligações celulares ilegais*, com a qual também concordam GLASS e SPITZNAGEL. Segundo essa hipótese, durante o desenvolvimento do tecido parotidiano, ainda não encapsulado, o tecido linfático que ainda não tinha formado o gânglio, envolve o primeiro, dando assim origem a uma mistura dos dois tecidos. Como consequência temos, por um lado, a persistência do tecido linfático na parótida, e, por outro, a possibilidade de aparecerem, excepcionalmente, fiadas de tecido da glândula salivar penetrando o nódulo linfático e que após a constituição da cápsula e a separação das duas formações nos aparecem como elementos tissulares isolados. Seria a partir dêstes elementos que os tumores se originariam. É possível que as relações topográficas entre o tecido das glândulas salivares e o linfático, que acima descrevemos e que no meu caso se puderam verificar, venham também em apoio desta hipótese, ainda que tenhamos desde já de conceder que justamente no campo em que os elementos se encontram misturados não houve formação de tumor.

O que ainda não foi possível explicar nesta teoria, como nas outras, é a razão da grande semelhança entre os epitélios dêstes

tumores e os oncócitos de HAMPERL. Relativamente à proliferação do tecido linfático, que, como ficou dito acima, devemos considerar demonstrada, seria também de admitir, para os adenolinfomas, uma acção indutora do epitélio por efeito de um factor organizador.

Em vista das discrepâncias das teorias patogénicas e da pouca experiência que cada um pode obter sôbre estes tumores, não é de admirar que a *nomenclatura* também não seja uniforme: ALBRECHT e ARZT falam de «cistadenomas papilares dos gânglios linfáticos»; GLASS, de «cistadenolinfomas papilares branquiogénios»; SSOBOLEW, de «cisto-linfoadenomas» ou «branquiomas»; WARTHIN, de «cistadenoma linfomatoso papilar»; outros dizem simplesmente «adenolinfomas»; JAFFÉ, que considera o seu caso como comprovativo da teoria de HAMPERL, chama-lhe «oncocioma». Parece-me de lamentar que em tôdas estas denominações se não tenha procurado frisar que se trata de tumores de constituição papilar, nos quais o tecido linfático substitue o tecido conjuntivo no estroma papilar. Nós falámos, aliás, em tumores vilosos de fibroepiteliomas e, assim, para sermos conseqüentes, deveríamos falar aqui de estruturas linfoepiteliomatosas; é claro que se tornava necessário evitar a confusão com os tumores malignos de SCHMINCKE. Êste inconveniente, porém, seria completamente removido, escolhendo uma designação como, por exemplo: *cistadenoma linfoepitelial justa-parotidiano ou da região do pescoço*. Ficaria assim bem marcado o carácter benigno da formação.

A importância prática dêstes tumores é:

1.º — A possibilidade de confusão quer com tumores da parótida, quer com gânglios linfáticos hipertrofiados.

2.º — A possibilidade de darem origem a carcinomas, como, com grande probabilidade, sucedeu no caso SSOBOLEW. WARTHIN pensa também que uma parte dos adenocarcinomas da região parotidiana tem esta origem.

Sob o ponto de vista terapêutico, apenas é de aconselhar a ablação cirúrgica, visto tratar-se de formações quási sempre benignas e bem delimitadas. A bibliografia nada nos diz sôbre tentativas de actinoterapia. *Á priori* não são de esperar, dadas as características histológicas dêstes tumores, resultados apreciáveis. Todavia em tais assuntos não nos devemos guiar por conclusões *á priori*. Sob o ponto de vista teórico, seria de desejar

poder verificar histològicamente os resultados dèste tratamento. Seria muito interessante ver como em *tais* casos se comportam quer a reacção do epitèlio, quer a do tecido linfático.

ZUSAMMENFASSUNG

Bericht über einen in Lissabon und 7 in Hamburg beobachtete Fälle von lymphoepithelialen Tumoren (SCHMINCKE-RÉGAUD) und Darstellung der histopathologischen Besonderheiten dieser Gewächse. Die Ansichten über ihre formale Genese werden besprochen, wobei Verf. zu der Auffassung gelangt, dass das viel erörterte Verhältnis zwischen epithelialer Wucherung und Lymphocytendurchsetzung vielleicht am besten, in Anlehnung an die Gedankengänge SCHÜRMANNS, PFLÜGERS und NONNENBROCKS, dahin gekennzeichnet wird, dass erstere als Organisatoren im Sinne SPEMANN'S auf die lymphoiden Zellen wirken.

Anhangsweise wird ein neuer Fall von «Adenolymphom» der Halsregion mitgeteilt, einer bisher noch wenig bekannten Tumorart. Auch hier liegen gesetzmässige Beziehungen zwischen den Wucherungen epithelialer und lymphoider Zellen vor, hier jedoch in den Sinne, dass lymphatisches Gewebe das Stroma der von den Epithelwucherungen eingefassten Papillen bildet. Verf. möchte diese charakteristische Wachstumsart durch den Namen: «Kystadenoma papillare lymphoepitheliale» zum Ausdruck gebracht wissen.

BIBLIOGRAFIA

(Adenolymphoma)

- ALBRECHT, H. und ARZT, L. — Beitrag zur Frage d. Gewebsverirrungen. Papilläre Cystadenome in Lymphdrüsen. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 4, p. 47. 1910.
- EHRLICHER. — Ueber ein papilläres Cystadenom d. regio parot. mit lymphoidem Grundgewebe. *Korrespond. Bl. f. Zahnärzte.* 48, F. 1. Cit. por Rikl.
- GLASS, E. — Ueber ein branchogenes papilläres Cystadenolymphom d. regio parotid. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 9, p. 335. 1912.
- HAMPERL, H. — Onkocyten u. Geschwülste d. Speicheldrüsen. *Virch. Arch.* 282, p. 724. 1931.
- HARTMANN, C. — Ueber branchogene Geschwülste an Hand zweier eigener bemerkenswerter Fälle. *In. Diss. Heidelberg.* 1931.
- JAEFE, R. H. — Adenolymphoma of the parotid gland. *Am. Journ. of cancer.* 16, p. 1415. 1932.

- KAUFMANN, E.—Lehrb. d. spez. pathol. Anat. 9. u. 10. Aufl. Vol. 1, p. 262. 1931.
- LETULLE, M.—Deux observations de kystes amygdaloïdes à épithél. cylindr. de la rég. parot. *Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer.* 16. p. 377. 1927.
- LUBARSCH, O.—16. intern. Kongr. f. Med. in Budapest. 1909. Cit. por HAMPERL.
- MEYER, R.—Beiträge zur Frage nach der Genese der im Urogenitalgebiet vorkommenden Mischgeschwülste und Teratome. *Charité-Annalen* V. 34. Cit. por GLASS.
- NEUMEISTER, O.—Kystadenom d. Zungenbasis u. d. oberen Halslymphdrüsen. *Zentrbl. f. Pathol.* 34, p. 257. 1924.
- ODÉN, C.—Papillary cystadenoma lymphomatosum of the parotid gland. *Am. Journ. of Surgery.* 30, p. 57. 1935.
- RIKL, A.—Kasuistischer Beitrag zu d. Frage der Parotistumoren. *Zentrbl. f. Pathol.* 35, p. 310. 1924.
- SCHILLING.—*Ziegl. Beitr.* 68, p. 139. 1921.
- SPITZNAGEL.—Branchogenes Adenom d. Submaxillaris. *Wien. Klin. Wochschr.*, p. 983. 1929.
- SBOBLEW, L. W.—Zur Kasuistick d. Branchome. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 11, p. 462. 1912.
- WARTHIN, A. Sc.—Papillary cystadenoma lymphomatosum. *Journ. of Cancer Research.* 13, p. 116. 1929.
- WENDEL, A.—Papillary cystadenoma lymphomatosum. *Journal of Cancer Recherche.* 14. p. 123. 1930.

Institut Rocha Cabral — Lisbonne

**SUR LA MÉTHODE DE MASCIOTTRA
ET MARTINEZ DE HOZ POUR LE DIAGNOSTIC
BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE**

PAR

D. PEDRO DA CUNHA

Il est parfois difficile de faire un diagnostic précoce de la grossesse ou distinguer entre une grossesse à son début et certaines affections gynécologiques, ce qui force les tocologues à recourir aux méthodes biologiques.

Il y a déjà 4000 ans que les Egyptiens employaient l'urine, non seulement pour le diagnostic de la grossesse, mais aussi pour déterminer le sexe. Ils arrosaient journellement deux sortes de blé avec de l'urine de la femme qu'on supposait enceinte; si les deux plantes se développaient, ils pensaient qu'il s'agissait en effet d'une grossesse. Quand leur développement différait, on calculait le sexe du fœtus d'après la plante où il était plus rapide.

Une autre technique dont ils faisaient usage, consistait à administrer, à la femme supposée enceinte, une plante, appelée «Boudodeu Ka», dans du lait de femme qui venait d'accoucher. Si la femme vomissait ce breuvage, la grossesse était considérée comme avérée.

Ainsi, le diagnostic précoce de la grossesse a été toujours un problème qui a mérité une attention particulière depuis de longues années; aujourd'hui il est résolu scientifiquement.

Dans le but d'arriver à cette solution on a employé plusieurs méthodes qu'on peut classer de la manière suivante :

1 — Méthodes basées sur des réactions de défense de l'organisme maternel contre les albumines placentaires et fœtales (méthode de déviation du complément de BORDET et GENGOU), méthode de dialyse de ABDERHALDEN et méthode de l'intra-derme-réaction.

2 — Méthodes basées sur des modifications de certaines propriétés du sérum sanguin pendant la grossesse (modification de la quantité de graisse et de matière lipoides et réaction du vénin de serpent).

3 — Méthodes basées sur la glycosurie provoquée (glycosurie alimentaire et phloridzique).

4 — Méthodes basées sur certaines modifications du sang pendant la grossesse.

Elles sont presque toutes très faillibles et laissent, le plus souvent, des doutes dans l'esprit du clinicien. ASCHEIM et ZONDECK, ouvrant un nouvel horizon à ces études, découvrirent alors une méthode de diagnostic de la grossesse par la recherche biologique d'hormone dans l'urine des femmes enceintes.

Aujourd'hui la réaction d'ASCHEIM et ZONDECK est admise par tous les auteurs et a déjà souffert des modifications importantes, qui rendent son emploi encore plus facile (FRIEDMANN).

Avec ces nouvelles méthodes, le diagnostic précoce de la grossesse peut être établi avec sûreté dans 90 à 95 % des cas.

Cependant, peut-être à cause de la difficulté de technique de ce type de réactions, B. K. MASCIOTTRA et B. MARTINEZ de HOZ préconisèrent, en 1933, une autre preuve basée sur la modification de la cholestérimie dans le cobaye injectée avec de l'urine de femme enceinte. Pour ces auteurs, la preuve serait considérée positive au cas d'une augmentation supérieure ou égale à 25 % du cholestérol dans le sang du cobaye injecté.

Plus tard, FR. DE POTTER, faisant le dosage du cholestérol, non pas dans le sang, mais dans le sérum, est arrivé à la conclusion que l'urine de la femme enceinte provoque très rarement de la cholestérimie, et que même, souvent, il y en a diminution.

En face des résultats aussi différents nous avons trouvé intéressant de répéter ces expériences suivant la même technique de MASCIOTTRA et MARTINEZ DE HOZ.

Pour le dosage du cholestérol dans le plasma nous avons employé la méthode de GRIGAUT, légèrement modifiée (1).

Cette méthode est fondée sur la coloration verte que prend une solution de cholestérine dans du chloroforme en présence de l'anhydride acétique et de l'acide sulfurique concentré.

Nous avons agi de la manière suivante: dans un ballon avec bouchon à l'émeri nous avons introduit 2 cc. de sang et 20 cc. d'une solution de 1 gr. de soude dans 100 cc. d'alcool à 60°. Après avoir bien mélangé ces composants, nous avons placé le ballon pendant 20 à 30 minutes au bain-marie en ébullition. Le mélange à peine refroidi, nous avons versé dans le ballon 30 cc. d'éther, et nous avons agité pendant quelques minutes et ensuite nous avons versé le liquide dans un entonnoir de séparation. Nous avons lavé le ballon deux fois avec 30 cc. d'éther, chaque fois, en employant donc au total 90 cc. Ensuite nous avons versé dans l'entonnoir de séparation un peu d'eau distillée et nous avons procédé à la séparation de la couche inférieure aqueuse. Afin d'éliminer les impuretés, nous avons fait plusieurs lavages de la couche éthérée avec de l'eau distillée, jamais moins de 4; le liquide aqueux obtenu à chaque lavage se séparait après agitation de l'entonnoir pendant quelque temps.

