



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES. CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** 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 — e 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

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 56



Hepracton

MERCK

**Extracto de fígado
altamente activo
para a hepatoterápia**
em
anemia perniciosa
estados anémicos em geral
má tolerância perante arsénico,
bismuto, mercúrio etc.

Ótima tolerância

Caixas com 5 ampôlas de 2 ccs.
Caixas com 3 ampôlas de 5 ccs.

E. MERCK - DARMSTADT

Representante para Portugal:

QUÍMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA
LISBOA, R. da Palma 165 PORTO, R. do Almado 59

Águas de Entre-os-Rios

Premiadas com medalhas de ouro nas Exposições de Sevilha e Barcelona

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

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

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

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

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

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

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 (XVII)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.ª, L.ª

45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA



Aparelhos de ondas curtas por lâmpada emissora

Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina

Electrodentária

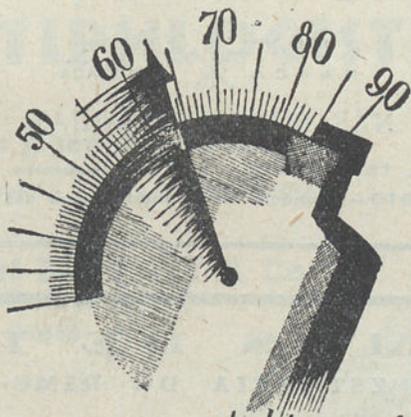
Lâmpadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-Vermelhos

Original Hanau

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

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

A' venda em todas as farmácias

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

“A. B.” a 1.^a — insulina europeia
— no preço dos médicos
de todo o mundo

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

Folhetos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes:
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

TERMAS DE LUSO

ESTANCIA DO RIM

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

Fracturas ■ ■ Torceduras ■ ■ Deslocamentos

O tratamento físico é um procedimento essencial para os tecidos injuriados, seguindo-se a fracturas, torceduras e deslocamentos

Entre os agentes termo-tópicos a **ANTIPHLOGISTINE** ocupa o pòsto mais elevado. O seu emprêgo auxilia a fazer desaparecer a tumefacção, a aliviar a dôr ao espasmo muscular, e favorece a movimentação na parte afectada

— ANQUILOSE

Antes e depois da manipulação de uma articulação, a **ANTIPHLOGISTINE** é também indicada, porque traz a relaxação aos tecidos e evita qualquer reacção inflamatória. É um valioso adjuvante como complemento da fisioterapia.

a m o s t r a s s o b p e d i d o

ANTIPHLOGISTINE

The Denver Chemical Mgr. Co.,

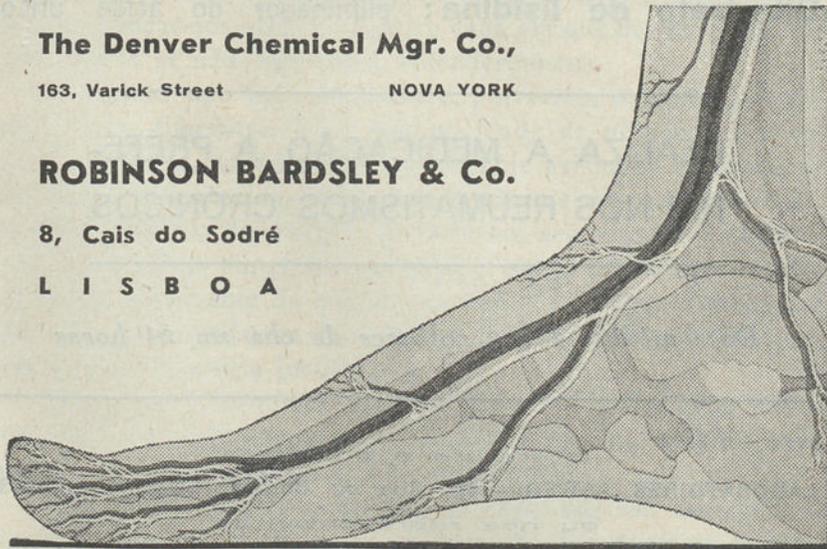
163, Varick Street

NOVA YORK

ROBINSON BARDSLEY & Co.

8, Cais do Sodré

L I S B O A



A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

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

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





SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Sôbre um gliopitelioma embrionário do IV ventrículo</i> , por A. Almeida Dias	Pág.	465
<i>Sôbre tumores glômicos</i> , por A. Almeida Dias	"	485
<i>A ressecção transuretral da próstata</i> , por Armando Luzes.....	"	509
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	"	520
<i>Notícias & Informações</i>	"	XXXVII

SOBRE UM GLIOEPITELIOMA EMBRIONÁRIO DO IV VENTRÍCULO

POR

A. ALMEIDA DIAS

O estudo histológico dos tumores dos centros nervosos tem tomado, nos últimos tempos, uma considerável importância e a anatomia patológica bastante tem concorrido para isolar síndromas anátomo-clínicos e para orientar e afinar os critérios terapêuticos; mas a diversidade de nomenclaturas propostas pelos vários autores que se têm ocupado da classificação dos gliomas ameaça lançar-nos num verdadeiro caos em que dentro em pouco será difícil, se não impossível, entendermo-nos.

O mesmo tipo tumoral aparece, por vezes, descrito com nomes muito diferentes. Esta multiplicidade de nomenclatura resulta, em parte, da dificuldade, ainda hoje existente, de conhecer certos pormenores importantes da ontogenia do tecido nervoso, resulta, ainda, da diversidade de critérios, seguidos, na classificação (histológicos puros, histogenéticos, topográficos), mas resulta muito especialmente da caprichosa fantasia de alguns autores e da ambição de cada um criar uma classificação sua, quantas vezes sem a necessária justificação.

Exactamente os tumores de tipo epitelial dos centros nervosos, de que vamos ocupar-nos, constituem um dos capítulos onde mais se faz notar a desordem na sistematização.

Não queremos embrenhar-nos na discussão das vantagens e inconvenientes ou deficiências de cada um dos critérios de clas-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

sificação. Queremos apenas deixar documentada uma forma rara de tumor dos centros nervosos e a-propósito fazer certas considerações que o estudo do caso e a leitura do assunto nos sugeriram.

OBSERVAÇÃO. — Maria J. M., de 21 anos de idade, doméstica. Causa que determinou o internamento: dores de cabeça e vômitos.

Doença actual (26-XII-934). — Na noite de 5 de Maio passado, acordou com um grande pêso na cabeça e vômitos, que duraram tôda a noite. No dia seguinte teve *dores de cabeça*, que continuaram até agora, bem como os *vômitos*. Não passa um dia sem dores e vomita tôdas as manhãs. Três semanas depois de adoecer fizeram-lhe três punções lombares, intercaladas, e a seguir melhorou um pouco; depois as dores voltaram, fêz novas punções (ao todo nove) e melhorou novamente.

Nunca teve ataques convulsivos, nem perturbações da motilidade.

Até ao dia 29 de Outubro não teve perturbações da visão; depois dêsse dia teve diplopia, durante umas semanas, e, por vezes, sensação de môscas volantes. A acuidade visual parece não ter diminuído; não refere também redução dos campos visuais.

Ouve bem. Não tem zumbidos

Antecedentes.

a) Hereditários: pais saudáveis.

b) Colaterais: irmãs saudáveis.

c) Pessoais: varíola aos 5 anos.

Observação. — Regular constituição física. Coloração normal da pele e mucosas. *Malformação congénita dos dedos da mão esquerda: faltam as unhas dos dedos polegar, indicador, médio e minimo. O polegar e o indicador têm apenas a 1.ª falange. No médio e no minimo falta a 3.ª falange.* — *Rigidez da nuca*, que impede a flexão da cabeça para diante; forçando a flexão sente dores que da nuca irradiam para as costas, ombros e braços. Afirma que por vezes tem também dificuldade em voltar a cabeça para os lados. Sempre que muda a posição da cabeça — para a baixar ou levantar rapidamente — sente uma grande impressão no alto da cabeça, tendo já por vezes vomitado, perde a vista e fica ligeiramente obnubilada, mas não chega a perder os sentidos, nem tem convulsões. Por vezes *soluços*.

Apresenta na pele da face uma erupção constituída por elementos de acne.

Dentes cariados.

Pupilas iguais. Movimentos oculares conservados. Abalos nistagmiformes de componente rápido esquerdo quando a doente olha para êsse lado.

Face simétrica. Expressão mímica conservada. Percussão do crânio indolor.

Marcha normal.

Fôrça e movimentos segmentares conservados.

Não há tremor de repouso, nem intencional.

Trofismo e tónus, normais.

Os reflexos tendinosos do lado direito, particularmente o radial e rotuliano, parecem mais bruscos que os do lado esquerdo.

Reflexos abdominais conservados.

Não há sinal de BABINSKI, nem equivalentes.

Não há alterações das sensibilidades.

Provas cerebelosas: normais.

Nervos cranianos:

I — Normal.

II — *Estase papilar bilateral*. Acuidade visual 6/6 em cada olho.

Nos outros pares cranianos não se notam alterações.

Linguagem bem articulada e mentalidade normal.

R. WASSERMANN no sangue: negativa.

Líquido céfalo-raquídeo: Albumina: aumentada. PANDY: (+ + — —).

Citose: 1,3 por mm³. R. WASSERMANN: negativa.

28-XII-934. — Prova encefalográfica (arteriografia): dilatação ventricular.

Diagnóstico. — Tumor da fossa posterior. O aumento dos sintomas de hipertensão, com as mudanças de posição da cabeça, faz pensar que o tumor invade o IV ventrículo.

10-I-935. — Operada (Dr. ALMEIDA LIMA).

Intervenção. — Trepanação da fossa posterior à CUSHING. Aberta a dura, vê-se que as circunvoluções cerebelosas se apresentam normais, nem apagadas nem alargadas. Pequena profundidade da cisterna magna. As amígdalas cerebelosas não estão muito descendidas. O seu limite inferior encontra-se ao nível do bordo superior do arco do atlas. Aberta a cisterna magna e afastadas levemente as amígdalas cerebelosas, vê-se imediatamente um tumor de cor vermelho-escuro, que enche completamente a cavidade ventricular. Uma exploração mais minuciosa permitiu ver que o tumor se prolongava para a frente, em direcção ao aqueduto de SYLVIVS, e para os lados, insinuando-se nos recessos laterais do IV ventrículo, e para baixo em direcção ao bulbo, numa extensão impossível de avaliar exactamente. Para descobrir melhor a porção inferior do tumor e descomprimir o bulbo foi aberto o arco do atlas e prolongada para baixo a abertura dural. O tumor parecia livre das formações circunvizinhas e assim foi destacada facilmente a lingueta do tumor que se dirigia para o aqueduto de SYLVIVS, obstruindo-o. Quando se libertou esta porção de tumor, viu-se sair líquido céfalo-raquídeo abundantemente, vindo do aqueduto. Foi do mesmo modo extirpada parte da massa tumoral que se estendia para os recessos laterais. Nenhuma destas porções do tumor parecia aderente ao pavimento ventricular, e, a-pesar-de o tumor sangrar bastante e tornar necessário o emprêgo da coagulação diatérmica, mais intensamente do que seria para desejar nesta região, a intervenção seguiu sem incidentes. Ao tentar, porém, a extirpação da porção inferior na neoplasia, isto é, a porção situada no triângulo inferior do ventrículo e possivelmente também sobre o bulbo, viu-se que esta, embora não parecendo fazer corpo com as formações nervosas, estava a elas firmemente aderente. Nesta altura a respiração da doente tornou-se irregular, a tensão arterial baixou e o pulso tornou-se mais freqüente.

Não parecia aconselhável tentar mais nada e, sendo a hemóstase razoável, procedeu-se ao encerramento da ferida operatória. A doente falecia dois dias depois.

Autópsia. — Fez-se apenas a autópsia da cabeça. Descreveremos somente o que interessa ao estudo do tumor, deixando de parte o que resultou da intervenção operatória.

No IV ventrículo encontra-se uma massa tumoral irregular, bosselada,

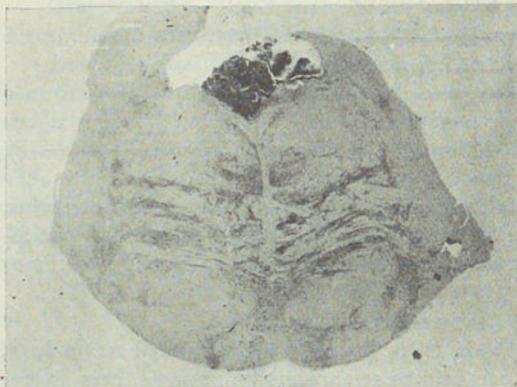


Fig. 1

dentro da cavidade ventricular (figs. 1 e 2). A massa tumoral que provém da extremidade inferior do pavimento do IV ventrículo, nas vizinhanças do sulco mediano, estende-se irregularmente para cima, insinuando-se ainda para os recessos laterais e para o aqueduto de SYLVIVS. O tumor parece desenvolver-se apenas dentro da cavidade ventricular, sem infiltrar o parênquima nervoso. Tem um aspecto que lembra um pouco bôrra de vinho

e é menos duro que o tecido nervoso normal. Grande hidrocefalo interno.

O exame histológico confirma que o tumor não infiltra o tecido nervoso, sendo mesmo em alguns pontos separado do parênquima pelo revestimento endimário. O desenvolvimento tumoral faz-se todo para dentro da cavidade ventricular. Trata-se de um tumor vagamente papiliforme, com densos aglomerados celulares dispostos à volta de canais ou em tórno de vasos. Em algumas zonas as células dispõem-se em cordões com uma ou mais assentadas celulares. Os canais são revestidos por uma camada de células epiteliais, ora cúbicas, ora poligonais (lembrando células endimárias), ora muito alongadas, constituindo um epitélio cilíndrico, dispostas em camada única (figs. 3, 4 e 5), mas às vezes com os núcleos a várias alturas, o que à primeira vista pode dar a impressão de estratificações.

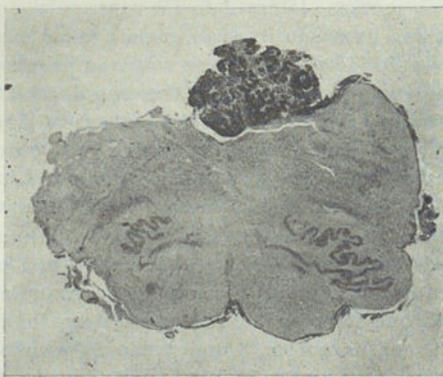
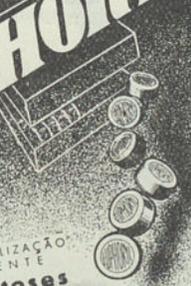


Fig. 2

Este tipo celular afasta-se já muito, morfológicamente, do aspecto do epitélio endimário adulto. Quando os canais são seccionados perpendicular-

EUPHORYL



DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações

Asma

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injecções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORAIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - P



Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

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

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

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




hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

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

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORAIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS

Euphoryl

DRAGÉAS

DERMATOSES PRURIDOS ANAFILAXIAS INTOXICAÇÕES

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



LISBOA MÉDICA

reynou

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES**

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

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

mente ao eixo, aparecem figuras em roseta, constituídas por células epiteliais cúbicas ou cilíndricas, com núcleos na periferia, e radialmente dispostas em torno duma cavidade central, cavidade que não é constituída nem por um vaso sanguíneo, nem por um foco necrótico (figs. 6 e 7). O tumor é particularmente rico em figuras em roseta e em canais limitados por um revestimento epitelial.