Après ces lavages, la couche éthérée qui contient la cholestérine était versée dans une capsule et évaporée au bain-marie. Avec le résidu obtenu en faisait le dosage colorimétrique. Dans ce but ce résidu était dissous dans 5 cc. de chloroforme. Nous ajoutons ensuite 2 cc. d'anhydride acétique et 3 gouttes d'acide sulfurique concentré.

Dans un autre ballon nous mélangions 5 cc. d'une solution-étalon constituée par une dilution de 2 milligrammes de cholestérine dans 25 cc. de chloroforme, avec 2 cc. d'anhydride acétique et 3 gouttes d'acide sulfurique concentré.

Les deux ballons étaient maintenus dans l'obscurité et au bain-marie, à une température de 38°, pendant 15 minutes, après quoi les deux liquides présentaient une couleur verte plus ou moins intense selon la concentration. On procédait à la comparaison dans le colorimètre.

(1) Voir L. PINCUSSEN, Mikromethodik, 1930, pág. 153.

La quantité de cholestérine dans 100 cc. de sang se présente dans la formule suivante: $\frac{P \times 2 \times 100}{C \times c}$ correspondant P à la hauteur du liquide-étalon, dans le colorimètre; le numéro 2 aux milligrammes de cholestérine dans ce liquide; C à la hauteur du liquide obtenu avec le sang observé; c au nombre de cc., du sang, que nous avons employés.

Nous faisons un dosage avant l'injection de l'urine et un autre 24 heures après. L'urine employée fut cueillie à jeun et par cathétérisme vésical (1). Après avoir été traitée par l'éther, dans la proportion de 25 cc. d'éther pour 10 cc. d'urine, nous avons procédé à la décantation de celle-ci et nous avons injecté 10 cc. sous la peau du cobaye.

Le sang pour le dosage du cholestérol a été obtenu par ponction du cœur, et on lui a ajouté de l'oxalate de potassium afin d'éviter la coagulation.

Nous avons fait 36 expériences, à savoir: 26 avec de l'urine de femmes enceintes (grossesse de temps différent), 4 avec de l'urine de femmes atteintes d'affections gynécologiques (2 annexites, 1 fibrome de l'utérus et 1 kyste de l'ovaire) et 6 de femmes non enceintes ne portant aucune affection gynécologique.

Nous avons dit ci-dessus que la méthode employée pour le dosage du cholestérol a été celui de GRIGAUT et nous avons dû faire usage du colorimètre. En procédant dans cet appareil à la lecture des résultats nous avons donc commis des erreurs, dont il nous faut tenir compte.

Après avoir fait nos calculs, nous avons constaté que ces différences ne dépassaient pas 25 % des valeurs théoriques, pourcentage égal à celui obtenu par les auteurs de la méthode.

(1) Les urines employées pour ces essais ont été cueillies à la Maternité de Santa Bárbara, de la Faculté de Médecine.

RÉSULTATS DES 26 CAS DE FEMMES ENCEINTES

Égal ou + 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins de 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins qu'avant l'injection
17 cas	4 cas	6 cas

RÉSULTATS DES 6 CAS DE FEMMES NON ENCEINTES
NI SOUFFRANT D'AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Égal ou + 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins de 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins qu'avant l'injection
4 cas	2 cas	0

RÉSULTATS DES 4 CAS DE FEMMES SOUFFRANT
D'AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Égal ou + 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins de 25 % de cholestérol après injection d'urine	Moins qu'avant l'injection
1 cas	3 cas	0

Le premier tableau nous montre que dans les 26 cas de femmes enceintes, il a eu 17 avec augmentation du cholestérol égale ou supérieure à 25 %, c'est-à-dire, que la réaction a été positive dans 65 % de cas. Mais le deuxième tableau indique que chez des femmes sans affections gynécologiques et avec l'utérus vide on trouve aussi des réactions positives, 4 parmi 6 cas.

En face de ces résultats il nous semble pouvoir affirmer que la méthode de MASCIOOTTRA et MARTINEZ DE HOZ n'a aucune valeur pour le diagnostic biologique de la grossesse.

BIBLIOGRAFIA

- B. K. MASCIOOTTRA et B. MARTINEZ DE HOZ. — *Presse Médicale*, 1933, pag. 293.
 P. LEPINE. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1931. T. 106, pag. 1136.
 FR. DE POTTER. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1933. T. 113, pag. 1541.

O EXAME RADIOLÓGICO DAS MASTOÍDEAS, SUA TÉCNICA E UTILIZAÇÃO CLÍNICA

POR

FERNANDO MATTOS MOREIRA e M. SOARES DA VEIGA

O exame radiológico do osso temporal é hoje um elemento importante, como auxiliar do diagnóstico, em certas lesões que nêle se localizam. Numerosas têm sido as técnicas apresentadas para a observação radiográfica, não só de toda a pirâmide constituída por a porção pedrosa, desde a base até à ponta, como também das zonas limitadas do ouvido médio e interno e cavidades pneumáticas do temporal. Pela sua utilização clínica interessam-nos especialmente as que dizem respeito ao ouvido médio e à apófise mastoídea, tanto mais que a otoscopia, nos casos de afecções do ouvido externo, pode aclarar melhor o clínico do que pròpriamente o exame radiográfico. Estas ligeiras considerações que nos propusemos fazer sôbre êste assunto, têm apenas por fim demonstrar a relativa facilidade de, sem aparelhagem especial, proceder à observação da mastoídea nos casos em que se pretende saber o estado das células pneumáticas, quando existe a suposição duma possível invasão destas por qualquer processo inflamatório, e, por consequência, da indicação operatória para a trepanação.

A técnica que nos parece mais prática para êste efeito é a proposta por SCHUELLER, que nos permite julgar do estado do sistema pneumático completo, da escama, da pirâmide e seio sigmoídeo. O facto de preferirmos especialmente esta técnica vem da circunstância de haver a necessidade duma observação comparativa das duas mastoídeas, direita e esquerda. Esta deve ser feita sempre na mesma posição, com a mesma incidência, para que o estudo comparativo seja eficaz. A técnica de SCHUELLER permite obter imagens radiológicas das mastoídeas, simétri-

cas, utilizando-se a aparelhagem vulgar, sem se tornar necessário o uso de mesas especiais ou dispositivos complicados, como os propostos por MAINGOT, MORET e SOURICE. Dentre os numerosos aparelhos que têm sido apresentados para êste efeito o aparelho de LYSHOLM, de Estocolmo, e mais recentemente o de HERZ, são os mais usados.

A técnica de SCHUELLER consiste em, colocando a cabeça do doente lateralmente paralela à placa dum *chassis* 13×18 com fôlhas reforçadoras e tendo o cuidado de dobrar para a frente o pavilhão da orelha, adaptar o orifício externo do canal auditivo no centro daquela. A ampola deve ser colocada a 45 cm. da cabeça do doente, com uma inclinação de 30° em relação a um plano vertical que passe pela mastóidea que lhe faz face, de forma a que o raio normal incida 5 cm. (três dedos travessos) acima do orifício externo do canal auditivo, visando assim a mastóidea do lado oposto. O uso dum localizador é conveniente, devendo êste ter 45 cm. de altura, 2,5 cm. de diâmetro superior e 7 cm. de diâmetro inferior. Fixada a ampola nestas circunstâncias, para a primeira radiografia da mastóidea doente, fácil se torna colocar a cabeça do doente numa posição idêntica, para a segunda radiografia a fazer à mastóidea sã, tomando para ponto de referência o orifício externo do canal auditivo e fazendo coincidir êste com o centro da placa, tal como foi descrito para a primeira radiografia. Assim se obtêm duas radiografias simétricas, tanto quanto possível, das mastóideas, o que convém para o seu estudo comparativo. As imagens radiográficas obtidas nestas circunstâncias e com esta técnica de SCHUELLER dão nos elementos para uma observação útil e relativamente clara das mastóideas. Sendo a mastoidite a complicação mais freqüente das inflamações agudas do ouvido médio, o exame radiográfico das suas células tem um grande interêsse para o especialista. O estado e grau de invasão do processo inflamatório, que se pode avaliar com êste exame, é precioso como indicação para a técnica do acto operatório. A técnica de SCHUELLER permite, além duma boa apreciação do estado do plano mastóideo, isto é, da pneumatização da apófise mastóidea e integridade das células e suas trabéculas, avaliar a posição do seio, tão capital para o cirurgião a quem interessa altamente saber se aquele está situado normalmente ou se é procidente, o que pode prejudicar o acto operatório.

As técnicas de MAYER, de STENVERS e de STAUNIG e GATSCHER, embora sejam também usadas para o estudo radiográfico das mastoideas, não nos dando imagens tão elucidativas, têm o contra de não permitirem uma observação simétrica tão fácil para o estudo comparativo. A técnica de MAYER visa, de resto, em especial, a cúpula da cavidade timpânica, o antro, células periantrais e conduto auditivo externo. Consiste em colocar o doente em posição dorsal, a cabeça voltada a 45° para o lado a examinar, apoiando o ouvido sobre o *châssis*, depois de ter dobrado o pavilhão da orelha, e fazer flectir a cabeça, procurando aproximar o queixo do externo. Nestas circunstâncias a ponta da mastoídea deve encontrar-se no meio do *châssis*. A ampola, colocada a 45 cm. da cabeça, é inclinada 45°, de forma que o raio normal atravessa o osso frontal, incidindo no ponto do limite do couro cabeludo, visando a apófise mastoídea a examinar, que se encontra no meio do *châssis*.

A técnica de STENVERS incide especialmente nas cavidades labirínticas, canal auditivo interno, canais semicirculares e caracol, sendo, por isso, empregada sobretudo nos casos neurológicos. Mais elucidativa se torna a técnica usada por STAUNIG e GATSCHER, cujas imagens radiográficas nos orientam bem no que diz respeito, principalmente, ao estado da ponta ou vértice do plano mastoideo.

Apresentamos algumas imagens radiográficas normais feitas segundo as técnicas de MAYER, STAUNIG e GATSCHER, e SCHUELLER. As imagens radiográficas obtidas com a técnica de SCHUELLER são bem mais elucidativas do que as outras para o estudo das mastoideas.

Nas radiografias *A* e *B* segundo a técnica de SCHUELLER nota-se: o limite posterior do sistema pneumático, o limite posterior da pirâmide que forma o limite anterior da goteira do seio sigmoídeo, o limite supralateral da pirâmide (estas duas linhas formam o ângulo de CITELLI), bordo da ponta da apófise mastoídea, conduto auditivo externo, no qual se projecta o conduto auditivo interno, apófise zigomática, massa compacta do labirinto. Quanto ao sistema pneumático, distinguem-se: células marginais, células intersino-faciais, células terminais da ponta, células peribulbares, células periantrais, células do ângulo de CITELLI, células da raiz da apófise zigomática, células peritubares.

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**

TARTROL

Indolór

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

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

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

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA

PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS



CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

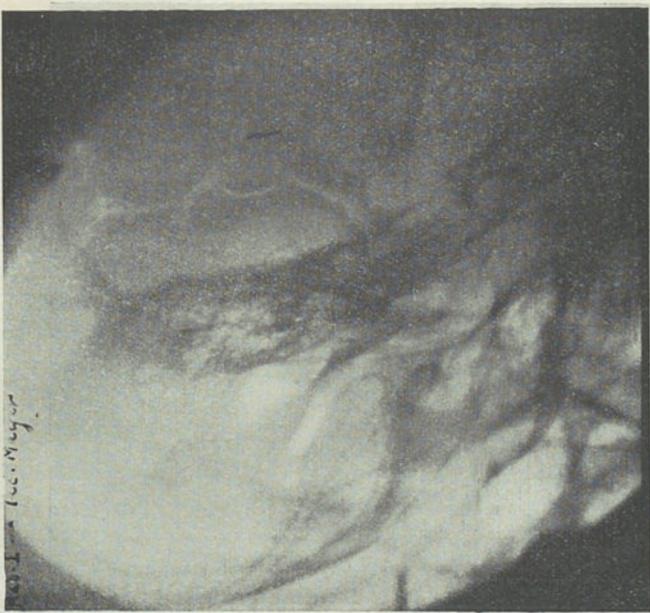
Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

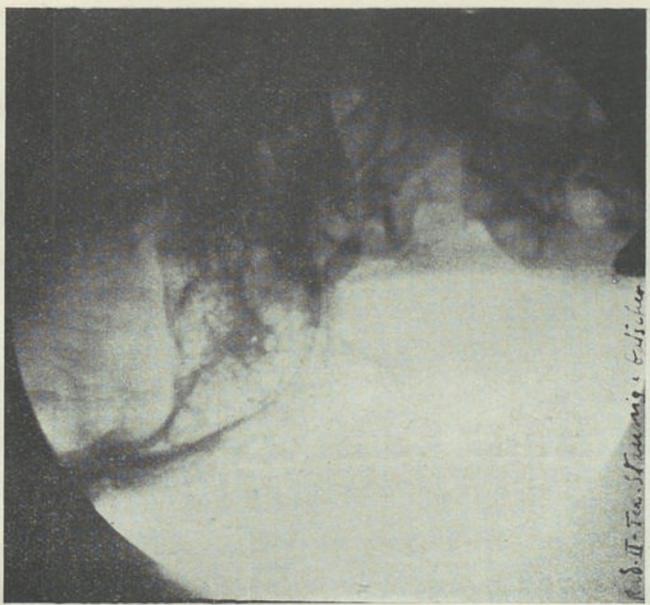
Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

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

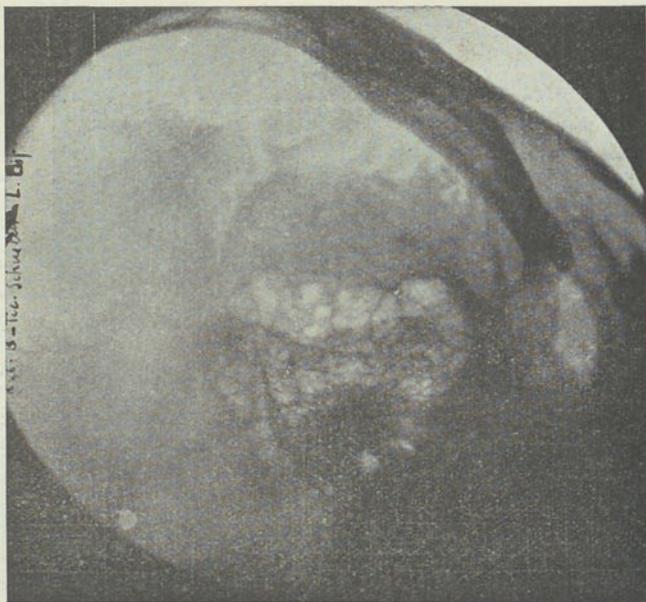
AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA



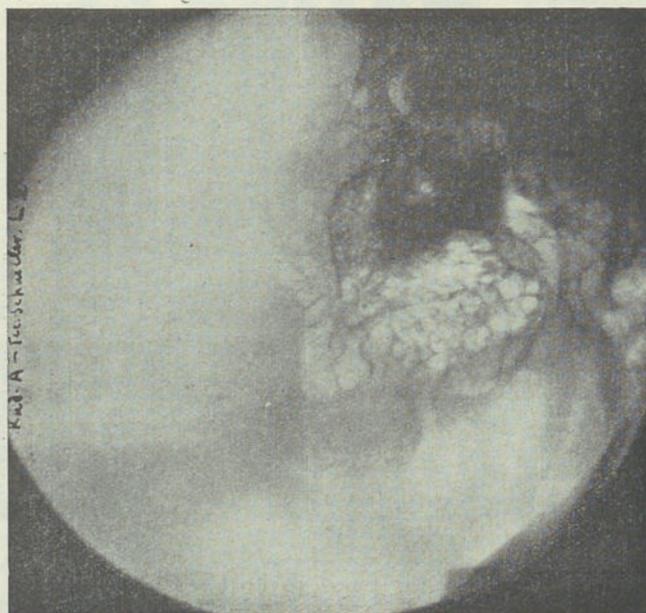
Radiografia I. — Técnica de MAYER



Radiografia II. — Técnica de STAUNIG e GATSCHER



Radiografia B. — Técnica de SCHULLER
(Radiografia da mastoidea direita)



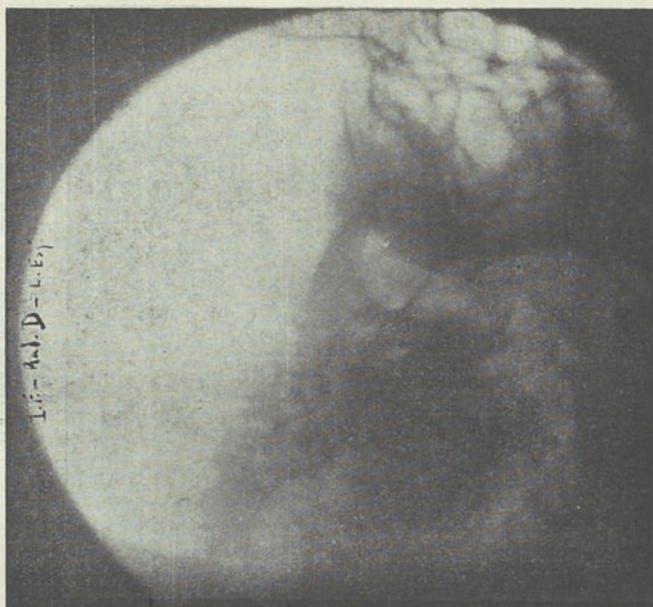
Radiografia A. — Técnica de SCHULLER
(Radiografia da mastoidea esquerda)



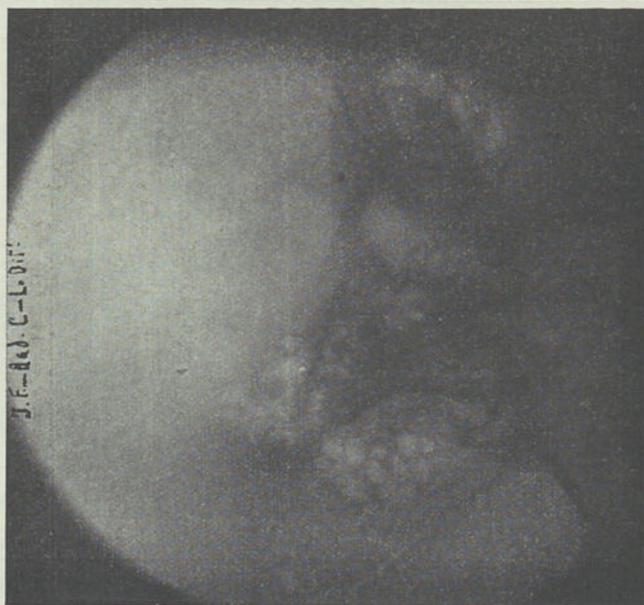
Radiografia *a*
Mastoídea esquerda. — Lado doente



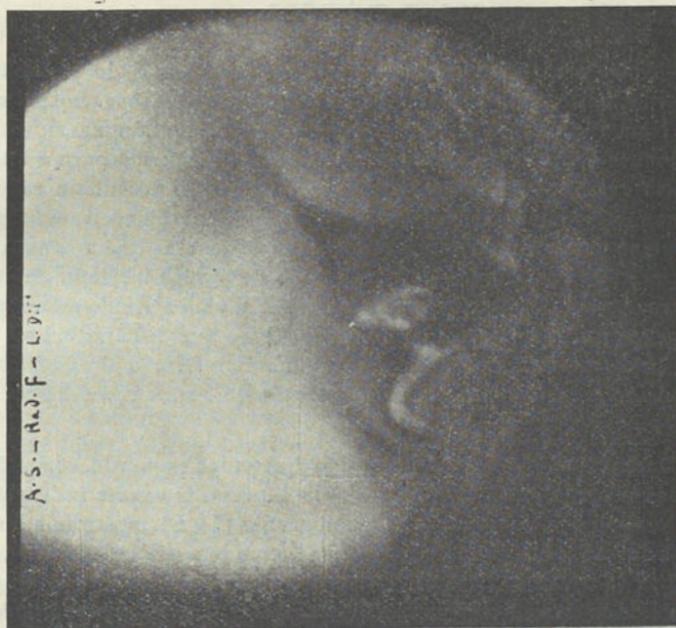
Radiografia *b*
Mastoídea direita. — Lado sã



Radiografia D
Mastoiílea esquerda. — Lado doente



Radiografia C
Mastoiílea direita. — Lado são



Radiografia F
Mastoídea direita. — Lado doente



Radiografia E
Mastoídea esquerda. — Lado são

CASOS CLÍNICOS

A. R. — Após uma otite aguda, apresenta dores atrás do pavilhão da orelha esquerda, febre, palpação da apófise mastoídea dolorosa. Suspeitas de mastoidite. Uma radiografia feita segundo a técnica de SCHUELLER para a mastoídea doente (esquerda), radiografia *a*, e outra simétrica para a mastoídea sã (direita), radiografia *b*, mostram que à direita se desenham relativamente bem as células pneumáticas, que se apresentam permeáveis, distinguindo-se a rede trabecular com boa orientação das trabéculas que a constituem. À esquerda, nota-se uma diminuição acentuada da permeabilidade das células pneumáticas, com desaparecimento das trabéculas, existindo uma sombra densa, que ocupa grande parte do plano mastoídeo e que deve traduzir a existência dum processo inflamatório desta região. Foi feito o diagnóstico de mastoidite. A intervenção confirmou a conclusão do exame radiológico.

I. F. — Dores agudas no ouvido e região mastoídea esquerda, espontâneas e exacerbadas pela palpação. Febre, cefaleia intensa. O exame radiográfico, feito segundo a técnica de SCHUELLER (radiografias *C* e *D*), mostrou, à direita, boa permeabilidade das células pneumáticas, com boa orientação das trabéculas. À esquerda notou-se desaparecimento da rede trabecular, diminuição da permeabilidade das células pneumáticas, que deu lugar a uma condensação mais ou menos homogénea, distinguindo-se todavia ainda, embora muito vagamente, algumas células permeáveis. Foi feito o diagnóstico de mastoidite aguda. A intervenção confirma o diagnóstico.

A. S. — Teve, há anos, uma otite, que se curou sem qualquer intervenção. Actualmente apresenta dores vagas ao nível do ouvido direito e região mastoídea do mesmo lado. A palpação é dolorosa ao nível da ponta da apófise mastoídea. Foram feitas duas radiografias para as mastoídeas segundo a técnica de SCHUELLER (radiografias *E* e *F*). A radiografia *E* (lado sã) mostrou boa permeabilidade das células pneumáticas, desenhando-se bem a rede trabecular. A radiografia *F* (lado doente) mostrou uma diminuição de permeabilidade daquelas células, notando-se uma larga zona de condensação, que deve traduzir a existência duma mastoidite. A intervenção confirmou o diagnóstico radiológico.

Serviço de Radiologia do Hospital Escolar
(Director: Dr. Bénard Guedes)

Revista dos Jornais de Medicina

«Spina bifida», por IRWIN SIRIS. — *Annals of Surgery*. N.º 517. Janeiro de 1936.

Análise de oitenta e quatro casos de «spina bifida», quarenta e sete dos quais foram operados (56%), não tendo sido os restantes trinta e sete (44%) sujeitos a nenhuma intervenção cirúrgica.

Dos casos não operados todos, menos um, morreram dentro de um período que vai de vinte e quatro horas até um ano após a admissão no hospital.

Nos quarenta e sete doentes operados registou-se uma mortalidade de 32,3%, sendo os 67,7% que sobreviveram seguidos durante períodos que variam entre dois meses e dez anos.

Na escolha dos casos em que está indicada a intervenção cirúrgica — e da boa escolha dos casos depende principalmente o êxito operatório — é muito importante ter em consideração o seguinte :

- 1.º — O estado dos tecidos que cobrem a protusão.
- 2.º — O conteúdo do saco-dural e a extensão em que estão envolvidos, na lesão, os nervos, o tecido medular e cerebral, quando presentes.
- 3.º — A extensão das alterações ósseas.
- 4.º — O grau de hidrocefalia e de outras deformidades ou anomalias congénitas.

O prognóstico, nas crianças cujas condições tornam a intervenção aconselhável, é tanto melhor quanto mais precocemente se intervém, tendo evidentemente em conta que o estado geral da criança permita a intervenção. Os tecidos que cobrem a «spina bifida» estão sujeitos a ulcerarem-se facilmente; formam-se frequentemente fistulas por onde se escoo líquido céfalo-raquidiano, e estas crianças estão sujeitas a grande número de doenças intercorrentes; é por isso que se impõe a intervenção precoce antes que qualquer destas complicações a venham impossibilitar.

A possibilidade de que a seguir à intervenção se venha a desenvolver uma hidrocefalia não deve impedir que ela se pratique nos casos convenientemente escolhidos.