Em torno dos vasos dispõem-se, em várias estratificações, núcleos um tanto afastados do lume vascular. Entre a parede do vaso e os núcleos circun-jacentes mais próximos existe uma zona clara, mais ou menos larga, formada



Fig. 3

Assentada de células epiteliais limitando um canal (a tôda a altura da figura). No ângulo superior esquerdo da figura outra assentada de células epiteliais. A' direita, em baixo, sistema glio-vascular constituído por várias estratificações de células gliais, que enviam os seus prolongamentos na direcção do vaso e que em torno dêle se fundem, formando uma membrana contínua. Método de NISSL.

pelas expansões protoplásmicas dos vários elementos celulares a que êsses núcleos pertencem. Êsses prolongamentos protoplásmicos, orientados todos na direcção do vaso, fundem-se uns com os outros, formando em torno da parede vascular uma verdadeira camada de aspecto homogéneo (figs. 3 e 8).

Afora estas células, com uma disposição mais ou menos ordenada em torno de canais e vasos, existem elementos celulares dispostos em fiada ou sem qualquer arranjo definido, mas de aspecto histológico idêntico, por vezes, ao das células epiteliais que primeiro descrevemos (fig. 9), ou com o carácter epitelial menos acentuado. Algumas vezes, ainda, vêem-se assentadas epiteliais múltiplas, dando o aspecto de estratificações. Os núcleos são,

geralmente, ovais, ricos em cromatina, sem nunca mostrarem nucléolo bem definido. Apenas raras figuras de mitose. Protoplasma sem granulações.

Entre estes densos aglomerados celulares de aspecto vagamente papiliforme, existem ilhotas menos ricas em células, que mostram todos os caracteres de elementos gliais mais ou menos diferenciados, desde o astroblasto (fig. 10) até ao astrocito adulto. Estas zonas estão *completamente separadas* do parênquima nervoso, em plena cavidade ventricular (fig. 11).

Não encontrámos elementos que vagamente sequer lembrassem neuroblastos ou quaisquer outras células da série neuroblástica. As preparações

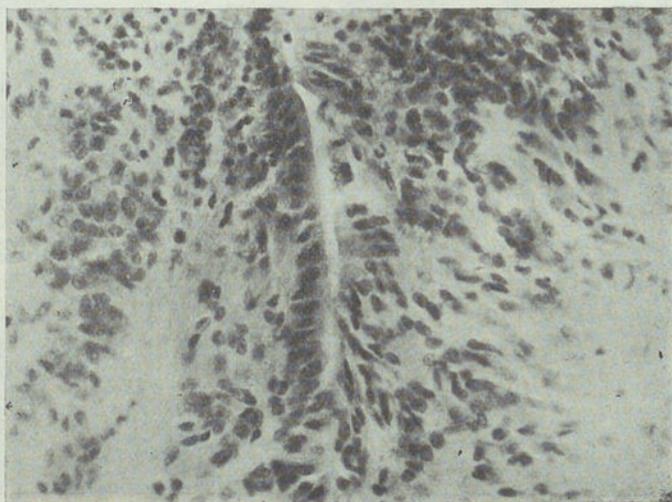


Fig. 4

Células epiteliaes revestindo um canal. Protoplasma já bastante alongado, de tipo cilíndrico. Método de Nissl.

pela prata de BIELSCHOWSKY não revelaram a existência de diferenciação fibrilar do protoplasma. Não encontrámos cílios nem blefaroplastos.

A comparticipação do tecido mesenquimatoso no tumor limita-se aos numerosos vasos que o atravessam. Preparações pelo método de PERDRAU confirmam a ausência de estroma conjuntivo, mostrando que as fibras argentafins se limitam às paredes vasculares e não formam rede.

Impregnações pelo método do ouro-sublimado de CAJAL mostram, a-par de numerosos astrocitos dispersos, autênticos sistemas gliovasculares, com um vaso central, sôbre o qual elementos celulares de tipo espongioblástico e astroblástico enviam espessos prolongamentos (fig. 10).

As impregnações pela prata segundo os métodos de HORTEGA para a microglia e para a oligodendroglia, não mostraram a existência de elementos da série oligodendroglial, nem microglia.

A classificação dêste tumor impõe certas reflexões, e o seu estudo sugere-nos alguns comentários.

É evidente que não vêm para o caso os tumores metastáticos, nem as neoplasias de tipo epitelial derivadas do ducto pituitário. Outros tumores epiteliais dos centros nervosos só podem derivar de restos do epitélio medular primitivo, do epêndima ou dos plexos corioideus.

¿Em qual dêesses grupos deverá incluir-se êste tumor?

Não se trata, evidentemente, de neoplasia derivada do epitélio

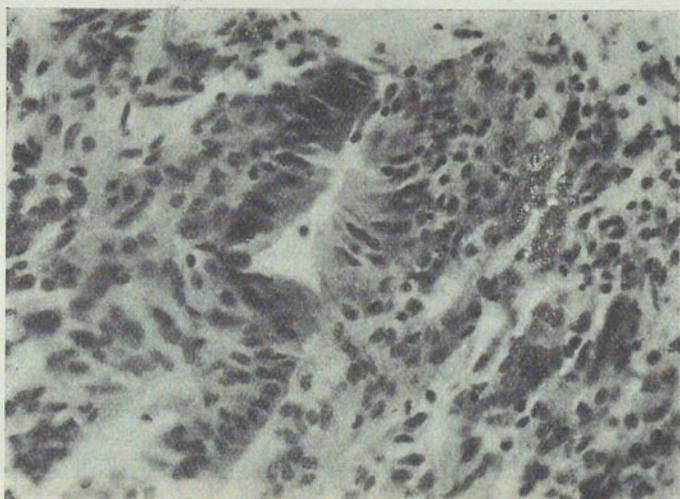


Fig. 5

Células epiteliais de tipo cilíndrico revestindo outro canal. Método de NISSL.

dos plexos corioideus. Tais tumores, que têm, é certo, a sua sede de eleição no IV ventrículo, mostram uma estrutura histológica bem diferente da que descrevemos. São, em geral, papilomas. No nosso caso não existe o rico estroma conjuntivo-vascular a formar o eixo de numerosas papilas recobertas por um epitélio prismático ou cubóide, como é característico dos papilomas corioideus, nem tão pouco as células apresentam protoplasma granuloso de tipo glandular mais ou menos marcado, como é o caso nos tumores dos plexos. Ao contrário, na nossa observação abundam elementos de tipo nevróglia, o que não acontece nos

tumores corioideus. Não se encontram, é certo, cílios nem blefaroplastos, e assim acontece também nas células dos papilomas; mas não pode de forma alguma este facto negativo servir para estabelecer identidade entre o nosso caso e os tumores corioideus, além de mais por a demonstração dessas particularidades celulares ser de-veras difficil.

A confusão poderia estabelecer-se mais facilmente não com os simples papilomas corioideus, mas com aqueles tumores, pre-

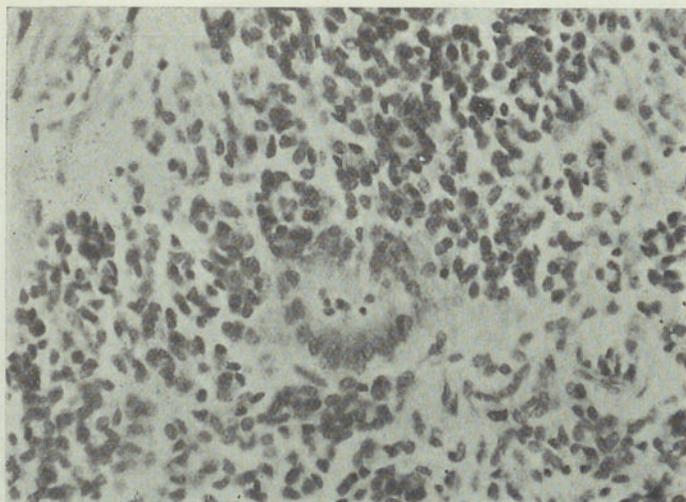


Fig. 6

Numerosas figuras em roseta. Uma delas, a maior, constituída por células epiteliaes cúbicas, revestindo um canal cortado perpendicularmente ao eixo. Método de Nissl.

tensamente da mesma origem, em que todavia o epitélio é nitidamente estratificado, tumores que têm sido classificados como epiteliomas corioideus. O estroma conjuntivo desses tumores é, todavia, abundante, ao contrário do que acontece no caso que nos interessa; existem características glandulares mais ou menos nítidas e, sobretudo, tais tumores não possuem, como no caso que estudamos, possibilidades gliogénicas.

Não se tratando dum tumor derivado do epitélio corioideu, só podemos admitir que provenha ou de restos do epitélio do tubo medular primitivo (a forma mais embrionária da matriz do sis-

tema nervoso) ou de estadios epiteliais já mais diferenciados dêsse epitélio até atingir o tipo do epêndimo adulto.

É êste exactamente um dos mais confusos capítulos na classificação dos gliomas. Assim, têm-se descrito sob múltiplas designações, pouco bem definidas, tumores que, com mais ou menos razão, se consideram derivados do tubo medular primitivo, de espongiblastos primitivos, de neuroepitélios (*não dizemos epitélio neural, que consideramos sinonimo de epitélio medular*), ou

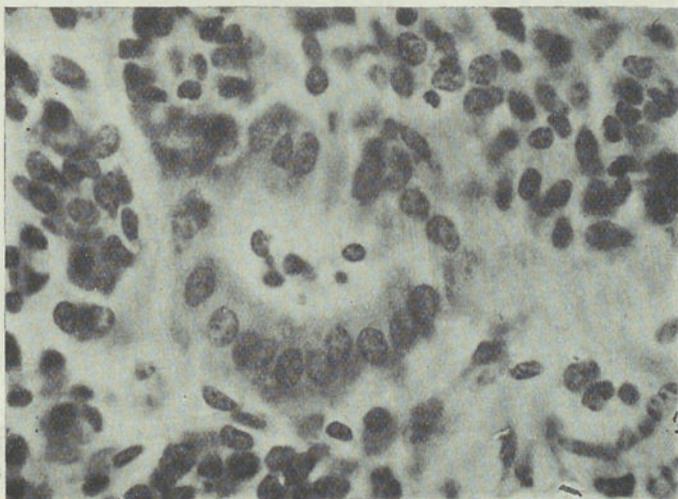


Fig. 7

Aspecto parcial da fig. 6. Visto a maior ampliação, para melhor se apreciarem as características celulares. Método de Nissl.

do revestimento endimário. Na bibliografia sôbre êste problema da classificação dos gliomas aparecem a cada passo designações como: endimoblastomas, endimomas, endimogliomas, neuroepiteliomas, gliopiteliomas, medulopiteliomas, com caracteres que nem sempre são idênticos para o mesmo grupo tumoral.

Pelas características estruturais o que primeiro nos pode ocorrer é que se trate, na nossa observação, de um neuroepitelioma. Esta designação, dada em 1891 por FLEXNER a tumores, da retina, de aspecto muito particular, passou a caracterizar neoplasias em que predominam disposições epitelióides em fiada, ao longo de

canais, e formações em roseta. Tais tumores foram, durante algum tempo, quasi exclusivamente descritos na retina, e ficou consagrada a designação de FLEXNER ou a de MAWAS (1924), que os chamou retinocitomas a estefanocitos, marcando assim a sede e a ordenação das células em coroa (de *stephanitus*: formado à maneira de coroas). Mais recentemente a designação neuroepitelioma passou, a nosso ver impròpriamente, a ser aplicada também a certos tumores dos centros nervosos de tipo epitelial mais

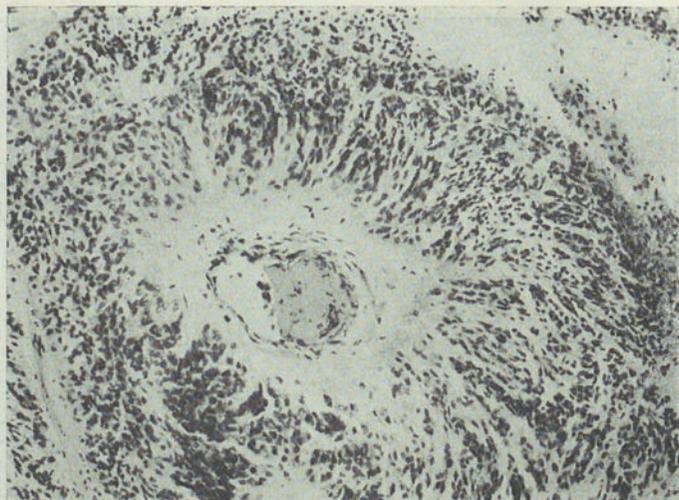


Fig. 8

Sistema glio-vascular. A zona clara, em tórno do vaso, é constituída pelas expansões protoplásmicas dos vários elementos celulares que o rodeiam. Método de NISSL

ou menos marcado, sempre que apareciam disposições lembrando as rosetas descritas por FLEXNER, MAWAS e outros, nos tumores da retina. Têm sido exactamente o IV ventrículo e a região do aqueduto de SYLVIVS, onde com mais freqüência se têm descrito tumores vários com o nome de neuroepiteliomas, por pretensas semelhanças com os blastomas retinianos. Numa grande parte dos casos descritos na vizinhança ou no próprio IV ventrículo, sob a rubrica de neuroepiteliomas, aquilo a que os autores chamam formações em roseta são, porém, disposições perivasculares ou gliovasculares, tendo por centro um vaso e, em tórno, células gliais, como tantas vezes se observam em diversos tipos

de glioma e, especialmente, nos chamados glioblastomas, e não pode servir para considerar um tumor como um neuroepitelioma (casos de SILBERBERG, CASH, GORDINIER e CAREY, HIRSCH, ROSENTHAL, MUTHMANN e SAUERBECK). Aparecem, é certo, em alguns outros (casos de NAESLUND, ROUSSY-LHERMITTE e CORNIL, UYEMATSU, BUCY e MUNCIE, BAILEY e CUSHING) formações em roseta ou em coroa, não em tórno de vasos, mas com um verdadeiro canal central, e ainda outras disposições epiteliais em fiada e ao longo

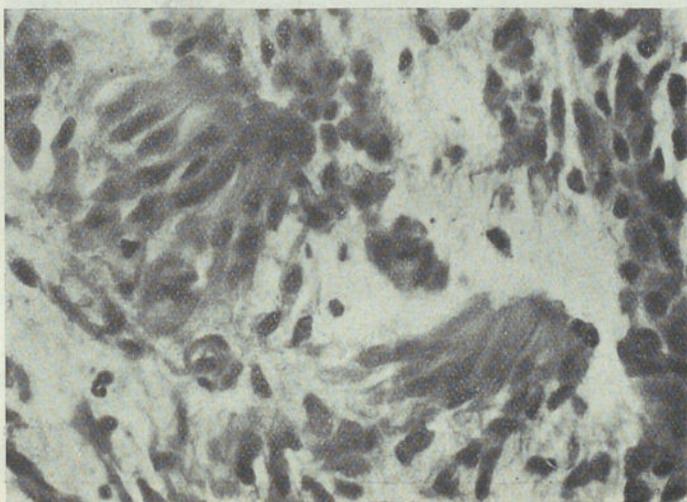


Fig. 9

Células epiteliais de tipo cilíndrico, esparsas no meio do tecido neoplásico. Método de NISSL.

de canais. Mas ¿bastaão tais factos para denominar com propriedade tais tumores de neuroepiteliomas? A nosso ver, a designação neuroepitelioma só deve aplicar-se àqueles tumores que, a-par de estruturas epiteliais, contenham células que, mais ou menos nitidamente, ofereçam caracteres histológicos que permitam considerá-las como elementos celulares da série neuroblástica. Não é, porém, o que acontece no nosso caso. Não encontramos qualquer particularidade morfológica que permita afirmar a existência, no tumor, quer de células nervosas embrionárias, quer adultas. Faltam completamente tais elementos.