Em trinta e duas crianças nas quais foi feita a extirpação do saco-dural, o hidrocéfalo aumentou em sete das oito que já o tinham antes da intervenção, e provocou-o em tôdas, menos quatro, das que não o apresentavam. A hidrocefalia não aumentou numa criança em que se conservou o saco, nem foi provocada em quatro operados, nos quais se conservou tôda a dura e a aracnoideia. Por isso o A. recomenda a conservação do saco-dural, seguindo

a técnica descrita por Penfield e Cone, como o melhor tipo de intervenção na «spina bifida».

As «spinas bifidas», tanto raquidianas como occipitais, cobertas por tecidos muito delgados, com alternativas de fistulização e ulceração, dando saída a líquido céfalo-raquidiano e complicadas de hidrocefalia lentamente progressiva, não contra-indicam, de um modo absoluto, a intervenção, pois nalguns destes casos o A. conseguiu resultados muito satisfatórios.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de doença de Simmond (curado). (*Report of a case of Simmond's Disease (with recovery)*), por CHARLES DUNN. — *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol LXXXIII. N.º 2. Fevereiro de 1936.

O A. relata um caso de doença de Simmond (esclerose múltipla das glândulas endócrinas, Falta), numa rapariga de 13 anos de idade, em que a terapêutica pluriglandular parece ter tido um êxito completo. A terapêutica consistia na administração hipodérmica de grandes doses de extractos da hipófise anterior (Armour) concomitantemente com doses, também elevadas, de hormonas sexuais femininas (Progynon B. Schering).

O período durante o qual se deverá manter esta terapêutica não se pode determinar; contudo, no caso do A., as doses foram consideravelmente diminuídas desde que a doente começou a apresentar um estado aparentemente normal.

O A. é de opinião que a classificação e designação de Falta: «Esclerose múltipla das glândulas endócrinas» define melhor o quadro clínico e patológico do síndrome designado habitualmente por doença de Simmond (caquexia hipofisária).

ALMEIDA LIMA.

O emprêgo das febres quartãs no tratamento da neuro-sifilis. (*Therapeutic Quartan Malaria in the treatment of neurosyphilis among Negroes*), por GEORGE BRANCHE. — *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. LXXXIII. N.º 2. Fevereiro de 1936.

Os indivíduos das raças negras têm, em grande percentagem, uma resistência bem marcada à malária terçã.

Em trinta e seis negros, inoculados pelo A. com malária quartã, houve 91 % de inoculações positivas, com arrepios e temperaturas elevadas. Num outro grupo de indivíduos da mesma raça (vinte e um doentes) inoculados com malária terçã houve apenas 14 % de resultados positivos.

Só esta razão seria por si suficiente para ser preferida a quartã, quando se trata de indivíduos de raça negra; mas, além disso, segundo o A., não só a terapêutica pela quartã dá resultados tão satisfatórios como a terapêutica pela terçã, como tem ainda as vantagens de apresentar manifestações clínicas mais suaves, ter menos complicações e ser menos prejudicial para o estado

”
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afeções 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

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

Substitue vantajosamente
a digital e a digitalina no tra-
tamento de todas as formas de
insuficiência cardíaca

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (SPASMOSEDINE, ETC.)—PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240-246 — 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 za 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

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

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

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada numero tera em média sessenta páginas de texto.

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

geral dos doentes enfraquecidos. O seu período apirético mais prolongado explica provavelmente a melhor influência sobre o estado geral.

Inoculações sucessivas do plasmódio das febres quartãs, naqueles poucos casos em que nunca foi possível conseguir acessos típicos nem temperaturas elevadas, provocaram melhorias clínicas e serológicas tão marcadas como nos que apresentaram manifestações clínicas básicas da quartã com elevações térmicas consideráveis.

Se bem que das várias hipóteses que pretendem explicar o mecanismo da actuação terapêutica do tratamento de Wagner-Jauregg nenhuma seja ainda completamente satisfatória, das observações apresentadas pelo A., neste estudo, parece concluir-se que a elevação térmica desempenha apenas um papel secundário entre os factores que contribuem para efeito benéfico da malarioterapia.

ALMEIDA LIMA.

O adenoma basófilo da hipófise. Apresentação de dois casos. (*Basophil Adenoma of Pituitary Gland. Two Cases*), por D. RUSSEL, A. EVANS e A. CROOKE. — *Lancet*. N. 2. Pág. 240. Fevereiro de 1935

Os AA. relatam dois casos clínicos, ambos terminados por morte, nos quais o diagnóstico provável de adenoma basófilo da hipófise foi feito pela conjunção do aspecto físico dos doentes e a existência de uma hipertrofia cárdio-vascular. O primeiro doente apresentava cefaleias, obesidade e impotência sexual, o que levou logo de início a pensar num tumor da hipófise, mas como o exame radiográfico não mostrou quaisquer alterações, êste diagnóstico foi pôsto de parte e o caso foi considerado como de hipertensão essencial. Finalmente, o caso foi rotulado de hipertensão maligna ao revelar-se a presença de uma retinite albuminúria.

Muitas das principais características clínicas do sintoma Cushing encontravam-se, porém, neste doente: obesidade com a distribuição característica, hipertensão, pletora, hemorragias cutâneas e alteração das funções sexuais. Certas alterações habituais no síndrome faltavam: osteoporose e deformações ósseas, glicosúria e hipertricose.

No segundo encontravam-se repetidas crises albuminúricas da gravidez, associadas com pressão arterial elevada, sem retenção azotada. Hipertrofia cárdio-vascular, obesidade e uma hipertrofia moderada eram as únicas manifestações que poderiam fazer pensar num adenoma da hipófise. A obesidade existia havia, pelo menos, dezanove anos; êste facto e o aspecto da obesidade, igualmente distribuída pelo tronco e membros, afastavam-se do aspecto do sintoma de Cushing, no qual a gordura é adquirida durante um período curto antes da morte e poupa os membros. Não existia amenorreia. A doente não se queixou de dores.

Os AA. julgam que os dois casos apresentados, em conjunção com outros já relatados, vêm mostrar a correlação nítida existente entre o adenoma basófilo, a obesidade e a hipertensão arterial persistente.

ALMEIDA LIMA.

Adenoma basófilo da hipófise, por C. V. MEDVEI e P. WERMER. — *Med. Klin.*, 30:992. Refrata de *The Jour. of Ner. and Ment. diseases*. Vol. LXXXIII. Janeiro de 1936.

Os AA. consideram as alterações ósseas, a obesidade, as estrias vermelhas da pele, principalmente nas regiões obesas, a vermelhidão da face, a hipertricose, principalmente nas mulheres, e a pele sêca, como as principais características clínicas do síndrome do adenoma basófilo da hipófise. São frequentes a hipertensão arterial e a diabetes. As funções sexuais estão quasi constantemente alteradas: nas mulheres, oligomenorreia ou amenorreia; os homens são quasi sempre impotentes.

Muitos dos sintomas do basofilismo hipofisário encontram-se, porém, nos doentes com tumores do córtex suprarrenal e em alguns tumores do ovário. Nos tumores suprarrenais, o hipervirilismo pode ser suficiente para excluir uma lesão da hipófise. As alterações ósseas têm sido observadas tanto nas lesões da hipófise como nas das suprarrenais. Nas doenças do ovário são raras tanto as alterações ósseas como os síndromas diabéticos. O hipervirilismo é, porém, por vezes marcado nas lesões das glândulas sexuais.

ALMEIDA LIMA.

Basofilismo hipofisário, por F. JAMIN. — *Munch. Med. Woch.*, 81:1045. Refratado de *The Journal of Ner. and Ment. Diseases*. Vol. LXXXIII. N.º 1. Janeiro de 1936.

Descrição de um caso clínico em que foram observados os sintomas seguintes: osteoporose, hipertensão arterial, obesidade, hipoplasia genital e adinamia. O A. julga que as perturbações circulatórias, acrocianose, angiospasm e hipertensão desempenham um papel primacial neste síndrome, sugerindo que êste se deverá designar por «pletora hipofisária».

O A. atribue as manifestações da doença a hiperactividade endócrina da adenohipófise. Esta hiperfunção deve ser diferenciada dos efeitos da hormona de crescimento, pois encontra-se nas manifestações de basofilismo hipofisário, o que parece ser uma activação excessiva das glândulas endócrinas subordinadas à hipófise, principalmente as suprarrenais, o lobo posterior da hipófise e das paratiroides, manifestando-se por um conjunto de alterações pluri-glandulares envolvendo a actividade funcional e o aspecto somático do organismo.

A irradiação ultrapenetrante influe favoravelmente a evolução do síndrome.

A hiperfunção endócrina é, provavelmente, o resultado de uma proliferação difusa ou adenomatosa dos elementos basófilos da adenohipófise.

ALMEIDA LIMA.

O síndrome cavitário na tuberculose úlcero-caseosa do lactante. (*El síndrome cavitario en la tuberculosis úlcero-caseosa del lactante*), pelo Dr. TEODÓSIO VALLEDOR (Havana, Cuba).— *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. Tômoo VIII. N.º 1. Págs. 11-54. Janeiro de 1936.

Neste trabalho, muito bem feito e documentado, apresenta o A. vinte e seis observações de cavernas em lactantes (da idade de 2 a 30 meses). O síndrome cavitário na tuberculose do lactante, outrora julgado como raro, é bastante freqüente, pois encontra-se, em média, em 25% dos casos autopsiados. Em geral, os antecedentes referem um meio familiar altamente infeccioso, dando origem a contágios maciços e repetidos do doente.

As cavernas, sempre causadas por um processo de necrose caseosa, podem ser devidas a lesões de infecção primária (alveolite aguda, acidente primário) ou aparecem mais tarde, no curso da broncopneumonia tuberculosa, sobretudo da forma confluyente.

É a cavidade secundária ao bloco de pneumonia caseosa que é a mais freqüente. São, por vezes, também devidas ao amolecimento dum gânglio. O número, o tamanho, a localização e a forma das cavidades podem ser muito variáveis, bem como o seu aspecto. Em geral, trata-se de cavernas únicas, clinicamente situadas dum só lado. A localização mais freqüente é na parte média e lobo inferior do pulmão direito, seguindo-se-lhe, em ordem de freqüência, as mesmas zonas do pulmão esquerdo.

Clinicamente, a sintomatologia é discreta, posto-que uma exploração cuidadosa possa conduzir ao diagnóstico. Os fervores consonantes, acompanhados ou não de sôpros dum timbre grave e de broncofonia, devem ser tomados como o sintoma mais precioso. Em alguns casos, na verdade pouco vulgares, as cavidades podem ficar mudas.

A exploração radiológica bem feita mediante a radiografia e fluoroscopia, secundando o exame do doente, é indispensável; confirma e precisa a suspeita clínica. Nos casos mudos cuja sintomatologia está mascarada, o emprêgo dêste método, verdadeira autópsia *in vivo*, esclarece o diagnóstico, se bem que, radiologicamente, seja às vezes impossível distinguir um abscesso pulmonar, num lactante, duma cavidade tuberculosa no centro duma zona de pneumonia caseosa. A imagem cavitária, nesse caso, é idêntica. Só a clínica, auxiliada pelo laboratório (Mantoux, antecedentes, pesquisa do agente em causa, etc.) aclara o quadro patológico.

Há casos muito raros em que a imagem cavitária fica invisível aos raios X. A imagem cavitária apresenta um carácter que a distingue da imagem semelhante do adulto, isto é, a ausência do liserado ou do anel fibroso, que não é apreciável senão em alguns casos de caverna de cancro de inoculação (ac. primário).

Entre as complicações da cavitação, a hemoptise é rara nesta época da vida. A vômica violenta e abrupta é excepcional. Em geral, trata-se de vômicas fraccionadas, que passam despercebidas. O pneumotorax é a complicação mais freqüente. A evolução dêste quadro clínico é, habitualmente, grave; na maior parte dos casos é mesmo fatal. Posto-que haja possibilidade de cura, esta é excepcional.

O A. acrescenta que as formas graves (ulcerosas) da tuberculose do lactante constituem uma observação freqüente nas crianças das classes pobres do seu país, sobretudo da raça negra e mestiça. Daí, a necessidade imperiosa de intensificar a luta antituberculosa, empregando todos os meios disponíveis.

MENESES.

Directrizes modernas no tratamento cirúrgico da elevação congénita da omoplata. (*Indirizzi odierni nel trattamento chirurgico della scapola alta congénita*), por O. SCAGLIETTI (Bolonha). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXI. Fasc. IV. Págs. 287-298. Novembro de 1935.