BAILEY e CUSHING, no seu trabalho sôbre a classificação dos

gliomas, consideram a maior parte das formações pseudo-epiteliais nos tumores cerebrais constituída por espongiblastos primitivos e classificam tais tumores de neuroepiteliomas. Os espongiblastos primitivos (*elementos embrionários da série glial*) caracterizar-se-iam, segundo BAILEY e CUSHING, pelo seu corpo celular em coluna, circunscreveriam pequenos canais e cavidades e os núcleos celulares estariam colocados a uma certa distância do lume do canal ou da cavidade, distância essa que seria preenchida pelo

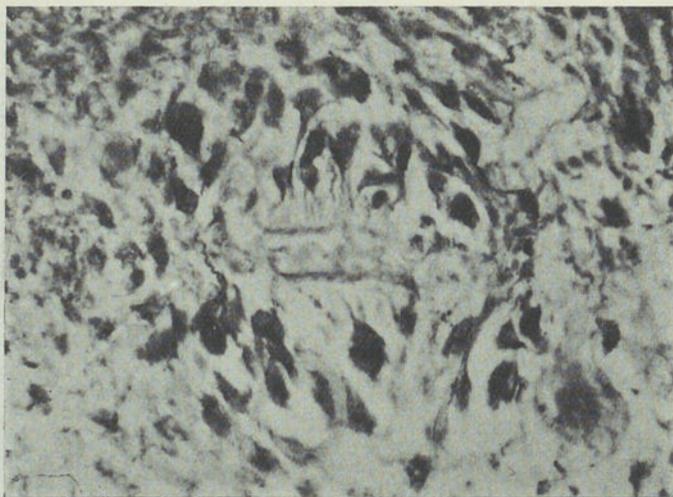


Fig. 10

Células do tipo astroblástico. Prolongamentos celulares, em forma de saca-rólhas, na direcção da parede do vaso. Método de CAJAL (do ouro-sublimado)

corpo celular. Do outro polo da célula partiria um longo prolongamento. As células cilíndricas formariam uma membrana imediatamente à volta dos canais e nessa membrana existiriam blefaroplastos e algumas vezes cílios.

Seriam os espongiblastos primitivos que formariam, segundo BAILEY e CUSHING, as rosetas verdadeiras, e seriam portanto equivalentes às formas embrionárias dos cones e bastonetes da retina, donde parece que derivam os chamados neuroepiteliomas retinianos.

Desta resumida exposição se deprende imediatamente o quanto há de hipotético e convencional em tôdas estas afirma-

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

”

Ceregumil[®] Fernández

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

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerales (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

Deposítarios: **GIMENEZ-SALINAS & C^a**

240, Rua da Palma, 246
LISBOA

BACTEROTERAPIA LÁCTICA

**LACTOBACIL
GRANULADO
ÚNITAS**

Cultura sêca e seleccionada de bacilos búlgaros
SABOR MUITO AGRADÁVEL

Laboratório ÚNITAS, L.^{DA}

Direcção Técnica de **Barreto de Faria**
LISBOA

Laboratórios da Farmácia Serrano

UROLITOL

Citrato duplo de lithina e de sódio, hexamethylenetetramina e piperazina em granulado efervescente

NUTRIGENIO

Suco de carne crúa estabilizada em solução glicerínada com glicerosfosfatos, ligeiramente estriquinados: em frascos

**MAGNESIA DE
S. LAZARO**

hidrato de magnésia e sacarose aromatizados; muito mais barata que as similares estrangeiras

**DISPEPTOSE
GRANULADA**

Pepsina, maltina, pancreatina, citrato de sódio e cloreto de papaverina

Rua 20 de Abril, 128 - LISBOA

ções. Além de que nos parece pouco acertado, etimologicamente, chamar *neuroepiteliomas* a tumores constituídos essencialmente por espongioblastos, que se consideram, como dissemos, elementos embrionários da série glial. Parece-nos perfeitamente razoável chamar neuroepiteliomas a certos tumores da retina, admitindo-os como derivados dos cones e bastonetes, porque tais elementos constituem um neuroepitélio, ou melhor, um epitélio sensorial, mas nunca chamar neuroepiteliomas a tumores constituídos por

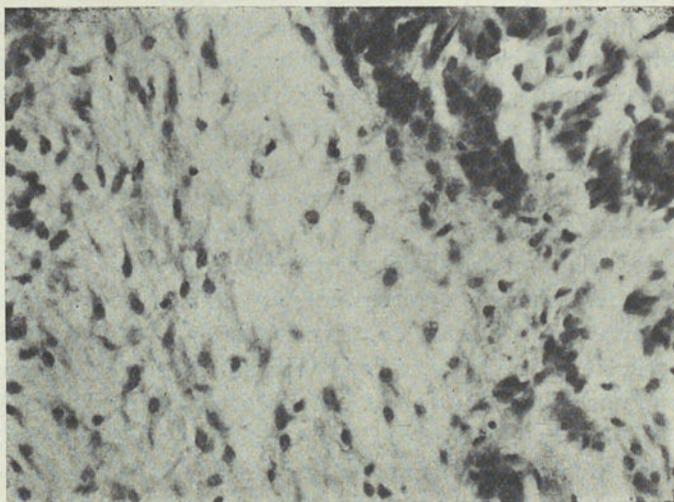


Fig. 11

Numerosos astrocitos pequenos em pleno tumor. A' direita da figura, células neoplásicas. Método de NISSL

elementos celulares de natureza glial que, com maior ou menor razão, se identificam como espongioblastos primitivos.

Coerentes com os pontos de vista que acabamos de expor, parece-nos que a uma grande parte dos casos de tumores cerebrais que correm na literatura médica como neuroepiteliomas não se pode, com propriedade, aplicar tal designação. O próprio caso de BUCY e MUNCIE não nos parece que deva incluir-se sob esta rubrica. Não queremos discutir se no tumor predominam ou não espongioblastos primitivos; o que discutimos é a propriedade com que, pelo facto dum tumor ser essencialmente constituído por espongioblastos primitivos, se designa neuroepitelioma, designação que a nosso ver se presta às mais lamentáveis confusões.

Pensamos, como DEL RIO HORTEGA, que muitos dos tumores cerebrais descritos como neuroepiteliomas devem ser gliopiteliomas (HORTEGA) de tipo embrionário, em que os elementos celulares se dispõem em volta de cavidades ou em roseta, formações de certo modo comparáveis, mas não idênticas, às que se observam nos neuroepiteliomas da retina. Os próprios BAILEY e CUSHING apontam a existência de formações tubulares e em roseta nos tumores derivados do epêndimo; propõem, todavia, a criação de um novo grupo: o dos neuroepiteliomas — com caracteres que não julgamos perfeitamente bem definidos. Outros tumores que têm sido descritos como neuroepiteliomas devem ser glioblastomas com formações em pseudo-roseta, por disposições perivasculares e sem apresentarem mesmo carácter epitelial.

BAILEY e CUSHING, tendo criado quatro grupos diferentes de tumores epiteliaes dos centros nervosos: meduloepiteliomas, neuroepiteliomas, ependimoblastomas e ependimomas (afora os tumores dos plexos coroideus), cercearam bastante o âmbito dos tumores ependimários e estabeleceram tipos onde só episòdicamente aparecem algumas das estruturas que se encontram no nosso caso, e outras nem, mesmo episòdicamente, se encontram nesses tumores. São blastomas com carácter epitelial muito pouco marcado, apenas em esbôço. Aparecem às vezes, é certo, num ou noutro ponto, formações em roseta e células de tipo ependimário revestindo canais, como dissemos já; todavia, a descrição da estrutura geral dêsses tumores, dada pelos autores, afasta-se muito do que observamos no caso presente. Os ependimoblastomas seriam tumores sem estroma conjuntivo, é certo (como no nosso caso), apenas com numerosos vasos; mas constituídos por espongioblastos ependimários munidos de blefaroplastos, isto é, células sem carácter epitelial bem marcado. Nos ependimomas haveria de característico um *abundante estroma conjuntivo* e apenas um esbôço de disposição epitelial, com células poligonais sem prolongamentos protoplásmicos. A existência comum de blefaroplastos estabeleceria o parentesco com os elementos celulares dos ependimoblastomas.

Se é certo que existem algumas particularidades semelhantes entre o tumor que descrevemos e os ependimoblastomas de BAILEY e CUSHING (pobreza de estroma conjuntivo, vasos numerosos, disposições em roseta, e canais revestidos de células de tipo epen-

dimário), não é menos certo que no todo o tumor não corresponde nem à descrição, nem aos exemplos tipo apresentados pelos citados autores. O carácter epitelial é, no caso que estudámos, muito mais marcado; as células epiteliais são muito mais do tipo cilíndrico, muito alongadas, e vêem-se abundantes astrocitos adultos dispostos em grupo em tórno das zonas de tipo epitelial.

ROUSSY e OBERLING descrevem, no grupo dos tumores ependimo-coroideus e dentro do subgrupo dos tumores ependimários, uma variedade a que chamam ependimoglioma (com sede de eleição no IV ventrículo, na região do aqueduto de SYLVIVS e principalmente na parte central do bulbo e da medula) e que seria caracterizada pela associação, no mesmo neoplasma, de células de tipo ependimário e de elementos nevróglícos astrocitários. As células ependimárias formariam vesículas múltiplas, verdadeiras cavidades ependimárias, em tórno das quais se disporiam os astrocitos. Os elementos ependimários e astrocíticos podem aparecer em proporções muito variáveis de caso para caso, o que leva os autores a pensar que a génese de tais tumores não será sempre a mesma: em alguns casos deve tratar-se de um tumor ependimário, no qual alguns elementos sofrem uma transformação astrocitária; noutros será uma proliferação simultânea ependimária e glial, e, finalmente, tratar-se-á primitivamente dum glioma que arrasta, ou simplesmente, engloba formações ependimárias que ficam depois como verdadeiras inclusões.

Alguns outros autores têm descrito tumores dêste tipo e inclinam-se, como ROUSSY e OBERLING, a estabelecer certas relações entre êles e a siringomielia.

Podíamos perfeitamente incluir o tumor que descrevemos dentro desta rubrica proposta por ROUSSY e OBERLING, mas parece-nos mais razoável englobá-lo sob a designação proposta por DEL RIO HORTEGA, de *glioeptelioma*, marcando assim a sua estrutura epitelial, a sua natureza glial e, ao mesmo tempo, de certo modo, a sua relação genética com o epêndimo, que é afinal um glioeptélio.

Pode, de-facto, sem prejuízo e mesmo com vantagem, incluir-se êste tumor no grupo dos glioepteliomas proposto por DEL RIO HORTEGA. Êste autor inclui neste grupo várias formas texturais de transição, partindo da mais semelhante pelos caracteres citológicos ao revestimento ependimário e terminando nas mais afastadas, ou por exagêro dos caracteres nevróglícos (ependimoglio-

ma) ou dos caracteres epiteliaes (ependimoepitelioma). HORTEGA acrescenta, porém, no seu valioso trabalho sobre os gliomas, que teòricamente são possíveis nos gliopiteliomas duas formas citológicas: embrionária e adulta. Na primeira reproduzem-se os caracteres do epitélio que reveste as cavidades encefálicas em épocas remotas do desenvolvimento ontogénico e antes que se efectue a evolução completa das células; mas não se trata então em rigor, diz, de ependimomas, mas de medulo-epiteliomas. Parece-nos ser este o nosso caso.

Resumindo, consideramos o tumor que descrevemos como um glioma de tipo epitelial em íntima conexão com o epêndimo do IV ventrículo e todo desenvolvido dentro da cavidade ventricular, sem invadir o parênquima nervoso. As células epiteliaes, que em alguns pontos se assemelham às do revestimento ependimário, em outros afastam-se das particularidades morfológicas que caracterizam essas células, para apresentarem aspectos que reproduzem, com alguma semelhança, os elementos celulares do epitélio medular primitivo. Formam largos cordões de células epiteliaes cilíndricas, muito alongadas, em assentada única, isoladas ou limitando canais e formando rosetas.

Consideramos, pois, este tumor como um gliopitelioma de tipo embrionário, com estruturas que lembram as dos medulo-epiteliomas de BAILEY e CUSHING. Não julgamos, porém, necessário criar este subgrupo.

Queremos acentuar, mais uma vez, a existência em pleno tumor e em zonas bastante afastadas do parênquima nervoso, e, sem qualquer espécie de ligação com êle, de astrocitos adultos e de formas mais embrionárias da série glioblástica em formações gliovasculares. Interessa frisar este ponto, porquanto vários autores pretendem que a glia adulta nos tumores não provém de transformações dos próprios elementos celulares do tecido neoplásico, mas sim de processos reaccionais do parênquima não blastomatoso circunjacente. Neste caso não nos parece lícito duvidar que os astrocitos provém do próprio tecido neoplásico, constituído por elementos que contêm em potencial a possibilidade de evolucionar, quer desordenadamente, sob o aspecto blastomatoso, quer no sentido glial, podendo atingir mesmo o astrocito adulto.

Não encontramos aspectos celulares que de longe sequer se

assemelhassem a neuroblastos ou a elementos nervosos já mais diferenciados. Não julgamos, pois, acertado classificar o tumor de neuroepitelioma, a-pesar da existência de estruturas, que tanto lembram as que se encontram nos neuroepiteliomas da retina.

Poderá objectar-se que, sendo o tumor derivado de elementos epiteliaes tão embrionários, estranho é que não apareçam células da série neuroblástica, dado que o epitélio-medular primitivo possui uma múltipla potencialidade (entre outras a de evolucionar no sentido glial ou no sentido da célula nervosa). Parece-nos, todavia, de admitir que as células dêsse epitélio medular não evoluem indiferentemente e ao acaso num ou noutro sentido, mas sim que previamente deve existir um determinismo evolutivo, sem equivalente morfológico apreciável pelos nossos meios actuais de observação. Umhas determinadas células evolucionarão portanto no sentido glial e, quando originem tumores, não poderão mostrar aspectos neurogliomatosos, mas apenas gliomatosos.

Quero, para concluir, tocar ainda um ponto que julgo de interesse. Estes tumores gliopiteliaes de tipo embrionário têm sido encontrados quasi exclusivamente no pavimento e tecto do III e IV ventrículos, em regiões onde parece averiguado que permanecem, por vezes, restos indiferenciados do epitélio medular primitivo.

BENDA, PFLEGER, STREETER e outros afirmam que junto das paredes do IV ventrículo se encontram, no adulto, células com aspecto embrionário primitivo e além disso que as células ependimárias do IV ventrículo diferem das do resto do epêndimo por continuarem a mostrar uma proliferação activa, mesmo na vida embrionária avançada (principalmente do lado do cerebello). Dêstes factos de observação são de aproximar outros não menos demonstrativos verificados em casos de tumor. Um caso de GAGEL, por exemplo, de ganglioneuroma do bulbo mostrava, no canal central da medula, na parte cervical superior, junto ao bulbo, um revestimento celular com tôdas as características do epitélio primitivo. WOHLWILL, no seu trabalho sôbre os meduloblastomas, salienta também que o tecto do IV ventrículo e a linha mediana do cerebello são especialmente atreitas à formação dêsses tumores, facto que é relacionado por vários autores com a frequência de heterotopias nesta região. Outros factos ainda indicam que a origem dos meduloblastomas é de relacionar com perturbações do desenvolvimento ontogénico. O mesmo podemos dizer a respeito do

caso que descrevemos. E, a-propósito, chamamos, mais uma vez, a atenção para as malformações congénitas que a doente apresentava nos dedos da mão esquerda.

Para concluir queremos ainda recordar que êste tumor derivava do pavimento do IV ventrículo, ao contrário do que é de regra nos chamados meduloblastomas, que derivam do teto, em íntima conexão, quási sempre, com o *nodulus* e com o *flocus*.

BIBLIOGRAFIA

- BAILEY, P. — A study of tumors arising from ependymal origin. *J. Med.* **2**. 194. 1908.
- A study of tumors arising from ependymal cells. *Arch. of Neurol. and Psych.* Vol. **XI**. 1-27. 1924.
- Quelques nouvelles observations de tumeurs épendymaires. *Ann d'Anat. path. méd-chir.* Vol. **II**. 481-512, 1925.
- BAILEY, PERCIVAL and CUSHING, HARVEY. — Die Gewebs-Verschiedenheit der Hirngliome und ihre Bedeutung für die Prognose. Tradução alemã de Cammann, Alfred. — Gustav Fischer. Jena. 1930.
- BAILEY, PERCIVAL. — Die Hirngeschwülste. Tradução alemã de Weiss, Arnold. — Ferdinand Encke. Stuttgart. 1936.
- BASSOE, P. — Tumors of the third and fourth ventricles. *J. A. M. A.* **67**. 1423. 1916
- BUCY, PAUL C. and MUNCIE, WENDELL S. — Neuroepithelioma of the cerebellum. *The American Journal of Pathology.* Vol. **V**. 157. 1929. Boston (Massachusetts).
- CASH, J. R. — Beitrag zur Kenntnis der neuroepithelialen Tumoren des Nervensystems. *Jahrb. f. Psychiat. u. Neurol.* **42** 280. 1925.
- CUSHING, HARVEY. — Intrakranielle tumoren. Tradução alemã de Kessel, F. K. — Julius Springer. Berlin. 1935.
- GOUDINIER, H. C. and CAREY, H. W. — A study of two unusual brain tumors; one a multiple cylindroma of the base of the brain, the other a neuroepithelioma of the choroid plexus of the fourth ventricle. *J. Nerv. & Ment. Dis.* **33**. 1. 1906.
- GROMELSKY. — Primäre epitheliale Geschwülste des Zentralnervensystems. *Virchow's Arch.* Vol. **CCLXI**. 933.
- GRUBER, GEORG B. — Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft. — Gustav Fischer. Jena. 1934.
- GUILLAIN, G., BERTRAND, I. et PÉRISSON, J. — Medulloblastome du quatrième ventricule à évolution aiguë. *Rev. Neurol.* **37**. 62. 1930.
- HASSELBACH, H. — Ependymäres Gliom des 4 ventrikels. *Ziegler's Beiträge.* **86**. 120. 1931.
- HENSCHEN, FOLKE. — Referat über Gliome. *Centralblatt f. Allgem. Path. u. pathol. Anatomie.* Ergänzungsheft zum 60. Band. Pág. 8. 1934.

- HIRSCH, E. F. and ELLIOT, H. R. — Ependymomas of the lateral and fourth ventricles of the Brain. *Am. Journ. of Path.* **1.** 627-635. 1925.
- HIRSCH, E. — Einige seltene Komplikationen der Syringomyelie. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.* **102.** 748. 1926.
- MALLORY, F. B. — Three gliomata of ependymal origin. *Journ. of med. Research's.* **8.** N.º 1 1902.
- MARBURG, O. — Zur Kenntnis der neuro epithelialen Geschwülste (Blastoma ependymale). *Obersteiner's Arbeiten.* **23.** 192-220. 1921.
- MUTHMANN, A. und SAUERBECK, E. — Ueber eine Gliageschwulst des IV Ventrikels. *Ziegler's Beiträge.* **34.** 445. 1903.
- ORLANDI, N. — Papiroma ependimario del IV ventrículo. *Clinica y Laboratorio.* **5.** N.º 27. 1925.
- PETTE, H. und KÖRNYEY, S. — Zur Kenntnis der Rückenmarksgliome mit Ausgang Syringomyelie. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* **117-119.** 371. 1931.
- REDSLOB, E. — Neuroépipithéliome gliomateux de la rétine. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du Cancer.* **12.** 573-584. 1923.
- RIO-HORTEGA, P. DEL. — Estrutura y sistematización de los gliomas y paragliomas. *Archivos Españoles de Oncología.* Tomo II. Cuaderno 3.º-4.º. 1932.
- ROMAN, B. — Zur Kenntnis des Neuroepithelioma glicomatosum. *Virchow's Arch. f. path. Anat.* **221.** 126. 1903.
- ROSENTHAL, W. — Ueber eine eigentümliche, mit Syringomyelie Komplizierte Geschwulst des Rückenmarks. *Ziegler's Beiträge.* **23.** 3. 1898.
- ROUSSY, G., LHERMITTE, J. et CORNIL, L. — Essai de classification des tumeurs cérébrales. *Ann. d'Anat. path. Méd. Chir.* **1.** 333. 1924.
- ROUSSY, GUSTAVE et OBERLING, CHARLES. — Les tumeurs des centres nerveux et des nerfs périphériques. *Atlas du Cancer.* IX et X fascicules. Félix Alcan. Paris, 1931.
- SAXER, F. — Ependymepithel, Gliome und epitheliale geschwülste des Zentralnervensystems. *Ziegler's Beiträge.* **32.** 276-346. 1902.
- SCHLAPP, M. G. — A neuro-epithelioma developing from a central gliosis, after an operation on the spinal cord. *J. Nerv. & Ment. Dis.* **38.** 129. 1911.
- SCHIECK, F. — Netzhaut Geschwulstbildungen Glioma retinæ. *Hand. der spez. path. Anat. und Histol.* **11.** 674-681. 1928.
- SCHUSTER, H. — Retinoepithelioma malignum pigmentosum. *Virchow's Arch. f. path. Anat.* **259.** 97-104. 1928.
- SILBERBERG, E. — Neuroblastoma and Neuroepithelioma. *Virchow's Arch. f. path. Anat.* **240.** 251-257. 1926.
- Neuroblastomas and Neuroepitheliomas. *Virchow's Arch. f. path. Anat.* **260.** 251. 1926.
- SILBERBERG, M. — Neuroepithelioma glimatosum cysticum. *Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft,* etc. Sessão de 14 de Novembro de 1924. Referata na *Klin. Wochenschrift.* N.º 41. 280. 1925.
- THIELEN, H. — Beitrag zur Kenntnis der sogen. Gliastifte; Neuroepithelioma glimatosum microcysticum medullæ spinalis. *Deutsch Zeitschr. f. Nervenheilk.* **35.** 390. 1908.

- THOMAS, ANDRÉ et JUMENTIÉ, J. — Un cas de tumeur du ventricule latéral. *Rev. Neurol.* N.º 2. 202-206. 1928.
- UYEMATSU, S. — A contribution to the study of glioma. *J. Nerv. & Ment. Dis.* 53. 81. 1921.
- WINTERSTEINER, H. — Das Neuroepithelioma retinae, eine anatomische und klinische Studie. *Leipzig u. Wien.* 1897.
- WISBAUM, K. — Ueber epitheliale Wandbekleidung im Gliomcysten. *Virchow's Arch. f. path. Anat.* 247. 623-637. 1923.
- WOHLWILL, FR. — Zur pathologischen Anatomie der malignen medianen Kleinhirntumoren der Kinder (sog. «Medulloblastome»). *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.* 128. 587. 1930.
- ZEISS, A. — Sopra un caso di tumore dei lobi frontale e temporale destri con alcune considerazioni sui gliomi. *Riv. di pat. nerv. e ment.* 23. 286-309. 1918.

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

SÔBRE TUMORES GLÓMICOS

POR

A. ALMEIDA DIAS

Não é de todo raro, — e tanto assim que em pouco mais de dois anos reünimos cinco casos confirmados pelo exame histológico, — que nos apareçam doentes a queixar-se de dores insuportáveis, quasi sempre de um dos membros superiores, dores que, por via de regra, têm o seu ponto de partida na extremidade de um dos dedos e quasi sempre na região subungueal, que aí se localizam durante um tempo mais ou menos longo, mas que finalmente irradiam para o dedo ou dedos vizinhos, para tôda a mão, para o antebraço e para o braço, chegando mesmo, em alguns casos, a invadir tôda a metade do corpo. São dores quasi constantes, lancinantes por vezes, exacerbadas ao mais pequeno contacto no ponto donde irradiam e atingindo, no dizer dos doentes, uma intensidade atroz, se por má ventura sofrem nessa região um pequeno traumatismo ou uma pressão um pouco mais forte. Comparáveis, pelos seus caracteres e intensidade, às causalgias, podem, como estas, atenuar-se, por vezes, com certas manobras que cada doente vai aprendendo à custa de sofrer e que nem sempre são as mesmas em cada caso. Uma das manobras que mais vezes traz um certo alívio passageiro consiste em mergulhar o dedo que mais dói ou tôda a mão, em água e, mais correntemente, em água fria. Outra consiste em aplicar uma ligadura fortemente apertada na raiz do dedo, provocando estase sangüínea. Os doentes têm sempre um *facies* de grande sofrimento e mantêm o braço affectado em attitude de defesa contra todos os contactos, protegendo com a outra mão a região dolorosa. É tal a intensidade das dores que todos os casos por

nós observados, como aliás é de regra, declaravam que a vida se lhes tornava insuportável. Alguns mesmo pensavam em suicidar-se. Todos êles deixavam de bom grado amputar-se (um dos doentes estava mesmo disposto a deixar amputar o braço), se daí resultasse o alívio para as suas dores.

Esta resumida e imperfeita descrição, pode, todavia, de algum modo, dar-lhes uma idea do que tais doentes sofrem. E sofrem tanto mais quanto é certo que passam muitas vezes anos e anos de um longo calvário, de médico em médico, tomados por funcionais ou pelo menos por exageradores, submetidos a tratamentos vários, inúteis e por vezes mesmo nocivos.

Algumas vezes relacionam o seu mal com um traumatismo sofrido tempos antes, quasi sempre na unha, traumatismo que deixa uma mancha equimótica que não se desvanece com o tempo. Na grande maioria dos casos não é possível, porém, por mais minuciosa que seja a anamnese, averiguar traumatismo algum. Assim acontece nos cinco casos que servem de base a êste trabalho.

Se o ponto de partida das dores é, quasi sempre, a extremidade dos dedos e mais freqüentemente ainda a região subungueal, casos há, muito mais raros, é certo, descritos noutras regiões. MASSON, que em dezóito anos reuniu vinte e sete casos pessoais, apresenta, em 1935, uma estatística das localizações (catorze na mão e, destes catorze, onze no leito subungueal, cinco no antebraço, três no braço, quatro na coxa e um na perna).

O sofrimento é atroz e afinal produzido por uma formação quasi sempre de reduzidíssimas dimensões. O mal é fácil de remediar. Estas violentas dores, — com os caracteres das simpalgias, acompanhadas, quasi sempre, de várias perturbações vasomotoras e tróficas locais e, em alguns casos mesmo, de sintomas simpáticos a distância (CLAUDE BERNARD-HORNER) —, estas violentas dores, dizíamos, são causadas por pequenos tumores que raras vezes excedem o tamanho de um bago de arroz e que por vezes são ainda mais pequenos, tumores que se alojam quasi sempre na região subungueal, umas vezes imediatamente por baixo da unha, outras mais profundamente, indo até ao perióstio, onde podem escavar uma pequena depressão. O remédio consiste na extirpação total da neoplasia, simples de realizar, dada a fácil acessibilidade e a perfeita delimitação e benignidade do tumor.

Julgamos curioso, antes de prosseguir, relembrar alguns pormenores da primeira observação que serviu de base ao estudo clínico e à classificação histológica dêstes tumores. Deve-se a BARRÉ e a MASSON êsse estudo de conjunto, feito pela primeira vez em 1919 e completado, em 1924, num trabalho mais pormenorizado. É certo que já antes se encontram na literatura médica, principalmente na literatura alemã, casos isolados, descritos todavia com rubricas diversas (peritelioma, endotelioma, ângio-sarcoma, leiomioma, etc.), mas a sua individualização e os estudos de histogénese devem-se, incontestavelmente, aos dois autores franceses que citámos. O primeiro caso de BARRÉ intrigou de-veras êsse autor. Dado o conjunto de sintomas que o doente oferecia, que sensivelmente são os que apontámos no início da nossa exposição (como aliás em quási todos), BARRÉ pensou que as dores, progressivamente ascendentes e paroxísticas, acompanhadas quási exclusivamente de perturbações objectivas vasomotoras, térmicas, secretórias e óculo-pupilares (CLAUDE BERNARD-HORNER), deviam traduzir uma lesão do simpático e estariam estreitamente relacionadas com excitações partidas da falangeta do dedo onde primitivamente se tinham instalado, algum tempo após um traumatismo. Em tais condições, BARRÉ aconselhou a ressecção dos nervos colaterais dos dedos e a destruição do simpático das artérias colaterais. Feita esta intervenção, ainda que incompletamente, a doente sentiu alívios durante algumas semanas, mas as dores voltaram de novo e com maior violência, mais freqüentes e mais prolongadas. Como a unha do dedo médio (o atingido) se recurvasse cada vez mais nos dois sentidos e a mancha azulada equimótica atribuída ao traumatismo se não tivesse desvanecido decorridos cinco anos, BARRÉ pensou que talvez se tivesse formado um quisto ou um hematoma e aconselhou a extirpação da unha. Foi então, nesse segundo acto operatório, que se verificou a existência de um tumor subungueal com 12 mm. \times 5 mm., tumor que ia até ao osso, onde cavava uma depressão. Extirpado o tumor, depois de um período de quarenta e oito horas de violentíssimas dores, mais intensas do que antes da operação, e de abundante hemorragia, as dores cessaram para não mais voltarem. É êste o caso que bem merece ser apontado como o ponto de partida do estudo sistemático de tais tumores. MASSON incumbiu-se do seu estudo histológico e foi quem primeiro os

considerou como tumores glómicos, derivados dos glómus vasculares.