Associando-se às ideias de Putti, o A. entende poder afirmar que os melhores resultados no tratamento da elevação congénita da omoplata, quer estéticos, quer funcionais, são os obtidos com a intervenção cirúrgica precoce. A técnica operatória a seguir varia de caso para caso, segundo disposições anatómicas que fixam a omoplata em posição elevada (ponte óssea, retracção muscular).

O exame radiológico pre-operatório é de suma importância porque é sobre êle que se deve estabelecer a intervenção operatória a executar. Na avaliação do resultado radiográfico dever-se-á tomar em conta a idade do doente, pois a possibilidade de se descobrir uma apófise costiforme que fixa a omoplata numa posição anormal, está ligada ao estado mais ou menos avançado de ossificação desta, comparando-o com os outros segmentos do esqueleto. A indicação operatória não será feita apenas após o diagnóstico. É preciso pensar na resistência operatória dos pequenos doentes.

MENESES.

Elevação congénita da omoplata. (*Élévation congénitale de l'omoplata*), por TAVERNIER et MICHEL (Lião). — *Société de Chirurgie de Lyon*. Sessão de 27 de Junho de 1935. In *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXXIII. N.º 1. Págs. 121-122. Janeiro-Fevereiro de 1936.

Os AA. apresentam um doente com uma forma muito acentuada de elevação congénita da omoplata, o ângulo superior desta chegando ao contacto do occipital. Aquele osso estava atrofiado e tinha basculado de tal modo que a cavidade glenoideia, em vez de olhar para fora, estava voltada para baixo. A coluna cervical era formada por vértebras anormais e a clavícula muito mais curta do que a do lado oposto.

Impossibilidade funcional e deformidades importantes, conduzindo a um tratamento operatório que se anuncia difícil. Os AA. pensam ressecar, num primeiro tempo, a peça de união da omoplata ao *raquis*, ressecar o ângulo superior do osso para o libertar das suas inserções musculares retraídas e suprimir a saliência desgraciosa no cavo supraclavicular, seccionando a clavícula para facilitar o abaixamento da cintura escapular em volta do cone torácico.

Em seguida tentarão, pela mobilização e maçagem, abaixar o ôsso, que no fim deverá ser talvez fixado às costelas, segundo a técnica descrita com precisão por Nové-Josserand.

MENESES.

Processo de blocagem articular no tumor branco do joelho infantil. (*Un procédé de blocage articulaire dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant*), pelo Prof. RENÉ LE FORT (de Lille). — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie*. N.º 1. Tômo VIII. Págs. 5-8. Janeiro de 1936.

O tratamento do tumor branco do joelho da criança é talvez o problema de cirurgia ortopédica mais difícil de resolver. No adulto estão já estabelecidas as vantagens da ressecção económica. As ressecções do joelho que há anos se faziam nas crianças, prejudicando-lhes o crescimento do ôsso, pela destruição da cartilagem de conjugação, estão abandonadas de todo.

O princípio da ressecção intra-epifisária de Maffei, respeitando as cartilagens de conjugação, é perfeitamente lógico em teoria e constitui um progresso; na prática, a forma anatómica das lesões opõe-se-lhe muitas vezes. As cartilagens epifisárias estão deformadas e pode ser impossível, por secções planas, preparar as superfícies femural e tibial para que fiquem em contacto. Se a operação é possível em certos casos favoráveis, com lesões pouco extensas, não é exequível desde que exista uma flexão permanente do joelho cuja redução impõe sacrifícios importantes de cartilagens, sobretudo na parte posterior, e por conseguinte será, em tais condições, uma má operação. A operação de Delahaye, que se não dirige aos ossos, mas às partes moles, parece ser uma solução excelente do problema terapêutico. O A., embora reconheça o progresso que ela representa, teve uma decepção com o seu uso. Recentemente fez, porém, uma operação nova numa rapariga cujo joelho esquerdo esteve fortemente flectido, e que deriva da técnica de Delahaye.

O A. talhou na tibia direita um longo enxerto ósseo. Uma incisão anterior vertical do joelho doente permite pôr a descoberto o fémur, rótula e tibia. O grau de flexão não pôde ser senão parcialmente reduzido e a angulação que fica é de cerca de 160°. Trata-se de aplicar um enxerto importante numa peça única através das partes anteriores do fémur, da rótula e da tibia. Como queria utilizar o enxerto tal como o tinha talhado, único, espesso e rígido, tomou a iniciativa de o meter numa fenda anterior da tibia e do fémur, passando por detrás da rótula, que faz uma forte saliência para a frente. Esta operação é duma difícil execução. Para estar bem colocado, o enxerto deve estar fixado, não atrás da parte média da rótula, mas atrás do seu bordo interno.

Os resultados práticos desta intervenção só podem ser avaliados daqui a uns dez anos, quando a criança tiver findado o seu crescimento. Mas pode-se desde já pensar que o grande enxerto metido na parte anterior do fémur e da tibia irá bloquear, dêsse lado, a articulação do joelho. O crescimento do ôsso dificultado adiante pelo enxerto poderá fazer-se melhor nos dois têços posteriores das cartilagens inter-epifisárias que ficaram livres, e êsse crescimento terá por efeito o endireitamento progressivo da flexão do joelho.

O enxêrto, fixando sólidamente o ôsso, impedirá a tibia de continuar o seu movimento de deslize para traz e limitará a tendência para a subluxação, que já era notável na sua doente operada.

A aplicação, nos dois ossos doentes, dum enxêrto ósseo, terá, como se dá em geral, um efeito terapêutico útil e concorrerá para a extinção das lesões tuberculosas. Talvez que, dentro de alguns anos, quando a tuberculose estiver extinta, o joelho endireitado, se possa fazer a secção da ponte óssea inter-fêmuro-tibial e restituídos os movimentos à articulação. Até lá impõe-se uma vigilância aturada da doente.

MENESES.

Comentários sobre a vacinação antituberculosa pelo B. C. G. (*Comentarios sobre la vacunación antituberculosa por la B. C. G.*), pelo Prof. DUARTE (Granada). — *Pediatria y Puericultura*. Ano IV. N.º 29. Págs. 41-56. Fevereiro de 1936.

A experiência do A. sobre o assunto leva-o a afirmar que não nos devemos entusiasmar com as excelências do método de Calmette, nem nos devemos deprimir com os inconvenientes e objecções apontados pelos seus detractores. Prossigamos, numa atitude serena e ponderada, na sua estimação.

Sob o aspecto científico, diz o A, considera a B. C. G. como o melhor processo de profilaxia específica contra a tuberculose que, em geral, produz efeitos benéficos, mas que não é isento de perigos, pelo que deve empregar-se em casos limitados e com precauções. A sua eficácia é relativa e por isso deve ser completada com outras medidas profilácticas de contágio.

Sob o aspecto prático, acha que não deve ser um método sistemático para tôdas as crianças, nem deve ser administrado por qualquer pessoa (práticos, parteiras, enfermeiros).

A sua única indicação deve ser nos filhos de tuberculosos e nos que vivem num meio contaminado, e sempre com a condição de serem cuidadosamente vigiados e submetidos às medidas profilácticas obrigatórias na luta antituberculosa. Nas crianças sãs e não expostas, é preferível a vacinação espontânea, pelos contágios discretos do tipo habitual. Só devem empregá-la os tisiólogos e médicos higienistas que, pela sua especialização, tenham possibilidade de fazer a indicação correcta, de seguir a sua vigilância e de adoptar precauções profilácticas nos vacinados.

MENESES.

Algumas considerações acerca do enriquecimento do organismo em sais de sódio, no decorrer do periodo post-operatório. (*Algunas consideraciones sobre la rechloruración en el post-operatorio*), por R. FERRACANI. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 3. 1936.

O combate dum certo número de complicações post-operatórias, pela injeção de solutos hipertónicos de cloreto de sódio, entrou já na prática clínica, mas a verdade é que se algumas vezes lhe têm sido apontados insuccessos, são resultantes, acima de tudo, duma falta de indicação terapêutica,

visto que esta só deve ser baseada em elementos de ordem clínica e laboratorial, representados os primeiros pelos vômitos e diarreias copiosas e os últimos pela hipocloremia globular, que, na sua ausência, é substituída pela hipoclorúria, *test* de incontestável valor.

Uma vez que não sejam cumpridas estas indicações, podem surgir acidentes de gravidade variável, desde crises convulsivas de curta duração, cefaleia intensa, colapso vascular periférico, etc., até situações extremamente graves, como a que foi descrita por Wolfrom, que foi obrigado a agir violentamente no sentido de abaixar a taxa de cloremia; mas o que é certo é que estas complicações de terapêutica salina só surgem quando o valor do cloro globular ultrapassa o nível normal.

Para o A. os numerosos acidentes post-operatórios que têm sido unicamente relacionados com o desequilíbrio do metabolismo do sódio, são, nalguns casos, resultantes de outras perturbações funcionais, pondo em destaque a intervenção nociva da célula hepática, criando uma alteração química humoral, a que chama cetoacidose post-operatória, e em que há diminuição da reserva alcalina, com aumento do cloro globular com hiperclorúria ou pelo menos acompanhada de eliminação normal de cloro pelo rim.

Esta alteração parece sobrevir com maior frequência no post-operatório das afecções hepáticas, sobretudo quando se trata de processos que se traduzem pelo síndrome icterico, acompanhado dum maior ou menor grau de agressão à célula hepática, resultando disso um empobrecimento de glicogénio, o qual é favorecido não só pela anestesia como também pelo jejum pre e post-operatório.

A diminuição do glicogénio hepático acarretará alterações no mecanismo das combustões, com imediata modificação da reserva alcalina, que diminue francamente.

Resumindo assim o mecanismo desta alteração, facilmente se prevê o insucesso da medicação salina, devendo a terapêutica ser orientada no sentido de se regularizar o metabolismo orgânico, o que só será possível com o aperfeiçoamento funcional da célula hepática, que se obtém com o regime gluco-insulínico, tanto executado anteriormente à intervenção como no período post-operatório.

Não nos resta, contudo, a dúvida de que nalguns casos clínicos é difícil estabelecer esta esquematização, e todo o quadro mórbido resulta então da coexistência dos dois síndromas (hiperazotemia com cloropenia e cetoacidose sem alteração no equilíbrio do cloro), aconselhando então o A. a terapêutica que nos deve ser ditada pelos exames laboratoriais, que diariamente nos servirão de *test*.

Nos casos em que o síndrome esteja relacionado com *déficit* hepático, segue o A. as indicações de Landuron, fazendo 10 U de insulina, com simultânea injeção de 500 cc. de soro glucosado isotónico subcutâneo, introduzindo por via endovenosa cerca de 10 cc. de soro glucosado a 50%, doses que se repetem diariamente até desaparecer o quadro tóxico. Mas, nos casos graves, aconselha que esta medicação seja executada com intervalo de três horas.

A reacção de Kopaczewski na pelagra. (*La réaction de Kopaczewski dans la pellagre*), por ORNSTEIN. — *Comptes rendus de la Société de Biologie de Jassy*. Tômó CXXI. N.º 6. 1936.

Esta reacção consiste em adicionar a 2 cc. de sôro sanguíneo límpido, não hemolisado, obtido pela colheita do sangue em jejum, dois décimos de centímetro cúbico de ácido láctico racémico, produzindo-se, nos indivíduos normais, a gelificação do sôro no fim de cento e vinte a trezentos e cinquenta minutos. Foi apontada por Kopaczewski como um elemento de valor para o diagnóstico do cancro, por via humoral.

O A. fêz a reacção em dezasseis doentes com cancro gástrico, sendo positiva em doze, não obtendo, pelo contrário, indicação alguma nos casos de tumores do cérebro.

Êste novo método laboratorial serviu de ponto de partida para numerosas investigações, e, assim, recentemente, tem sido procurado o grau de lactogelificação do sôro nos vários domínios da patologia interna, tais como na sífilis, tuberculose e lepra e por fim na pelagra, cuja patogenia, ainda mal definida, deve ter estreita relação com o cancro, entidades mórbidas que certamente estão ligadas a um desequilíbrio no metabolismo celular.

O A. fêz a reacção de Kopaczewsky em noventa e seis casos de pelagra, internados no Hospital Socola, dividindo-os em dois grupos:

a) Constituído por vinte e oito doentes, atingidos por processos de pelagra, extremamente graves e em que o resultado foi positivo em 54% dos casos.

b) Formado pelos restantes doentes, bem menos gravemente atingidos, em que a reacção só foi positiva em 2 casos. Resulta daí que os casos graves de pelagra dão, mais de metade, a reacção positiva, algumas vezes dando-se até a lactogelificação mais rapidamente do que nos doentes com neoplasias.