Se um pouco de feliz acaso levou BARRÉ ao diagnóstico exacto e à cura completa da doente, seria todavia injusto esquecer o quanto a minuciosa observação do caso o encaminhou, observação conduzida por um espírito analítico e crítico e, sobretudo, livre de preconceitos. BARRÉ não se limitou, simples e cómodamente, a negar factos que porventura não conhecia da literatura neurológica.

O pequeno tumor extirpado foi, como referimos, estudado histologicamente por MASSON, que ulteriormente tem feito uma minuciosa investigação sôbre outros casos. Classificou-o de neuro-mio angioma ou de tumor glómico, querendo com esta última designação indicar o órgão de que derivava: *os glómus vasculares*.

Antes de seguir nesta exposição, recordaremos muito rapidamente o que vem a ser um glómus vascular.

Certos ramos arteriais lançam-se directamente numa veia, sem prèviamente, como é de regra, se dividirem em capilares. Tais anastomoses são, porém, raridades; constituem verdadeiras anomalias e são de considerar como vestígios das anastomoses que existem na rêde circulatória do embrião. Há, porém, outras anastomoses artério-venosas, estas constantes no adulto, anastomoses em que os vasos oferecem caracteres muito especiais. Êsses vasos anastomóticos formam, por assim dizer, o eixo de um verdadeiro *órgão* constituído por outras formações não vasculares (células epitelióides, um fino e rico plexo de fibras nervosas mielínicas e amielínicas e miofibrilas em relação com os elementos epitelióides). A êste conjunto da anastomose artério-venosa e das formações vizinhas referidas, constituindo um todo, tem-se, impròpriamente, dado também o nome de «anastomoses artério-venosas», mas é realmente a tais pequenos órgãos, inclusos na espessura da derme, que se deu o nome de *glómus neuro-mio-arteriais*. Encontram-se habitualmente, e por ordem decrescente de freqüência, no leito das unhas das mãos e dos pés, na face palmar ou plantar dos dedos (principalmente nas falanges distais, e na planta dos pés (junto do calcanhar), na eminência tenar e hipotenar. Encontram-se ainda em outras regiões, se bem que em número muito deminuto, segundo parece, e não foram até hoje encontrados nem no dorso da mão nem no dorso do pé.

SCHUMACHER, em 1917, homologou estas formações constantes, em que o elemento fundamental é uma anastomose artério-venosa, com os glomérulos caudais de ARNOLD, localizados na face ventral de cada vértebra caudal, e com os glômus da glândula coccígea de LUSCHKA, que se considera como sendo, no homem, o representante dos glomérulos caudais de ARNOLD.

Nos últimos cinco anos as formações glômicas, englobadas numa cápsula conjuntiva especial derivada da derme, têm sido estudadas com interêsse muito especial, e alguns trabalhos de fisiologia experimental, a que noutro lugar nos referiremos resumidamente, realizados especialmente por GRANT, BLAND, CLARK e POPOFF, são de incontestável interêsse. (POPOFF, por exemplo, pretende atribuir uma importância primacial às lesões glômicas nas gangrenas arterioscleróticas e diabéticas das extremidades).

Os glômus existem em todos os vertebrados de sangue quente, parecendo, porém, não se encontrarem em tôdas as regiões do corpo, mas apenas em algumas determinadas, e em quantidade variável de animal para animal e de região para região.

O próprio glômus em si oferece algumas particularidades dignas de menção. Um glômus forma uma pequena massa globosa, esférica ou ovóide, contendo um conjunto de vasos sinuosos com caracteres especiais.

A artéria aferente, quando passa a artéria glômica, sofre uma série de transformações curiosas (fig. 1). O *lumen* diminue consideravelmente de calibre, a elástica interna desaparece; a média, separada incompletamente do endotélio (por via de regra cúbico) apenas por um delicado retículo, espessa-se e é constituída por várias assentadas de células epitelióides, células que desaparecem quando começa o segmento venoso da anastomose glômica. Tôda a parte arterial do glômus é envolvida por um riquíssimo plexo de fibras nervosas mielínicas e amielínicas, muito mais abundantes do que as existentes numa artéria vulgar. À margem das formações glômicas encontram-se sempre artérias e veias de calibre relativamente grande e nervos com bainha de mielina. Estes nervos mielínicos podem penetrar na própria espessura do glômus, através do seu pedículo, ignorando-se, todavia, como e mesmo se se distribuem aos seus elementos celulares e fibrosos.

O segmento venoso de uma anastomose glômica normal tem um *lumen* bastante mais largo que a respectiva artéria; não apre-

senta células epitelióides, mas apenas um delgado endotélio, assentando directamente sobre uma ténue membrana fibro-elástica; não apresenta também o rico plexo nervoso da artéria e vai desembocar, alargando-se em funil, numa veia periglômica.

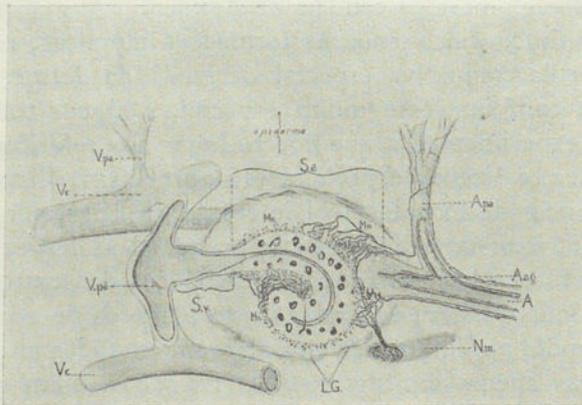


Fig. 1

Esquema de um glómus simples da polpa digital contraída (segundo P. MASSON). A) Artéria da rede planiforme superficial (artéria pré-terminal). Apa) O seu ramo papilar terminal ramificando-se em capilares. Aag) Artéria aferente glômica que penetra no glómus envolvida por uma camada de tecido conjuntivo laxo LG). Esta artéria constitue o início de uma anastomose artério-venosa glômica. A anastomose muda de caracteres e torna-se vaso glômico. Num primeiro segmento tortuoso Sa), perde a sua limitante elástica interna. A sua média espessa-se e passa a ser formada por células anastomosadas, mais ou menos epitelióides. Esta média cessa bruscamente, quando começa o segmento venoso Sv) largo, de parede delgada, que à saída do glómus se alarga em funil e vai desembocar numa veia periglômica Vpe), muitas vezes dilatada e espessada em frente do orifício do vaso glômico. Esta veia faz parte das veias colaterais dérmicas, Vpa), veia tributária dos capilares papilares. Em torno do segmento arterial «manchon» nervoso Mn), em conexão com o simpático arterial e nervos com bainha de mielina provenientes da derme Nm)

O aspecto histológico dos glómus pode variar consoante são estudados em fase de contracção ou de distensão e independentemente disto há certas diferenças de estrutura que permitem separá-los em dois grandes grupos: de estrutura compacta e de

estrutura laxa. Os glômus da pulpa digital são de tipo compacto e, quando fixados vivos, apresentam-se contraídos pela acção dos líquidos fixadores. Os glômus sub-ungueais pertencem aos de tipo laxo.

A parte certamente de maior interêsse na composição dos glômus consiste no problema da natureza e função dos elementos epitelióides e na origem ou nas origens do rico plexo nervoso. MASSON, no seu primeiro trabalho de 1924, inclinava-se a pensar que algumas células epitelióides seriam neuritos e dariam ori-

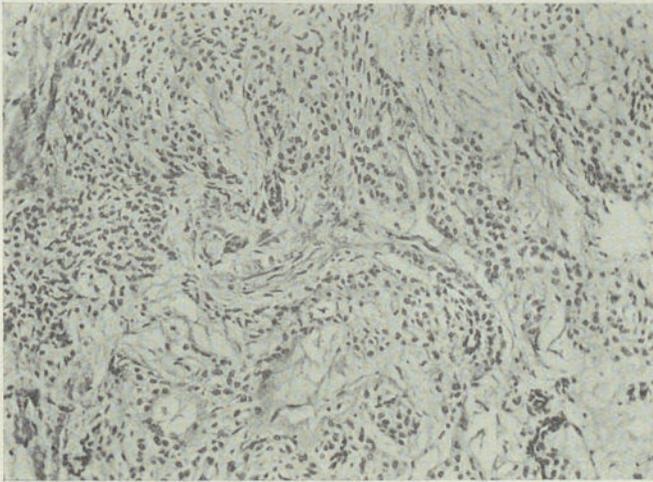


Fig. 2

Caso 1. Aspecto de conjunto. Sensivelmente a meio da figura, formação fascicular contendo fibras nervosas

gem a muitas das neurofibrilas. No seu recente trabalho de 1935 parece ter abandonado êsse ponto de vista; pelo menos, da sua leitura vê-se que tem dúvidas no que se refere à origem do plexo, tendendo um pouco, todavia, a fazê-lo depender apenas do simpático arterial e dos troncos nervosos cérebro-espinhais vizinhos dos glômus. As células epitelióides dariam apenas origem a miofibrilas e seriam o verdadeiro elemento contráctil da formação glômica. Há, porém, autores que continuam a pensar que alguns elementos epitelióides sejam células simpáticas como as que existem nos paragânglios.

Nos tumores glômicos encontram-se todos os representantes

dos elementos que constituem um glómus normal, sem que todavia existam nas proporções regulares em que se encontram nestes últimos. Os tumores glómicos são como que glómus gigantes, com certas diferenças, não só morfológicas como de estrutura, em relação às formações normais. Alteram-se as proporções dos vários elementos. Consoante predominam os vasos, assim os tumores tomam mais o carácter angiomaso, para se assemelharem a nevromas se predominam os plexos nervosos,

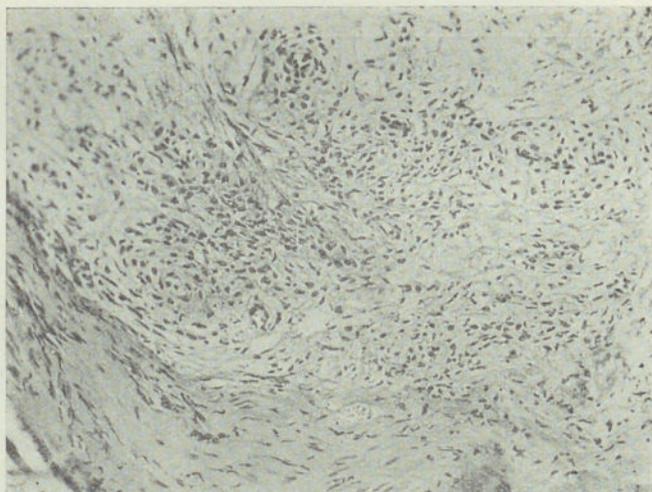


Fig. 3

Caso 2. Aspecto de conjunto. Em baixo vê-se parte da cápsula. Ao meio da figura, septo cologéneo contendo fibras nervosas amielínicas. Comparar com a fig. 2 e notar a flagrante semelhança

ou terem um certo carácter epiteliomaso se predominam os elementos epitelióides.

No capítulo da patologia dos glómus a parte mais importante cabe certamente aos tumores, mas não deixa de ser curioso mencionar os trabalhos de POPOFF, não só na arteriosclerose, como na diabetes. Na arteriosclerose a íntima da artéria glómica espessa-se e hialiniza-se. Esta degenerescência hialina pode obliterar a artéria e deixam de existir vasos glómicos capazes da sua função, ou então a parede torna-se rígida e o vaso mantém-se permanentemente aberto, mas perde o seu poder de contractilidade. Passa sempre uma certa quantidade de sangue di-

rectamente para as veias, mas em condições bastante diferentes do normal. POPOFF pensa que a trombose dos grandes vasos não seja a causa primária das gangrenas diabéticas. A causa inicial estaria nas lesões glômicas e só secundariamente, por infecção cutânea, consecutiva às perturbações circulatórias locais, de origem glômica, se daria a trombose dos grandes vasos

Acabámos de falar em funções dos glômus. ¿Que função ou que funções são atribuídas a tais órgãos e como têm sido conduzidos os correspondentes estudos?

Têm-se atribuído aos glômus várias funções deduzidas não só

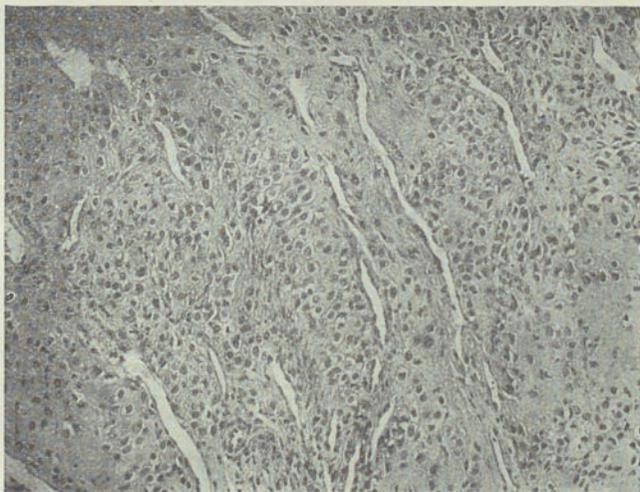


Fig. 4

Caso 2. Campo com numerosos vasos de tipo glômico. Entre os vasos as células epitelióides típicas

dos estudos histológicos das formações normais e patológicas (da morfologia e estrutura de tais formações), como ainda da análise e interpretação dos sintomas clínicos causados pelas lesões glômicas (especialmente pelos tumores glômicos) e, finalmente, de trabalhos experimentais realizados não só em animais (coelhos albinos), mas também no homem. Algumas atribuições foram já inteiramente confirmadas, outras são apenas mais ou menos plausíveis e só de considerar, hoje, como hipóteses de trabalho.

Todos os autores, desde SUCQUET, pensam que as formações

glómicas têm como função levar directamente às veias, sem passagem pelos capilares, o sangue que circula nas artérias em excesso ou sob pressão exagerada, mantendo assim constante a pressão nos capilares. Seriam, portanto, órgãos reguladores da temperatura e, provavelmente, também da pressão sanguínea local e geral, diminuindo-as quando estejam largamente abertos (a temperatura baixaria por diminuição das combustões nos tecidos) ou, pelo contrário, aumentando-as quando se fecham.