O A. termina por afirmar que «a reacção de Kopaczewsky não é específica e nem tampouco lhe pode ser atribuído valor diagnóstico ou prognóstico, visto que é positiva nos vários estados caquéticos, tais como na pelagra, tuberculose, etc., e, no que diz respeito ao seu mecanismo, resta o enigma, como em tantos outros fenómenos físico-químicos.»

BARREIROS SANTOS.

Resultados obtidos pela inoculação, na cobaia, do conteúdo gástrico das crianças afectadas pela tuberculose pulmonar. (*Resultados obtenidos por la inoculación al cobaya del contenido gástrico de niños afectados de tuberculosis pulmonar*), por F. G. PALLETE, F. R. PARTERROYO e S. HYERBE. — *Revista Española de Tuberculosis*. Ano VIII. N.º 53. 1936.

Ê bem conhecida a extraordinária dificuldade de se poder obter expectoração na criança, e nisso está a razão porque ultimamente têm sido apontados vários artificios para se colhêr tal produto. Ê sobretudo à custa da lavagem do estômago, em jejum, que alguns autores têm apontado melhores resultados, mas a verdade é que a maioria se tem limitado a pesquisar o

bacilo, inclusive após a utilização de meios de enriquecimento, o que inevitavelmente dará resultados muito problemáticos, e só com a nova directriz de inocular o conteúdo gástrico na cobaia é que foi completado um processo de investigação que melhores elementos nos poderá fornecer.

É já relativamente numerosa a série de investigadores que proclamam o benefício do método, mostrando que os resultados positivos se obtêm com muito maior frequência do que pelo simples exame directo do sedimento.

Um facto curioso se tem observado ao utilizar-se êste procedimento, que é a extraordinária frequência com que se obtêm resultados positivos, quando se faz a inoculação do conteúdo gástrico das crianças com lesões bacilosas «fechadas», como sejam as adenopatias paratraqueais e as agressões bacilosas da pleura.

A técnica aconselhada pelos AA. é a seguinte: fazer em jejum a extração do conteúdo gástrico, por meio de lavagem com 80 a 100 cc. de água levemente bicarbonatada, devendo o líquido obtido ser centrifugado durante quinze minutos, recolhendo-se o sedimento numa cápsula de porcelana, ao qual se junta 30 cc. de água bi-distilada e dez gotas do soluto decinormal de lixívia de soda. Aquece-se novamente, durante um espaço de tempo não superior a dez minutos, devendo adicionar-se cerca de 50 cc. de água distilada, até se obter perfeita homogenização; no caso da densidade do líquido obtido ultrapassar 1004, dever-se-á juntar uma pequena quantidade de álcool. Por fim centrifuga-se a mistura durante quarenta e cinco minutos, fazendo-se a inoculação duma parcela do sedimento na cobaia, tanto por via subcutânea como intraganglionar.

Da estatística indicada pelos AA., e que abrange um importante número de casos, conclue-se, uma vez mais, que um elevado número de doentes com lesões consideradas «fechadas», dão, com a inoculação, resultados positivos, o que leva a considerar êste processo como um precioso elemento de diagnóstico.

BARREIROS SANTOS.

Sobre a natureza da carga hereditária nos criminosos graves. (*Ueber die Art der Erbanlage bei Schwermkrinellen*), por STUMPF. — 1.^a Reünião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

As formas graves de criminalidade radicam certamente em factores de natureza hereditária, como o mostra a elevada cifra de concordância de gémeos criminosos, não só no facto de ambos os gémeos serem repetidamente condenados, mas muito principalmente na identidade da forma do crime e da atitude do individuo ante os seus actos anti-sociais. A comparação das árvores genealógicas de cento e noventa e cinco reincidentes e cento e sessenta e seis criminosos ocasionais ou condenados uma só vez, mostra a grande diferença da sua constituição heredo-biológica; a criminalidade aparece, naqueles, em 37% dos irmãos e 18% dos primos, e, nos segundos, apenas em 10 e 5%, respectivamente. Muito importante é o facto, claramente demonstrado por estas investigações, de que a forma especial de psicopatia que conduz à

criminalidade não tem quaisquer relações hereditárias com os círculos das psicoses maniaco-depressiva e esquizofrénica, e mesmo, se abstrairmos dos actos violentos, com a das psicoses epilépticas. Nas famílias dos criminosos encontram-se principalmente anomalias de carácter e outras feições psicopáticas, ao que parece diferentes para os criminosos graves e reincidentes e para os ocasionais; nos primeiros predomina a impulsividade, falta de inibição, debilidade de vontade, *deficits* afectivos vários, uma especial hipertimia com euforia; são indivíduos com uma forte vitalidade, resistência especial, grande corpulência, etc. — enquanto que no grupo de criminosos punidos uma só vez faltam aquelas feições caracteriológicas e predominam os tipos asténicos com tendência a perturbações funcionais.

A esterilização das psicoses não deve ter, pois, qualquer influência sobre a percentagem desta forma de psicopatia, que tem de ser objecto de medidas eugénicas especiais.

BARAHONA FERNANDES.

Tumores cerebrais hereditários. (*Erbliche Hirntumoren*), por HALLERVORDEN. — 1.^a Reunião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

Os tumores do encéfalo são, como a maioria dos tumores, a resultante de perturbações «disontogenéticas». Nas displasias cerebrais com um cunho blastomatoso, como a esclerose tuberosa, a neuro-fibromatose e o angioma de Lindau (as chamadas *facomatoses* de van der Hoeve) tem sido repetidamente demonstrado o seu condicionamento hereditário, bem como para os gliomas da retina. O A. descreve vários casos de aparecimento familiar de tumores cerebrais; nalguns existe ao lado das formações tumorais isoladas uma infiltração glioblastomatosa difusa, aproximando-os assim da esclerose tuberosa e da doença de Recklinghausen; por outro lado, alguns gliomas podem-se acompanhar de infiltrações mais ou menos extensas de células blastomatosas, dando-se assim tôdas as transições para a glioblastomatose difusa.

BARAHONA FERNANDES.

Investigações histopatológicas sobre o problema da relação entre o fígado e as alterações cerebrais. (*Histopathologische Untersuchungen zur Frage der Beziehung zwischen Leber und Gehirnveränderungen*), por STADLER. — 1.^a Reunião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

Certas doenças degenerativas do sistema nervoso, acompanhadas de sintomas extra-piramidais, como o grupo da doença de Wilson — pseudo-esclerose — acompanham-se de alterações hepáticas muito marcadas (cirrose de grandes nódulos), cujo significado e génese ainda não estão bem esclarecidos. O A. pretende, sobre a base dos seus estudos, atribuir ao fígado o papel primordial na génese das lesões cerebrais e excluir assim aquelas doenças das

abiotrofias nervosas primárias, reduzindo-as a doenças do metabolismo, como, com tãda a segurança, foi já feito em relação à idiotia amaurotica. Assim, encontrou o A., em setenta casos das mais variadas doenças hepáticas com cirrose, lesões cerebrais ligeiras semelhantes às da doença de Wilson — pseudo-esclerose — principalmente infiltrações gliais e formas particulares de glia (Alzheimer, Opalski, etc.); em alguns casos existiam alterações mais extensas dos núcleos centrais, com lesões ganglionares degenerativas, etc., que se traduziam já, clinicamente, por quadros parkinsonicos esboçados, por certas formas atenuadas e de transição para a típica degenerescência hépato-lenticular. Ficaria assim pelo menos demonstrado que esta pode ser tributária de alterações hepáticas primárias não específicas.

O condicionamento heredo-constitucional da doença não exige, pois, a admissão de hipotéticas anomalias do sistema nervoso, como tem sido feito; exprime, sim, uma perturbação metabólica de base hepática, cuja fisiopatologia ainda está longe de ser conhecida.

BARAHONA FERNANDES.

Determinações da colessterina nas psicoses, em especial na melancolia.

(*Cholesterinbestimmungen bei Psychosen, insbesondere bei Melancholien*), por EDERLE. — 1.^a Reünião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

Georgi encontrou na melancolia uma grande labilidade das taxas de colessterina do sangue, com tendência para o predomínio de valores elevados; esta variabilidade manifesta-se principalmente nas percentagens de colessterina sanguínea em jejum e nas provas de sobrecarga com a mesma substância.

Os achados do A. em melancólicos, esquizofrénicos e nevríticos não são tão concludentes; a colessterinemia dos esquizofrénicos oferece as mesmas variações que a dos melancólicos, ainda que mais moderada e aparecendo em menor frequência. Não há pois dúvida de que em várias psicoses existe uma perturbação dos mecanismos centrais reguladores do metabolismo da colessterina, sem que esta possa, no entanto, ser considerada como característica da psicose-maníaco-depressiva. Do mesmo modo que em relação a uma perturbação semelhante do metabolismo da colessterina da hipertonia essencial, trata-se aqui de perturbações secundárias, sem uma conexão necessária com o substrato biológico da psicose. Os ensaios terapêuticos com preparados de córtex suprarrenal não são também muito animadores.

BARAHONA FERNANDES.

Encefalite crónica com perturbações psíquicas singulares. (*Ueber chronische Encephalitis mit eigenartigen seelischen Störungen*), por F. FUENFGELD. — 1.^a Reünião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

Relato de três casos de encefalite crónica, iniciados todos por um estado agudo com febre, diplopia, perturbações do sono e fortes sintomas de

irritação meníngea; seguiu-se-lhe imediatamente a fase crónica, interrompida por acessos de instalação brusca com cefaleia, vômitos e rigidez da nuca.

Como sintomas anómalos dignos de registo apontam-se:

1) Vivências alucinatórias visuais, formando cenas complexas, acompanhadas de falsas percepções auditivas e olfactivas; numa das doentes incidem estes fenómenos apenas num dos lados do corpo. As visões, palavras e cheiros percebidos, são sempre reconhecidos pelos enfermos como sintomas mórbidos e, como tal, não são objecto de qualquer elaboração delirante.

2) Vivências de despessoalização, em especial uma sensação estranha de afastamento do ambiente externo.

3) Perturbações do «Eu corporal», quer dizer, da noção subjectiva que o indivíduo tem do seu próprio corpo; a doente com alucinações unilaterais sente que a mão e a perna do mesmo lado se retraem, que se afastam da outra metade do corpo, que vogam no ar como se estivessem separadas; noutra doente são estes fenómenos bilaterais: os membros inferiores afastam-se bruscamente do resto do corpo, que parece então apenas constituído pela cabeça, tronco e braços; outra doente tem, por vezes, a noção de que o corpo se desdobra em dois, que existe ao lado um outro corpo que também é o seu, etc. O que é característico destes estados é a *perda da unidade da vivência do próprio corpo*, pois normalmente sentimos sempre os diversos segmentos corporais como um todo inseparável pertencente ao Eu.

4) Impressionabilidade aumentada para os estímulos sensoriais intensos; adormecimento de um lado do corpo pela incidência de um forte ruído, estados semelhantes à perda afectiva de tónus (catalepsia), etc.

Estas perturbações devem estar em relação com lesões do tálamo, do diencéfalo, das vias que os ligam à circunvolução do corpo caloso; são já conhecidos casos de lesões focais desta região com alteração do «Eu corporal». Nos casos sujeitos deve tratar-se de encefalite epidémica crónica, ainda que alguns destes sintomas lembrem a esquizofrenia e, por outro lado, possam ter um certo colorido histórico.

BARAHONA FERNANDES.

Catatonia e psicoses degenerativas. (*Katatonie und Degenerationspsychosen*), por KLEIST e DRIEST. — 1.^a Reunião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresden, 1-4-IX-1935.

A investigação tardia (catamnese) de 179 doentes diagnosticados há 10-15 anos de catatonia, mostrou que 20% se encontravam curados. Levanta-se então o discutido problema: se a catatonia é ou não uma enfermidade que — continuamente ou em acessos sucessivos — conduz invariavelmente a um estado terminal e incurável de maior ou menor deterioração da personalidade e, como tal, uma doença sistemática do sistema nervoso. A análise do seu material clínico leva os AA. a considerar os casos curados como erros de diagnóstico; tratava-se, na verdade, das chamadas *psicoses atípicas* ou *degenerativas*, como as psicoses de motilidade, de confusão, etc., e, em muitos

casos, de psicoses sintomáticas ou reacções atípicas em psicópatas e oligofrénicos. A distinção, aliás difícil e impossível de resumir aqui, pode ser feita logo no período agudo, principalmente pela presença de alterações da consciência (estados crepusculares episódicos com sintomas psicomotores acinéticos e hiperacinéticos; psicoses exógenas), de factores etiológicos orgânicos em relação com o desencadeamento e evolução da doença (infecções, intoxicações, etc.) e, em certos casos, pelos próprios sintomas psico-motores. Nos casos curáveis predominam os sintomas psico-cinéticos com hiperacnésias variadas, expressivas, pseudo-expressivas, pseudo-espontâneas, etc.; nos casos de verdadeira catatonia manifesta-se desde logo uma marcada tendência à estereotipização e mecanização dos movimentos e dos actos, com negativismo, etc. Nos catatónicos crónicos prevalece a falta de espontaneidade e iniciativa e o negativismo, aos quais se juntam sintomas de ordem afectiva, como o embotamento dos afectos e perturbações alógicas e paralógicas da estrutura do pensamento. A hereditariedade dos dois grupos de casos é também fundamentalmente diferente, pois nos doentes curados faltam por completo os casos de esquizofrenia nos ascendentes e colaterais.