A actividade funcional dos glómus seria comandada não só pelos corpúsculos de WAGNER-MEISSNER e de VATER PACINI, quasi

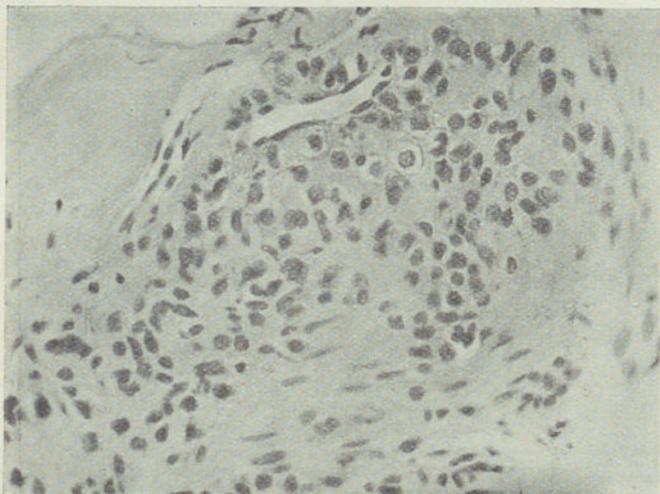


Fig. 5

Caso 2. Aspecto de um vaso de tipo glómico na maior ampliação

sempre existentes na vizinhança das formações glómicas (reflexos corpúsculo-glómicos), como ainda pelo próprio plexo periglómico (reflexos glómus-glómicos).

MASSON pretende atribuir-lhes ainda papel importante nas funções das terminações tácteis. Manteriam, pelo seu mecanismo autónomo de contracção e distensão, independente das artérias não glómicas e comandado pelo rico plexo nervoso cérebro-espinhal e simpático, uma pressão intersticial e uma temperatura locais favoráveis à função táctil. Julga ainda provável que os glómus sejam o ponto de partida de reflexos sensitivo-motores, actuando sôbre as artérias glómicas.

A experimentação tem em grande parte confirmado estas hipóteses, deduzidas do estudo histológico dos vasos glômicos.

GRANT, estudando no vivo, ao microscópio, por transiluminação, as anastomoses glômicas da orelha do coelho albino, verificou que elas se contraem e dilatam sem que haja variações de calibre das artérias. Verificou ainda que, elevando artificialmente a temperatura do animal, as anastomoses se dilatam e pelo contrário se fecham quando a temperatura se abaixa artificialmente. Aquecendo apenas a orelha, as artérias dilatam-se a 30°, as anastomoses só a 40°; arrefecendo-a a 15°, as artérias estão contraídas, pelo menos de início, as anastomoses, abertas. Reaquecendo a orelha, as anastomoses contraem-se antes das artérias. As formações glômicas, além de reagirem localmente às excitações mecânicas, dilatam-se por acção da acecolina e da histamina e contraem-se por acção da adrenalina e por excitação do simpático. Estas dilatações e contracções dos vasos glômicos não só não são rítmicas com as das artérias, como são muito mais bruscas. Daqui, a comparação que certos autores fazem, chamando aos glômus minúsculos corações periféricos, reguladores da circulação das extremidades.

Estes mesmos autores, GRANT e BLAND, conseguiram demonstrar, por dispositivos termo-eléctricos que, mergulhando os dedos da mão em água fria, começa por se dar uma rápida baixa de temperatura local, temperatura que depois se eleva de novo e tanto mais rápida e acentuadamente quanto mais rica em formações glômicas fôr a região. Assim, a polpa da falangeta e a base da unha sofrem uma elevação de temperatura muito mais acentuada e



Fig. 6

Caso 2. Fibras nervosas mielinicas em pleno tumor

mais precoce do que o dorso da segunda falange, por exemplo. (É a chamada reacção ao frio de LEWIS). Demonstraram ainda experimentalmente que tais diferenças não dependiam directamente da riqueza em capilares. Contaram os capilares por milímetro cúbico, tornando para tal a pele da mão mais fina e transparente, pela aplicação de um pequeno vesicatório e dilatando os vasos por meio de uma ligadura constritiva no braço.

CLARK conseguiu, em experiências muito interessantes, mas que seria demasiado longo referir, filmar o funcionamento das

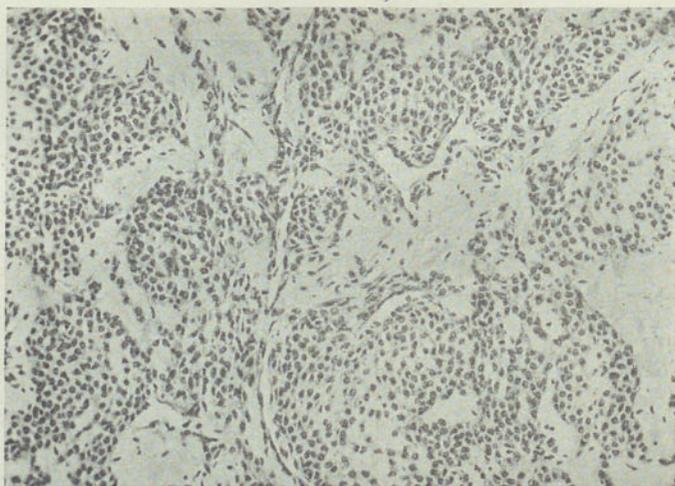


Fig. 7

Caso 3. Aspecto muito típico de tumor glômico. Um extenso vaso que corre a tôda a altura da figura, limitado em quási tôda a extensão por células epitelióides típicas

anastomoses glômicas da orelha do coelho, aplicando localmente câmaras transparentes. Essas experiências confirmaram as particularidades já apontadas do funcionamento das anastomoses glômicas e documentaram-nas fotograficamente.

Nos tumores glômicos observam-se, por assim dizer a forte aumento e descomandadas, tôdas as funções que se atribuem ao glômus normal. Perturbações vaso-motoras diversas, variações regionais de coloração da pele, de temperatura e secretórias (sudação, e fenómenos de ordem sensitiva muito pronunciados). Os primeiros indicam manifestamente uma marcada interven-

LISBOA MÉDICA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

LISBOA MÉDICA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

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 :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

ção do simpático. O problema dor, o mais discutido de todos e certamente o de primacial interêsse, mas de difficil explicação, tem sido interpretado de várias maneiras. Uma parte das dores resultaria talvez da compressão dos corpúsculos tácteis que existem na vizinhança dos glômus. Não deve ser esta, porém, a única causa. O próprio tumor, em si, deve originar fenómenos dolorosos, quer pela contracção violenta dos seus vasos, quer pela sua distensão exagerada, que poderá comprimir ou distender fibras do plexo nervoso da parede ou do plexo inter-vascular glômico.

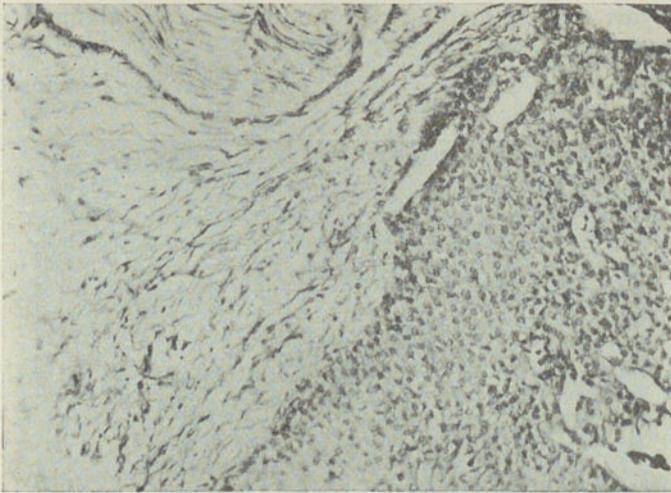


Fig. 8

Caso 4. Cápsula do tumor e células epitelióides formando mosaico

MASSON pensa que a sensibilidade exagerada dos tumores glômicos e também a sensibilidade dos glômus normais sejam devidas às fibras mielínicas do sistema cérebro-espinal. As reflexas contrácteis seriam dolorosas nos tumores, enquanto que no glômus normal seriam apenas uma advertência, não consciente a regular o seu mecanismo.

As experiências de GRANT, BLAND e CLARK mostraram que as anastomoses glômicas tinham a propriedade de se fechar e abrir alternada e rítmicamente e sem sincronismo com o pulso arterial. As contracções são bruscas. Êste mecanismo de oclusão e dilatação seria de grande importância na regulação da passagem

do sangue através dos capilares ou directamente para as veias. Devem ainda os glómus intervir na termo-regulação local e geral e também, possivelmente, na pressão sangüínea tanto local como geral e, finalmente, sôbre as funções sensoriais.

Feita esta curta resenha sôbre a importância dos glómus arteriais e sôbre os seus tumores, passaremos a descrever os cinco casos pessoais, todos operados já, e confirmado o diagnóstico clínico pelo exame histológico. Não damos as cinco histórias clínicas completas, porque a sintomatologia é, por assim dizer, quasi sempre a mesma. Daremos apenas, mais pormenorizadamente, a história dos três primeiros casos que oferecem algumas particularidades de interesse.

O primeiro doente que observámos e em que fizemos o dia-

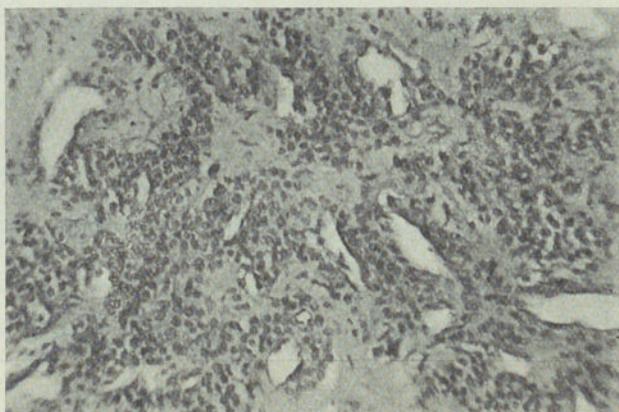


Fig. 9

Caso 4. Aspecto angiomatoso. Numerosos vasos muito largos circunscritos por células epitelióides

gnóstico de tumor glómico subungueal era um caso dos mais típicos. Foi-nos enviado de Coimbra, em 1934, pelo Prof. BISSAYA BARRETO, a quem mais uma vez agradecemos.

Luiz Carlos da F., de 44 anos de idade, casado. Coimbra. Doente do Prof. BISSAYA BARRETO. 1.^a observação em 17 de Março de 1934.

De há uns dez anos, dores no quarto dedo da mão esquerda.

Dores de tipo causálgico, que às vezes, quando mais intensas, irradiam para todo o membro superior. A intensidade das dores tem vindo a acentuar-se pouco a pouco, e hoje é tal o sofrimento que está resolvido a deixar



fazer a amputação da mão, se tanto fôr preciso. Com o tempo frio as crises dolorosas aumentam. Melhora com água quente e também quando aperta fortemente a raiz do dedo com uma ligadura. Chegam mesmo por vezes a desaparecer as dores. A pressão, por leve que seja, no canto interno da unha junto à raiz (bôrdo cubital da falange distal) produz uma dor intensíssima.

Há nesta região uma ligeira tumefacção mole. A unha está mais encurvada tanto no sentido ântero posterior como no transversal, muito mole e depressível na sua metade cubital. Deprime-se muito facilmente, mas à custa de dores violentísimas, que fazem gritar o doente. Existe uma mancha esbranquiçada extensa no sentido longitudinal. Não há mancha equimótica. Diz o doente que em certas ocasiões a unha ainda fica muito mais

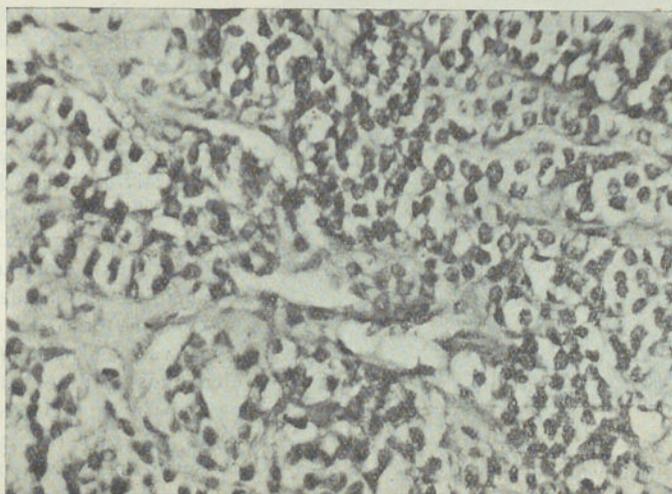


Fig. 10

Caso 4. Finas trabéculas colagêneas constituindo pontes entre os vários elementos epitelióides

mole, «como se fôsse manteiga». Pele da mão esquerda mais fina do que a da mão direita (possivelmente por quási não se servir dessa mão).

Mão fria, chegando às vezes a fazer-se roxa com as temperaturas baixas, o que não acontece à direita.

Pulsos radiais normais e iguais, com boa amplitude. Sensibilidade objectiva normal. Não há, no momento do exame, cianose das extremidades. Nada mais ao exame neurológico.

7 de Janeiro de 1935.— Volta à nossa consulta, porque duvidava bastante, tanto do diagnóstico, como da cura, dado o insucesso dos vários tratamentos anteriores e a simplicidade da intervenção por nós proposta e em virtude, ainda, de várias opiniões discordantes sôbre a causa do seu mal e o caminho

terapêutico a seguir. Pouco há que acrescentar à observação anterior. Apenas a nota que segue:

Quando as dores eram menos intensas ou quasi desapareciam pelo uso da ligadura constrictiva, não deixava, porém, de as ter fortíssimas se batia, levemente que fôsse, na região da tumefacção mole que apontámos. Se tirava a ligadura a mão arrefecia tôda muito mais do que a outra. Pondo a ligadura, aumentava a temperatura da mão e diminuía a dor.

Operado pelo Prof. BISSAYA BARRETO.

As dores cessaram imediatamente a seguir à operação. Arrancada a unha, foi-lhe extirpado um tumor um pouco maior que um bago de arroz cozido, de coloração levemente rosada, em contraste com o aspecto do tecido celular subcutâneo. Estava incluso na derme e invadia o tecido adiposo sub-

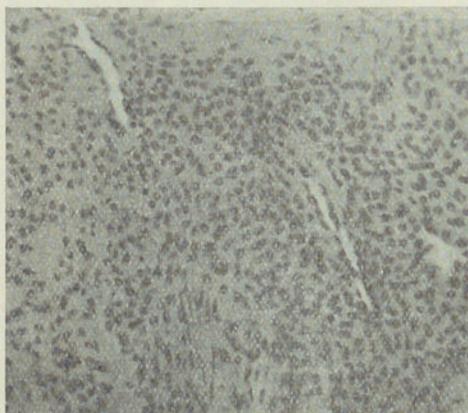


Fig. 11
Caso 5. Dois vasos de tipo glômico. Um deles englobado num denso campo de células epitelióides

Alguns feixes de fibras nervosas mielínicas e amielínicas. Em certas zonas a neoplasia sofreu degenerescência hialina. O aspecto corresponde exactamente à variedade paucivascular, epiteliomatosa (aquela em que predominam os elementos epitelióides) dos tumores glômicos de MASSON.

Maria da Assunção F., de 25 anos de idade, solteira. Carvalhal — Tôrres Vedras (doente do Prof. CANCELA DE ABREU). Observada pela primeira vez em 25 de Julho de 1934.

Começaram as dores em 1923. Há portanto onze anos. Começaram na unha do 5.º dedo da mão esquerda. A princípio só as sentia quando tocava na unha ou exercia sobre ela qualquer pressão, por pequena que fôsse. Um dia, ao esfregar a casa, entalou o dedo entre a escôva e a parede, sentindo uma dor violentíssima. Em 1928 as dores aumentaram de intensidade, mas ainda só quando tocava no dedo. Quando metia as mãos em água quente, tinha a im-

cutâneo. Era mais consistente que os tecidos vizinhos, bastante bem limitado e fácil de enuclear. Foi ruginado o ôsso da falangeta.

O exame histológico mostrou a existência de um tumor envolvido dentro de uma cápsula fibrosa, incluso na derme, tumor constituído essencialmente por numerosas células epitelióides dispostas em tôrno de alguns raros vasos sangüíneos. Os elementos epitelióides estão esparsos num tecido de aspecto reticular (fig. 2), circunscritos por vezes em ilhotas, dando ao conjunto um aspecto organóide, vagamente lobado.

pressão, muitas vezes, que as dores aumentavam de intensidade. Pouco a pouco passaram a ser espontâneas, sentia-as também em todo o dedo e irradiavam para o quarto dedo e para o antebraço e braço (nestes últimos eram menos violentas, como que picadas). Fez vários tratamentos (como, por exemplo, banhos quentes salgados, banhos de sulfurina, tomou brometos, etc). Tudo foi inútil, quando não prejudicial. Pediu ao médico, em Dezembro de 1933, que lhe cortasse o dedo.

As dores eram de tal violência, quando, por descuido, batia com a unha em qualquer objecto, que corria, gritava desesperada, pedindo que a aliviassem, que lhe cortassem o dedo. Tentava a água fria, que por vezes a aliviava, mas nessas ocasiões de intensas crises dolorosas, tudo era inútil. Começou a ter dores espontâneas mais violentas há uns quatro anos. De noite, para dor-

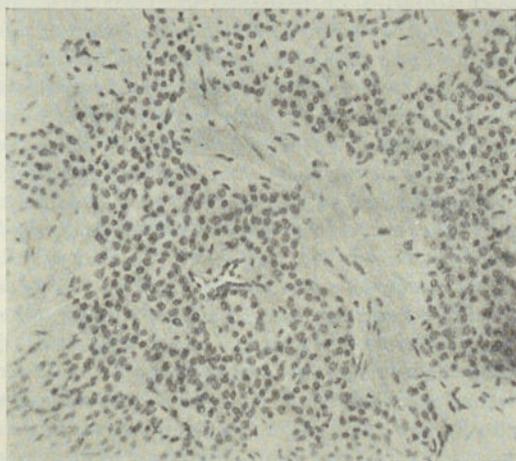


Fig. 12
Caso 5. Separando os dois campos de células epitelióides, septo contendo fibras nervosas

mir, procurava o fresco da parede ou metia mesmo as mãos em água fria (no verão). No inverno tinha a impressão — mas só quando as dores não eram muito fortes — que às vezes a água quente a aliviava. A umidade da água dava-lhe um certo bem-estar. Trazia sempre o 4.º e 5.º dedos flectidos, para os defender de qualquer contacto. As dores não tinham horário certo.

Quando as crises dolorosas eram mais fortes, transpirava muito da mão esquerda. Nunca notou que a mão se fizesse roxa ou arrefecesse mais que a outra, no inverno ou no tempo frio.

A unha do 5.º dedo da mão esquerda era muito mais encurvada no sentido transversal do que as outras e a doente notava, há bastante tempo, a meio dessa unha, uma mancha roxa.

Já em Lisboa, pensaram que se tratasse de nevralgias por compressão

produzida por costela cervical. O exame radiográfico não confirmou tal suspeita. Fizeram-lhe injeções anestésicas no cubital; sentiu apenas ligeiros alvíos passageiros. Vendo que tudo era inútil, tiraram-lhe, pela primeira vez, a unha em 17 de Abril de 1934, mas não extirparam o tumor. Alívios poucos, muito poucos, apenas uns dias.

Quando, em 25 de Julho, a observámos, no Hospital de Santa Marta, o exame objectivo mostrava apenas a unha do 5.º dedo irregular e ainda incompleta e imperfeitamente reconstituída. Uma pequena diferença de côr, de tom arroxeadado, quasi no meio da unha, um pouco mais perto do bordo radial. A pele da mão muito mais fina e macia que a da direita. Tanto a mão, como o antebraço e o braço atrofiados em relação ao lado direito (certamente pelo pouco ou quasi nada que dêles se servia).

Sudação abundante de tôda a mão e, ainda que menor, do antebraço esquerdo. Qualquer tentativa de palpação local era impossível, pelas dores fortíssimas que provocava. Em Julho de 1934, operada em Santa Marta (Dr. ALMEIDA LIMA). Fez-se um pequeno retalho cutâneo na face dorsal da falange ungueal. Retalho rectangular com uma incisão transversal, uns dois milímetros abaixo da base da unha, incisão que abrange tôda na largura da falangeta. A partir dos extremos dessa incisão, duas outras perpendiculares, até às pregas cutâneas de flexão da articulação da falanginha com a falangeta. Rebatido o retalho, levanta-se a unha sem lesão da madre ungueal. A vantagem dêste processo consiste na exposição larga da região subungueal, permitindo conservar a madre, o que muito melhora o resultado estético. O largo retalho é vantajoso para bem avaliar os limites do tumor, que foi extirpado totalmente e ruginada a superfície óssea sôbre que assenta.

Encontrou-se realmente um pequeno tumor subungueal junto do bôrdo radial da unha, de côr levemente vinosa, mais mole que os tecidos circunvizinhos. Estendia-se para baixo até ao ôsso, onde cavava uma pequena depressão. O fundo da cavidade que ficou, depois de extirpada a neoplasia, sangrava muito mais abundantemente que os tecidos vizinhos. No dia immediato as dores desapareceram e nunca mais voltaram, até ao dia de hoje. Cicatrização sem incidentes e perfeita reconstituição da unha.

O tumor é envolvido por uma cápsula e está também, como no caso 1, englobado na derme, estendendo-se para a hipoderme. É mais ricamente vascularizado que o do primeiro caso, sem todavia apresentar carácter angiomaso. Predominam os elementos epitelióides, que se dispõem imediatamente por fora do endotélio vascular. Em alguns vasos, entre o endotélio e os elementos epitelióides, vêem-se algumas, poucas, camadas de células ligeiramente mais alongadas, com carácter epitelial menos marcado (células miofibrilares de MASSON?). Mais numerosos os feixes nervosos mielínicos e amielínicos do que no caso 1 (figs. 3, 4, 5 e 6). Zonas de degenerescência hialina esparsas no interior da neoplasia. Nessas zonas, e mesmo fora delas, pequenas concreções fortemente cromófilas, que correspondem certamente a pequenas calcificações.

Duartina F., de 37 anos de idade, casada. Lisboa. Doente enviada pelo Dr. SACADURA BOTTE. 5-VIII-1935.

Há oito anos, dores no dedo mínimo da mão esquerda, de tipo causálgico. Ultimamente, irradiação para o quarto dedo e mesmo para tôda a mão e para o antebraço e braço. O ponto de maior dor é no bôrdo radial da falangeta do dedo mínimo, *extra ungueal*, já perto da entrelinha articular. Há uma certa cianose e quando, ao de leve que seja, se toca na pele do dedo, não só se provoca dor, como se produz uma esquemia grande, que depois, passado um certo tempo, dá lugar a uma coloração mais intensa do que a das regiões circunvizinhas, como acontece, por exemplo, nos pequenos angiomas subcutâneos. A doente diz que, por vezes, vê mesmo uma mancha roxa e uma ligeira tumefacção. Não se pôde tocar no dedo. Qualquer pequeno contacto (um papel, uma gota de água) provoca uma dor violentíssima, como um forte choque eléctrico. Às vezes tinha a impressão de que as dores eram síncronas com o pulso, tendendo a irradiar para todo o braço.

Operada em 10-VIII-1935 (Dr. SACADURA BOTTE). Extirpação de um pequeno tumor do tamanho de um bago de arroz, de côr esbranquiçada, em contraste com a côr do tecido celular subcutâneo.

Diagnóstico histológico.— Tumor glômico. Nada há, por assim dizer, que acrescentar às descrições feitas a-propósito dos dois primitivos casos. O aspecto do tumor ainda é talvez mais típico. Variedade paucivascular, epiteliomatosa (MASSON).

Depois de operada nunca mais teve dores, a não ser, durante poucos dias após a intervenção, as da ferida operatória.

A-propósito dos dois últimos casos, queremos apenas referir que no 4.º caso se tratava de uma mulher (caso enviado pelo Prof. CANCELA DE ABREU). O tumor era subungueal e do 3.º dedo da mão esquerda. Sofria de dores de tipo causálgico já há vários anos. Não se lembrava de ter dado qualquer pancada mais forte nesse dedo. Havia uma pequena mancha equimótica a meio da unha. Operada (Dr. ALMEIDA LIMA). Extirpação do tumor. Curada. O tumor (figs. 8, 9 e 10), também encapsulado, tinha um aspecto que mais se aproximava da variedade angiomatosa (MASSON).

No 5.º e último caso (enviado pelo colega ROMÃO LOFF), tratava-se de um homem com um tumor do 5.º dedo da mão direita. Subungueal. Dores também havia já uns anos. Teve que deixar de fazer uso desse dedo para escrever à máquina, porque qualquer pequeno abalo ao tocar, de leve que fôsse, na tecla, provocava uma dor muito intensa. Operado (Dr. ALMEIDA LIMA). Extirpação do tumor, ôsso ruginado. Exame histológico: tumor glômico (Figs. 11 e 12).

Reünimos cinco casos de tumor glômico, todos êles operados e confirmados histologicamente. São estes, cremos, os primeiros casos diagnosticados e estudados entre nós (1). Três dos doentes

(1) Em 29 de Maio de 1936 o Prof. FRANCISCO GENTIL operou uma doente a que aludiu a-propósito da comunicação que fizemos dos nossos cinco casos na Sociedade de Ciências Médicas (Sessão de 8 de Julho de 1936). Êsse caso

eram do sexo feminino. (MASSON e outros autores pretendem que os tumores glómicos são mais freqüentes na mulher). Todos os tumores eram da mão. Dêses cinco tumores, quatro eram da região subungueal e apenas um tinha outra localização (na falangeta do 5.º dedo, junto à entrelinha articular). Em nenhum dos casos se averiguava qualquer traumatismo local anterior. Em todos os doentes havia, de longa data, crises dolorosas intensísimas, de tipo causálgico, crises que começavam por ser locais, para pouco a pouco irradiarem para tôda a mão, para o antebraço e mesmo para o braço. Perturbações vasomotoras mais ou menos acentuadas em todos os doentes e em dois dêles perturbações da secreção sudoral.

Todos os doentes, após a intervenção e passado um período de algumas horas em que as dores se intensificavam a seguir à operação, deixaram de ter dores e conservam-se bem até à data de hoje.

Em todos os casos de síndromas dolorosos das extremidades, especialmente da mão, e mais particularmente quando o ponto de partida das dores tenha sido ou seja a região subungueal ou a extremidade dos dedos, deve pensar-se na possibilidade de um tumor glómico de MASSON. Deve em tal caso fazer-se a extirpação total do tumor, tendo o cuidado de ruginar o ôsso subjacente. Não devem fazer-se alcoolizações dos troncos nervosos regionais, como aliás já tem sido tentado, porquanto tal intervenção pode ser de conseqüências graves, produzindo-se, por vezes, gangrena do dedo, que exige amputação. Todo e qualquer outro tratamento é inútil (1).

BIBLIOGRAFIA

- ADAIR, F. E. — Glomus tumor; clinical study with report of 10 cases. *Am. J. Surg.* 25. 1. 1934.
- ADAIR, F. E., PACK, G. F. et NICHOLSON, M. E. — Mélanomes sous-unguéaux et leur diagnostic différentiel; à propos de quatre cas. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du Cancer.* 19. 549. 1930.

do Prof. FRANCISCO GENTIL ficou registado na *Imprensa Médica*, ano II, n.º 13, pág. 272, 10 de Julho de 1936.

(1) A todos os colegas que nos enviaram os casos para observação e aos que se incumbiram da parte cirúrgica, mais uma vez os nossos agradecimentos.

- ANDRÉ-THOMAS. — Tumeurs comparables à des tumeurs glomiques développées dans les muscles de la cuisse à la suite d'un traumatisme. *Ann. d'Anat. Path.* **10**. 658. 1933.
- AUDRY, M. C. — Nodule sous-cutané à structure de nævus artériel léiomyomateux. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* **38**. 222. 1931.
- BARRÉ, J. A. — Troubles sympathiques étendus et violents du membre supérieur par tumeur de la dernière phalange du médius. Guérison. Congrès des alienistes et neurologistes. Strasbourg, août 1920.
- Sur certaines sympathalgies de la périphérie des membres. Leur traitement chirurgical simple. *Paris Médical*. 7 octobre 1922.
- BARRÉ, J. A. et MASSON, P. — Étude anatomo-clinique de certaines tumeurs sous-unguéales douloureuses (tumeurs du glomus neuro-myo-artériel des extrémités). *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* **31**. R. S., 148. 1934.
- BONNARD, CHENUT et DE GRAILLEY. — Sur un cas de tumeur glomique d'un doigt de la main. Société Anat. Clin. de Bordeaux. 1934.
- BONNARD, DE GRAILLEY et BONNARD, H. — Les tumeurs glomiques. *Gazette hebdomadaire de médecine de Bordeaux*. **1**. 1934.
- BONNARD, DE GRAILLEY et NARD. — Tumeur glomique. Soc. Anat. Clin. de Bordeaux. 1934.
- BONNET, P. — Tumeur sous-unguéale douloureuse; tumeur du glomus neuro-myo-artériel. *Lyon Chir.* **24**. 718. 1927.
- BOURCERET, P. — Circulations locales, 1^{re} partie. La main. Paris. 1885.
- BRUCKE. — Anatomische Beschreibung des menschlichen Augapfels (citado de P. Masson). Berlin. 1847.
- BUZZI. — Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der Sakrococcygial Gegend. *Virch. Arch.* **18**. 9. 1887.
- CARSTENSEN, J. — Ueber subunguale Tumoren. *Arch. f. Klin. Chir.* **144**. 409. 1927.
- CHANDELUX, A. — Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux. *Arch. de physiol. norm. et pathol.* **9**. 639. 1882.
- CLARA, M. — Die arterio-venösen Anastomosen der Vögel und Säugetiere. *Erg. der Anat. und Entwickl.* **27**. 246. 1927.
- CLARK, E. R. and CLARK, E. L. — Observations on living arterio-venous anastomoses as seen in transparent chambers introduced into the rabbit's ear. *Am. J. Anat.* **54**. 229. 1934.
- The nerv formation of arterio-venous anastomoses in the rabbit's ear. *Am. J. Anat.* **55**. 407. 1934.
- COSTA, A. J. — Tumor of neuro-myo-arterial glomus in left index finger; anatomicopathologic and histologic study. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*. **16**. 1514. 1932 (citado de P. Masson).
- COSTA, A. J., LASCANO GONZALEZ, J. M. y LASCANO GONZALEZ, J. C. — Nomenclature of glomal tumors. *Rev. Assoc. Med. Argent.* **48**. 350. 1934 (citado de P. Masson).
- DEBIERRE, CH. et GÉRARD, G. — Sur les anastomoses directes entre une grosse artère et une grosse veine par l'intermédiaire d'un vaisseau transversal d'un calibre beaucoup plus fort que les calibres des capillaires ou des