A distinção clínica e heredobiológica dos casos incuráveis (catatonias) e dos benignos (psicoses degenerativas e atípicas), tem, pois — quando possa ser feita no período agudo — um considerável interesse prático, tanto pela possibilidade de previsão prognóstica, como pelas diferentes medidas eugénicas (esterilização dos catatónicos, só em casos especiais dos outros doentes) a aplicar.

BARAHONA FERNANDES.

Comunicação prévia sobre investigações em gémeos na esclerose em placas. (*Vorläufige Mitteilung über Zwillingsuntersuchungen bei multipler Sklerose*), por THUNES. — 1.^a Reunião anual da *Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater*. Dresde, 1-4-IX-1935.

A esclerose em placas é, no geral, considerada como uma doença exógena. Curtius pretendeu, no entanto, recentemente, demonstrar que os factores hereditários desempenham um importante papel no seu condicionamento (Ref.). O método da investigação dos gémeos é, como várias vezes aqui temos dito, o mais exacto para resolver este problema, porquanto os gémeos uniovulares têm forçosamente de possuir a mesma carga hereditária, e, quando apresentarem manifestações muito discordantes, estas não são, com toda a segurança, de natureza hereditária; mas sim devidas a influências do ambiente (exógenas). É este o caso da esclerose em placas. Numa série de cinquenta e quatro pares de gémeos, dos quais um, pelo menos, sofria daquela enfermidade, viu-se que todos os gémeos uniovulares eram discordantes, quer dizer, só um d'elles sofria da doença em questão. A hereditariedade não representa, pois, na génese da esclerose em placas, um papel de importância primacial.

BARAHONA FERNANDES.

Prova da galactose na pneumonia e as suas relações com a ictericia desta doença a-propósito da função hepática. (*Prova del galattosio nella polmonite crupale e suoi rapporti coll'ittero di quarta stessa malattia rispetto alla funzionalità epatica*), por G. CANALI. — *Il Policlinico*. N.º 4. 1936.

Apresenta o A. uma série de onze casos de pneumonia, nos quais procurou estudar a função glicogenética do fígado com a prova da galactose. Descreve as razões porque escolheu esta prova, vendo-se que, para uma análise mais completa dos factos observados, praticou em quasi todos a curva contemporânea da glicemia e em todos os casos a bilirubinemia.

A técnica empregada é a seguinte: depois dum jejum de doze horas, ingestão de 40 grs. de galactose, com 200 grs. de água, com consecutiva análise da urina depois de duas, quatro, seis e vinte e quatro horas, examinando em cada fracção não só a quantidade como também a concentração (Fiessinger); porque o fígado é um órgão de capital importância no metabolismo na água, deve atender-se, para comportamento análogo em todos os casos, a uma quantidade-padrão a administrar durante a prova: um litro durante as vinte e quatro horas, mas que só começa a ingerir-se passadas as primeiras quatro horas.

A prova foi positiva em sete casos, não só sob o ponto de vista da quantidade total eliminada (mais de 3 grs., Bauer), como sob o ponto de vista da concentração (mais de 6 ‰ na primeira fracção de urina eliminada, Fiessinger), e, em seis destes, aumento contemporâneo do pigmento biliar no sangue; só num caso de pneumonia de tipo migrante se encontrou uma dissociação dos dois fenómenos. Do relativo paralelismo entre a prova da galactose e do pigmento biliar no sangue (van den Bergh directa e indirecta) destes seis casos e dos quatro restantes com provas negativas, conclue o A. por se associar ao ponto de vista sustentado por Lemierre e Abrami, que consideram a ictericia dos pneumónicos como a consequência duma hepatite pneumocócica, contrariamente àqueles que a encaram como de natureza hemolítica.

Dos quatro casos com provas negativas, três eram individuos novos e com boas condições gerais de resistência orgânica; o quarto dizia respeito a um doente com graves perturbações circulatórias, que não permitiram a absorção da galactose administrada.

J. ROCHETA.

Oxigenoterapia para-enteral na tuberculose pulmonar. (*Ossigeno-terapia paraenterale nella tubercolosi polmonare*), por E. FROLA. — *Il Policlinico*. N.º 5. 1936.

Num grupo de tuberculosos pulmonares, cujas histórias clínicas apresenta, o A. empregou o oxigénio subcutâneo, com fins terapêuticos, partindo das observações feitas por outros autores, que declaravam ter obtido melhoras do estado geral, quando para outros fins se praticava a administração daquele gás. O ponto de eleição é a região lateral da coxa; média de 200 cc. em dias alternados e durante um mês. Nos doentes assim tratados, tomou-se em con-

sideração o pêso, a temperatura, a pressão arterial, a alergia tuberculínica, a velocidade de sedimentação, o número dos glóbulos vermelhos e brancos, fórmula leucocitária e fórmula de Arneth. Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios, como o demonstrou o aumento de pêso, da pressão arterial e das hematias, com diminuição progressiva da velocidade de sedimentação e melhoria subjectiva confessada pela maioria dos doentes.

Frola teve também ocasião de aplicar a mesma terapêutica a doentes com hemoptises, obtendo igualmente os melhores resultados; as recidivas que algumas vezes se observam podem talvez evitar-se com o prolongamento do tratamento.

J. ROCHETA.

Novos caminhos na terapêutica específica da tuberculose. (*Neue Wege in der spezifischen Therapie der Tuberkulose*), por A. I. IAROTZKY. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 5. 1936.

A estabilidade do bacilo de Koch é devida, principalmente, à presença da cápsula cêrea que o envolve, e daí as várias tentativas feitas no sentido de poder actuar essa membrana para mais facilmente destruir aquêlo. Um dos investigadores que mais se tem ocupado desta questão particular é Metalnikoff, que se servia da larva da *Galleria mellonella*, a qual tem a propriedade de digerir a substância cêrea do bacilo; a maior dificuldade, porém, reside no facto de se não poder conseguir do corpo da larva, duma maneira asséptica, a quantidade de fermento necessário para se obter clinicamente quaisquer resultados apreciáveis. Sempre que se injectava esta substância, provocava-se abscessos com infecção generalizada.

O A., partindo do mesmo conceito, resolveu seleccionar micro-organismos capazes de igual acção, e já conseguiu êsse resultado. Não pode ainda porém apresentar resultados experimentais ou clínicos, mas, por julgar o assunto digno da maior importância, resolveu desde já publicar esta nota prévia.

J. ROCHETA.

Envenenamentos mortais provocados por preparados áuricos. (*Tödliche Vergiftung durch Goldpräparate*), por H. FATZER. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 5. 1936.

Mais dois casos de morte provocados pela administração de sais de ouro (Allocrisina e Solganol B) e que o A. publica, principalmente para chamar a atenção daqueles que defendem a menor toxicidade de alguns dos últimos preparados aparecidos no comércio. Um dos casos referidos apresentava um quadro de agranulocitose pura, mas muitas vezes a morte pode dar-se por alterações hepáticas ou intestinais e sem modificações do quadro sanguíneo.

Os envenenamentos pelos sais de ouro são mais frequentes nas mulheres que nos homens, e do mesmo modo nos reumáticos em relação aos tuberculosos.

J. ROCHETA.

Sobre a cura da uremia crónica e da inerente hipertensão arterial.
(Sulla cura dell'uremia cronica e della inerente ipertensione arteriale),
 por G. IZAR. — *Rossegno Internazionale di Clinica e Terapia*. Vol. XVII.
 N.º 1. 1936.

Numa série de doentes, que apresenta com nefrite crónica, retenção azotada e hipertensão, empregou o A., como terapêutica, a administração endovenosa de soluto hipertónico de sulfato de magnésio a 50%, na quantidade de 5 a 10 cc., indicação anunciada pela primeira vez em 1925, depois das experiências de Blakfon, Kennet e Hemilton. Chegou aos seguintes resultados:

1) Abaixamento, mais ou menos sensível e mais ou menos persistente, da pressão arterial.

2) Diminuição constante, muitas vezes notável, da ureia sanguínea.

3) Aumento, não constante nem sempre paralelo ao comportamento da taxa ureica do sangue, da ureia total urinária.

4) Diminuição dos cloretos do sangue num certo número de casos.

5) Aumento dos cloretos urinários, independentemente do modo de comportamento dos cloretos do sangue, no maior número de casos.

Como explicação do comportamento da ureia sanguínea, julga o A. que a melhor explicação é a invocada por Klinker, que admite uma mobilização da ureia tissular por rotura das suas ligações coloidais em presença dos sais de magnésio, o que provocaria, de início, um aumento da ureia sanguínea e, secundariamente, uma melhoria da eliminação renal; pelo mesmo mecanismo se pode explicar o comportamento dos cloretos, cuja eliminação, pelas urinas, dependeria do grau de tensão dos tecidos e da taxa clorurémica inicial. A este mecanismo junta-se ainda uma acção anti-angiospática directa, electiva, e uma acção moderadora geral do sistema neuro-muscular e metabólico, acção que pode tornar-se até depressiva, narcotizante, se se empregam grandes doses de magnésio.

Todos os casos apresentados obtiveram notáveis melhoras subjectivas.

J. ROCHETA.

A onda P negativa após o complexo ventricular, no bloco total. *(Sull'onda P negativa posposta all'oscillazione ventricolare iniziale nel bloco a-v totale)*, por F. de MATTEIS. — *Minerva Medica*. N.º 1. 1936.

O A. apresenta um caso com P negativo, que segue imediatamente o complexo ventricular, e discute-lhe a origem. Discorda do ponto de vista de Géraudel e de Pezzi e aceita como mais própria para a sua explicação a teoria neo-dualista de Fulchiero, que admite que a onda de excitação que se forma no nódulo de Keith e Flack é destinada unicamente às aurículas, mas tem a propriedade de estimular o nódulo de Tawara, sede da excitação destinada à actividade dos ventrículos. O nódulo de Tawara tem, segundo esta teoria, duas propriedades: a de elaborar o estímulo para os ventrículos, que é a principal, e uma secundária, que permite a condução da onda de excitação. Assim, se o nódulo de Tawara está lesado, principalmente de modo a

não permitir a formação do estímulo, mas capaz de servir de passagem a qualquer onda que nasce abaixo ou acima da sua zona. No caso particular, a onda considerada nasceria no nódulo idio-ventricular, provocando assim um complexo ventricular e, por propagação retrógrada, um P. negativo posterior.

J. ROCHETA.

O pneumomediastino artificial. (*Il pneumo-mediastino artificiale*), por L. CONDORELLI. — *Minerva Medica*. N.º 1936.

Na idea de poder insuflar ar no mediastino, com fim diagnóstico, o A. realizou, primeiramente no cadáver, numerosas experiências, injectando nesta região um líquido corado não difusível. Descreve a técnica a seguir para a introdução da agulha nos mediastinos anterior e posterior, e refere em seguida as respectivas relações e limites das duas locas (anterior e posterior), que nunca comunicam entre si, separadas na parte superior por um prolongamento do folheto profundo da aponevrose cervical média, e na região inferior pela porção posterior do saco pericárdico. Estabelecida assim a possibilidade de introdução de ar no mediastino, julga o A. que dêste modo se pode estudar bem o contorno anterior, direito e esquerdo, do coração, a eventual existência de alterações da pleura pericárdica anterior, por processos inflamatórios propagados do pericárdio ou das pleuras, assim como a existência de aderências entre o pericárdio e o esterno. É de admitir que êste método possa servir para o estudo do timo ou de tumores que ocupem a loca mediastínica anterior e, do mesmo modo, para as hérnias mediastínicas. O pneumomediastino posterior, além de tornar visíveis as aderências posteriores, facilitará a visualização da aorta torácica e, sobretudo, porá em evidência os tumores que ocupam esta região.

J. ROCHETA.

O pneumomediastino artificial; estudo fisiopatológico e semiológico. (*Il pneumo-mediastino artificiale; studio fisiopatológico e semiológico*), por A. FRANCAVIGLIA. — *Minerva Medica*. N.º 5. 1936.

Depois da descrição das bases anatômicas e das particularidades de técnicas do pneumomediastino, por Condorelli, o A. refere, neste artigo, o estudo fisiopatológico e semiológico do pneumomediastino anterior. Descreve as modificações que se verificam pela inspecção, percussões e auscultações, assim como o comportamento das pressões mediastínicas durante a execução do pneumomediastino. No que respeita a pressão arterial, notou, na maioria dos seus casos, um ligeiro abaixamento da pressão máxima, sem uma diminuição paralela da mínima, de modo que se estabelece uma diminuição da pressão diferencial; a pressão venosa, pelo contrário, não apresenta modificações, e do mesmo modo pelo que se refere ao ritmo cardíaco.

Em todos os doentes se fizeram vários electrocardiogramas, antes e depois da inoculação do ar, nas três derivações clássicas e na derivação astenial, constatando-se, especialmente nesta última, com bastante frequência,

um abaixamento da voltagem, que incidia principalmente sobre o R, facto que pode explicar-se pela interposição duma substância má condutora entre o coração e o esterno; por sua vez, as modificações que se observam, com menos freqüência, nas três derivações habituais, devem referir-se às alterações sofridas pelo desvio do eixo anatómico-cardíaco.

O exame radiológico tornou visíveis, como se constata pelas radiografias apresentadas, algumas aderências existentes entre o coração e a face posterior do esterno ou a pleura. O A. termina por afirmar que a introdução de ar no mediastino não só não apresenta dificuldades técnicas, como também é bem tolerada pelos doentes, e constitue um meio diagnóstico de muita importância para o estudo das afecções do mediastino anterior, especialmente pericárdio-mediastínicas.

J. ROCHETA.

A vacinoterapia endovenosa das bruceloses. (*Sulla vaccinoterapia endovenosa delle brucellosi*), por A. GUERRICCHIO. — *Il Policlinico*. N.º 7. 1936.

Apresenta o A. uma série de treze casos de brucelose, todos tratados e curados pela vacinoterapia endovenosa. A técnica seguida consiste em injecções iniciais de doses pequenas (de dois a cinco milhões de germens), as chamadas injecções de prova, para em seguida e rapidamente atingir as doses eficazes, de modo a provocar reacções febris de 39º a 40,5º.

Em geral, não se repetem as mesmas doses, a não ser nos casos de hiperpirexia (41º e 41º,3) ou em indivíduos com mau estado geral. Algumas vezes, principalmente no início do tratamento, as injecções foram feitas com um intervalo de dois dias, intervalo que depois se alonga até seis ou sete dias. Uma vez obtida a apirexia, administram-se ainda duas ou três injecções de segurança. O período de tratamento é, em regra, de um mês, mas, na casuística do A., as variações desta média vão desde um caso curado com duas injecções a um outro com treze (dois meses). Incidentes ou complicações directamente atribuíveis às infecções endovenosas da vacina, não os observou o A.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

O Conselho da Faculdade de Medicina resolveu encarregar o respectivo director, Prof. João Pôrto, de reger um curso de aperfeiçoamento de tisiologia clínica e social.

Também o Dr. João Belo realizará uma série de lições sôbre fisiologia e fisiopatologia das glândulas endócrinas.

De Lisboa

Publicou-se no *Diário do Governo* o decreto que nomeia os Drs. João Maia de Loureiro e Carlos Larroudé, professores agregados da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Sociedade das Ciências Médicas

No dia 25 de Março reuniu-se a Sociedade das Ciências Médicas, sob a presidência do Prof. Borges de Sousa.

O Dr. Azevedo Rua comunicou um caso de encefalite letárgica num lactante.

O Prof. Castro Freire falou sôbre o estado actual do problema do eritema nodoso.

Sôbre estes assuntos falaram os Profs. Cancela de Abreu, Salazar de Sousa e Borges de Sousa.

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Na sessão do dia 27 de Março, na Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, o Dr. Bénard Guedes realizou uma palestra sôbre «Protecção em radiologia».

Os Drs. Soares da Veiga e Matos Moreira referiram um caso de carcinoma cirrótico do corpo do estômago num individuo de trinta anos.

O Dr. Aires de Sousa apontou as vantagens da deferentovesiculografia no diagnóstico dos processos inflamatórios crónicos.

— Alguns membros da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica procuraram o Ministro da Instrução, para lhe pedir a aposentação do radiologista Dr. Feio e Castro, inutilizado pelos malefícios das radiações.

Academia das Ciências

Na última sessão da classe de ciências desta Academia, o Prof. Egas Moniz fez uma comunicação intitulada «A cirurgia ao serviço da psiquiatria», cujo conteúdo foi versado num trabalho publicado no último número desta revista.

Associação Portuguesa de Urologia

Na sessão do dia 7 de Abril, da Associação Portuguesa de Urologia, foram apresentados os seguintes trabalhos:

«Calculose renal numa criança de vinte meses. Pielotomia», pelo Dr. João Manuel Bastos.

«A-propósito dum caso de rotura traumática da uretra perineal», pelo Dr. António Dias Costa.

VIII Curso Internacional de Alta Cultura Médica

O VIII Curso Internacional de Alta Cultura Médica realizar-se-á em Atenas, de 7 a 21 de Setembro de 1936, sob o patrocínio do rei da Grécia e os auspícios da Universidade de Atenas e do Ministro da Higiene da Grécia.

Apontam-se já as seguintes conferências:

Doenças tropicais e infecciosas: R. T. Leiper (Londres), J. Gordon Thomson (Londres), Sir M. Watson (Londres), J. Bordet (Bruxelas), E. Marchoux (Paris), F. d'Herelle (Paris), K. Todorovitch (Belgrado), J. Valtis (Atenas), C. Levaditi (Paris), P. H. Manson-Bahr (Londres), R. R. Lüwenstein (Viena).

Cirurgia: Sir H. Gillies (Londres), A. H. Mc Indoe (Londres), J. Delchef (Bruxelas), P. Leriche (Estrasburgo), C. P. G. Wakeley (Londres), R. Nissen (Estambul).

Secção cardiovascular: P. Rijlant (Bruxelas), C. Heymans (Gand), V. Arnoljevic (Belgrado).

Cancro: A. P. Dustin (Bruxelas), P. Mendelyeff (Bruxelas), F. Blumental (Belgrado), J. H. Thomson (Londres).

Conferências livres: M. de Laet (Bruxelas), G. Cambrelin (Bruxelas), I. Joliot-Curie (Paris), F. Joliot-Curie (Paris), F. M. Messerli (Lausana), Mathieu Pierre-Weil (Paris), A. J. D. Cameron (Tunbridge), Folke Henschen (Estocolmo), Lina Stern (Moscovo), P. Chevalier (Paris).

Sifilografia e dermatologia: A. Bessemans (Gand), B. Dujardin (Bruxelas), L. M. Pautrier (Estrasburgo).

Para quaisquer esclarecimentos, dirigir-se ao Secretariado geral: L. W. Tomarkin, Faculdade de Medicina, 115, Boulevard Waterloo, Bruxelas (Bélgica).

Congresso Internacional de Insuficiência Hepática

A composição da mesa dêste Congresso, que se realiza em Vichy), de 16 a 18 de Setembro de 1937, é a seguinte:

Profs. von Bergmann (Berlín), Carnot (Paris), Mariano Castex (Buenos-Aires), Dustin (Bruxelas), W. Langdon Brown (Londres), G. Marañón (Madrid), Marchoux (Paris), Orłowski (Varsóvia), Pende (Roma), G. H. Whipple (Rochester, Nova-York).

Preside o Prof. Maurice Loeper (Paris).

Os trabalhos serão repartidos em duas secções:

Secção de Medicina e Biologia, presidida pelo Prof. Noel Fiessinger (Paris).

Secção de Terapêutica, presidida pelo Prof. Mauriac (Bordeus).

IV Congresso da Imprensa Médica Latina

De 29 de Setembro a 3 de Outubro do corrente ano realizar-se-á em Veneza, sob a presidência do senador Giordano, o IV Congresso da Imprensa Médica Latina, com os seguintes temas:

- 1) História da Imprensa Médica Latina (Relat. pela Itália: Prof. A. Pazzini).
- 2) Funções sociais da Imprensa Médica (Relat. pela Itália: Dr. T. Oliaro).
- 3) Princípios fundamentais do ensino médico e prática médica nos vários países latinos (Relat. pela Itália: Prof. G. Perez).

A quota de inscrição é de 40 liras por individuo e 80 liras por jornal.

Dirigir-se ao Secretário Geral do Congresso, Prof. U. Saraval, Ospedale Civile, Veneza.

Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Lisboa

No Hospital Escolar e Faculdade de Medicina de Lisboa realizou-se, a partir do dia 30 de Março, um curso de férias da Páscoa, sobre «Coração, sua patologia e clínica». A inscrição era gratuita.

A lição de abertura foi pronunciada pelo Prof. Adelino Padesca, director do Hospital Escolar.

Seguiram-se-lhe lições pelos Prof. Celestino da Costa, Egas Moniz, Francisco Gentil, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho, Mark Athias, Reinaldo dos Santos, Henrique Parreira, Toscano Rico, Mário Moreira e Eduardo Coelho.

O curso, que terminou no dia 5 de Abril, teve grande frequência de estudantes e médicos.



Escola de Medicina Tropical

A Direcção da Escola de Medicina Tropical propôs que sejam contratados os Drs. Manuel Máximo Prates e Fraga de Azevedo, para as vagas de professores, até seu provimento por concurso de provas públicas.

Saúde Pública

Criou-se um partido médico em Alvorge, para o qual foi nomeado o Dr. António Cardoso de Freitas.

Também se inaugurou um posto médico em Lorrvão, ocupado pelo Dr. Sales Guedes, médico em Penacova.

— Prorrogou-se, por trinta dias, o prazo para conclusão do inquérito aos actos do facultativo municipal e delegado de saúde do concelho de Agueda, Dr. Eugénio Ribeiro.

— Para inquirir sobre o procedimento do Dr. Miguel Joaquim Gonçalves, médico do partido da Várzea (Santarém), foi nomeado um novo advogado.

— O Dr. Cassiano Neves foi exonerado, a seu pedido, do lugar de médico auxiliar do Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Conferências

O Prof. Ferreira de Mira realizou, na Faculdade de Medicina, uma conferência sobre «Vitaminas».

— No Hospital Militar Principal, o tenente-médico Dr. Carlos Moreira falou sobre «Grupos sanguíneos — Transfusão de sangue».

— O Dr. Augusto de Esaguy falou, na Emissora Nacional, sobre «A utilidade do gelo em medicina e cirurgia» e «Cancro da língua — cancro dos fumadores».

— No serviço de Estomatologia dos Hospitais Cíveis de Lisboa, o Dr. Ferreira da Costa realizou uma palestra sobre: «Razões técnicas do uso dum só *forceps*».

Neurologia

Faleceu, em Lisboa, o Dr. António Luiz de Seabra, antigo interno dos Hospitais.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUÍNEA

TOTAL

≡ LITERATURA ≡ AMOSTRAS ≡

LABORATOIRE D. D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.
Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de Joliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS
PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

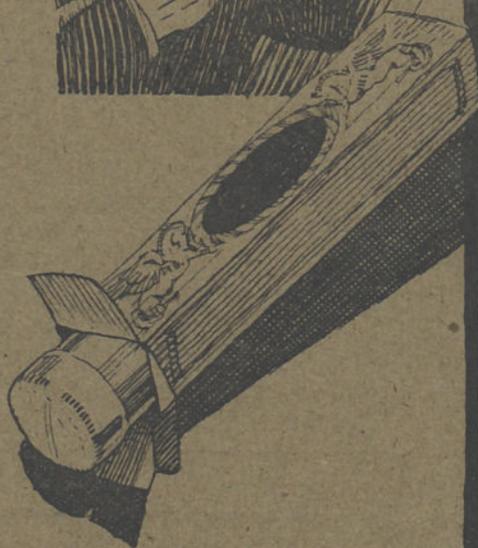
GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a, Rua da Palma, — 240-246 — LISBOA

o Formitrol combate a influenza



porque, em virtude
do seu elevado po-
der antiséptico, torna
as mucosas respira-
tórias reiractárias
ao desenvolvimento
dos germens infec-
ciosos.

*A venda em todas as
farmácias e drogas*



Formitrol

DR. A. WANDER S. A. BERNE

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL:

ALVES & C.^a (IRMAOS)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.^o - LISBOA

Sala

Est

Tab

N.^o