- vaisseaux dits de Sucquet. *Compt. rend. des séances de la Soc. de Biol.* **10.** 1895.
- DUPONT, A. — Aspects atypiques des tumeurs glomiques. *Rev. Belge Sc. Méd.* **3.** 624. 1931.
- Note sur quelques aspects atypiques des tumeurs glomiques. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* N.º 7. 1260. Julho de 1935.
- FERNANDEZ, A. A. y MONSERRAT, J. L. E. — Painful nodular growths of ear; glomus tumors or angioneuro-myoma; clinical and histologic study, with case report. *Sem. Méd.* **2.** 1693. 1931.
- GRANT, R. T. — Observations on direct communications between arteries and veins in the Rabbit's ear. *Heart.* **15.** 281. 1930.
- GRANT, R. T. and BLAND, E. F. — Observations on arteriovenous anastomoses in human skin and in the bird's foot with special reference to the reaction to cold. *Heart.* **15.** 385. 1930.
- GREIG, D. M. — Subcutaneous glomal tumours; painful subcutaneous nodule. *Edinburgh. M. J.* **35.** 565. 1928.
- GROSSER, O. — Ueber arterio-venöse Anastomosen an den Extremitätenenden beim Menschen und den Krallentragenden Säugethieren. *Arch. f. Mikr. Anat.* **60.** 191. 1902.
- HAGIETANU, M. — Tumeurs glomiques douloureuses de la cuisse, 2 cas. *Spi-talul.* **54.** 114. 1934.
- HOPF, M. — Ueber Tumoren des neuromyoarteriellen Glomus (Masson). *Frankfurt. Ztschr. f. Path.* **40.** 387. 1930.
- IANICHEWSKI, A. et LEBEL, M. — Une variété de Neuralgie; la sympathalgie due à une tumeur glomique. *Presse Méd.* **36.** 116. 1928.
- JAUREGUL, P. y MONSERRAT, J. L. — Painful glomic tumor of left thigh case. *Hosp. Argent.* **4.** 31. 1933 (citado de P. Masson).
- Histology and clinical modality of glomic tumor. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires.* **16.** 1545. 1932 (citado de P. Masson).
- KEASBEY, L. E. — Tumors of glomus. *Internat. J. Med. and Surg.* **46.** 431. 1933.
- KOLACZEK, J. — Ein Myxosarcoma perivascularare der Steizgegend. *Arc. f. Klin. Chir.* **18.** 342. 1875.
- Ueber das Angio-Sarkom. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* **9.** 1, 165. 1878.
- KRASKE, P. — Ueber subunguale Geschwülste. *Muenchen. Med. Wchnschr.* **34.** 889. 1887.
- KROMPECHER, S. — Histologische und entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen ueber das Glomus coccygeum des Menschen. *Verhandl. d. Anat. Gesellsch.* **41.** 176. 1932.
- LEWIS, DEAN and GESCHICKTER, CHARLES F. — Glomus tumors (arterial angioneuromyoma of Masson). *The Journal of the Amer. Med. Association.* **105.** N.º 10. 775. 7 de Set. 1935.
- LORTAT-JACOB, L. et BROUSSE, T. — Tumeur sous-unguéale violacée et douloureuse avec causalgie du membre supérieur (glomus tumoral neuromyo-artériel). *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* **35.** 303. 1928.
- LOUTCHITCH, M. — Tumeurs sous-unguéales douloureuses (angio-myo-neuromes artériels): tumeurs glomiques. *Thèse de Lyon.* 1927.

- MARTIN, J. F. et DECHAUME, J. — Les tumeurs glomiques. *Ann. d'Anat. Path. Méd.-Chir.* **2**. 239. 1925.
- MASON, M. J. L. and WEIL, A. — Tumor of a subcutaneous glomus. *Surg. Gynec. and Obst.* **58**. 807. 1934.
- MASSON, P. — Le glomus neuro-myo-artériel des régions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chirurgical.* **21**. 257. 1924.
- Étude sur les glomus. *Archivio per le Scienze Mediche.* **50**. 47. 1927.
- Les glomus cutanés de l'homme. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* N.º 7. 1174. Julho de 1935.
- MASSON, P. et GÉRY, L. — Les tumeurs glomiques sous-cutanées. *Ann. d'Anat. Path.* **4**. 153. 1927.
- MONSERRAT, J. L. y GALVEZ, I. — Painful glomic tumor of thigh case. *Hosp. Argent.* **4**. 354. 1934 (citado de P. Masson).
- NICOD, J. L. — Le glomus neuro-myo artériel sous-cutané et ses tumeurs. *Schweiz. Med. Wchnschr.* **8**. 1177. 1927.
- PAULIAN, D. STEFAN-PCPESCU et MARINESCO-SLATINA, D. — Tumeur glomique sous-unguëale suivie d'hémie-hyperthermie et guérison complète après l'ablation chirurgicale. *Ann. d'Anat. Path.* **10**. 271. 1933.
- PICARD, H. — Ueber seltene Tumoren am Nagelbett (Neuromyoarterielle Glomustumoren). *Zentralbl. f. Chir.* **58**. 2133. 1931.
- POPOFF N. W. — The digital vascular system. *Arch. of Path.* **18**. 295. 1934.
- Recherches sur l'histologie des anastomoses artérioveineuses des extrémités et sur leur rôle en pathologie vasculaire. *Bull. d'Hist. appl.* **12**. 156. 1935.
- PRIETO, J. GAY. — Contribution à l'étude des terminaisons nerveuses dans les tumeurs glomiques de P. Masson. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* N.º 7. 1254. Julho 1935.
- PRODANOFF, A. — Sur la localisation des tumeurs glomiques. *Ann. d'Anat. Path.* **4**. 147. 1927.
- SAWADA, H. — Subcutaneous cavernous angiomyofibroma. *Acta Dermatol.* **16**. 568. 1930.
- SCHAARE, UDO — Zur Frage der Massonschen Neuromyoangiome der Haut. *Dissertação inaugural.* Göttingen. 1933.
- SHOUT — Tumors of the neuromyarterial gl'omus. *Am. J. of Cancer.* **25**. N.º 2. 253.
- SCHUMACHER, S. VON. — Ueber das glomus coccygeum des Menschen und die Glomeruli caudales der Säugetiere. *Arch. f. Mikroskop. Anat.* **71**. 1507.
- Arterio venöse Anastomosen in den Zehen der Vögel. *Arch. of Mikroskop. Anat.* **87**. 1915.
- STÜHR, J.^{OR}, PH. — Observations anatomiques sur l'innervation des vaisseaux sanguins. *Bull. de l'Ass. Franç. de Dermat. et Syph.* N.º 7. 1165. Julho 1935.
- STRATMANN, A — Unusual tumors in nail bed neuromyoarterial glomus tumor arterial angioneuromyoma). *Dermat. Ztschr.* **67**. 129. 1933.
- SUCQUET, J. P. D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme. Paris, 1862.
- VASTARINI-CRESI, G. — Comunicazioni dirette tra le arterie e le vene (anas-

tomosi artero-venose) nell uomo e nei mammiferi. Studio anatomo-istologico. Napoli. 1903

VINCENT, J. — Des tumeurs sous-unguéales douloureuses. *Thèse de Lyon*. 1900.

WEGELIN. — Verhandlungen des medizinischen Bezirksvereins Bern. *Schweiz. Med. Wschr.* N.º 37. 1927.

WEISSENBACH, LÉVY-FRANCKEL et CAILLIAU. — Note sur les éléments amyéliniques péri et intravasculaires du derme et de l'hypoderme. *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et Syph.* N.º 7. 1245. Julho 1935.

A RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

POR

ARMANDO LUZES
Cirurgião dos hospitais

Este método consiste em destruir, sob endoscopia, os tecidos que fazem saliência ao nível do colo vesical e da uretra prostática e que dificultam ou tornam impossível a micção.

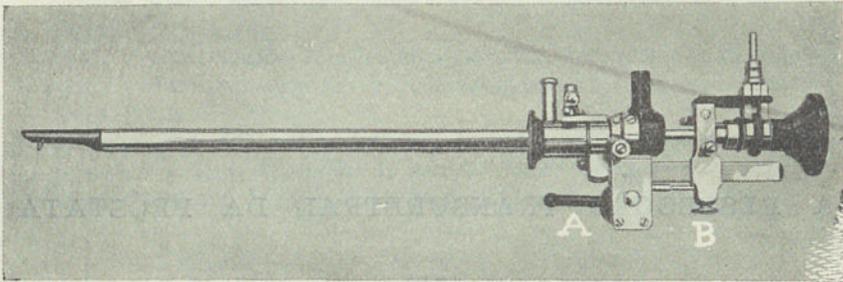
Vem de longe a ideia de actuar nestas doenças pela via uretral.

É assim que em 1834 se faziam cortes do colo com uma lâmina fixada numa algália. Depois vários urologistas procuraram, por aperfeiçoamentos sucessivos, transformar esta operação, feita por assim dizer às cegas, numa intervenção regrada, sob o *contrôle* da vista, graças aos progressos da endoscopia.

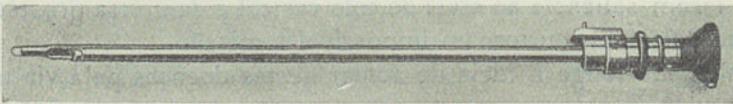
Ficava porém o perigo das hemorragias, por serem grandes as dificuldades em fazer a hemostase da ferida operatória, e por este motivo o método foi abandonado, principalmente na Europa.

Nos Estados-Unidos, verdadeira pátria da ressecção transuretral da próstata, os urologistas e fabricantes de instrumentos cirúrgicos não descansaram sob estes resultados e foram trabalhando em novos aperfeiçoamentos.

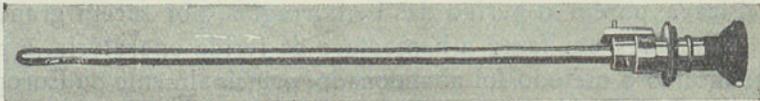
Finalmente a diatermo-coagulação, o grande poder de secção dos aparelhos de alta frequência, veio resolver o problema, e o novo modelo de uretroscópio de Stern Mac-Carthy, construído por WAPPLER, é realmente a última palavra no assunto. Visitámos, em Nova-York, a fábrica «American Cystoscop Makers Inc», de que FREDERICK WAPPLER é o presidente e aí tivemos ocasião de admirar as maravilhas construídas por este valioso auxiliar dos engenhosos urologistas americanos.



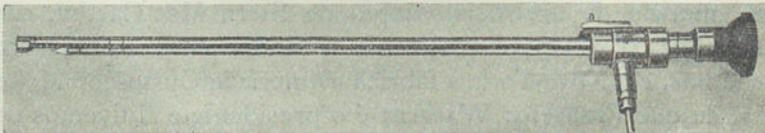
O novo Stern Mac-Carthy



Optica de visão foroblique



Optica de visão em ângulo recto



Optica de visão retrograda

*

* *

A doença sôbre cujo tratamento vamos bordar as nossas considerações, era antigamente designada «hipertrofia da próstata» e os seus portadores «prostáticos»; quando a sintomatologia apparecia, mas sem aumento da glândula, os doentes designavam-se «prostáticos sem próstata».

Trabalhos de anatomia patológica de todos bem conhecidos vieram demonstrar que as designações usadas eram errôneas; no entanto o uso consagrou-as. Portanto, a expressão «hipertrofia prostática» encerra um êrro de anatomia patológica, mas os urologistas (e nós incluímo-nos nesse número) continuaram a empregá-la por comodidade, visto que permite agrupar um conjunto de lesões cuja distinção clínica é delicada e por vezes mesmo impossível de se fazer; só não conservaremos neste trabalho a designação de «prostáticos sem próstata», que substituiremos por disectasias do colo (LEGUEU).

Dividimos o assunto, por comodidade, em três categorias: grandes hipertrofias da próstata, pequenas hipertrofias da mesma glândula e disectasias do colo vesical.

O problema do tratamento dêstes doentes tem sido assunto da profunda atenção e preocupação dos urologistas de todos os tempos e últimamente tem evolucionado bastante.

Quando nós começámos a trabalhar na urologia, a prostactomia transvesical de FREYER imperava. Era a solução preconizada para todos os doentes que tinham regulares condições gerais. Aos outros, os mais gastos, àqueles a quem a poeira da estrada da vida mais tinha feito sentir os seus efeitos maléficos, aconselhava-se-lhes a ficar escravos da algália. Nesses tempos da nossa iniciação as intervenções transuretrais sôbre o colo vesical tinham sido abandonadas.

Seguimos a orientação da época e assim fomos fazendo prostactomias transvesicais, em que conseguimos, durante alguns anos, 100% de curas. Estes esplêndidos resultados attribuimo-los a uma escolha muito cuidadosa dos doentes a quem aconselhávamos a intervenção, a uma boa preparação pré-operatória e a uma assistência post-operatória rigorosíssima. Mas mais tarde vem o primeiro caso de morte: a série boa terminara; mas nos muitos

doentes que curámos com a prostatectomia, vimo-los passar dias de um sofrimento atroz e em que a vida corria sério risco e, embora tivéssemos depois a alegria de os vermos curados, passámos, primeiro, dias de horrível incerteza. E hoje os cirurgiões urologistas mais velhos do que nós, ferverosos defensores da prostatectomia, não podem, no entanto, deixar de reconhecer que a operação de FREYER é uma intervenção grave.

Os inconvenientes que vimos na prostatectomia levaram-nos a começar a praticar, em 1932, as nossas primeiras electro-coagulações do colo vesical. Nos primeiros tempos preconizámos a electrotomia transuretral para as disectasias do colo e a prostatectomia para as hipertrofias. Depois, pouco a pouco, fomos estendendo as indicações da electrotomia à medida que íamos tendo material mais perfeito e víamos os óptimos resultados que obtínhamos. Antes da nossa viagem aos Estados-Unidos da América do Norte fazíamos a ressecção nas disectasias do colo e nas pequenas hipertrofias. Depois do que vimos, alargámos as indicações aos grandes tumores.

Com a nossa prática de cinco anos desta operação, com o que temos visto na Europa e agora nos Estados-Unidos da América do Norte, pensamos poder fazer algumas considerações que interessem um pouco aqueles que se derem ao trabalho de nos lerem.

Os sucessivos aperfeiçoamentos da aparelhagem e da técnica dos cirurgiões têm alargado as indicações da intervenção e melhorado os seus resultados. Esta, é por excelência, a operação para que é indispensável uma esplêndida aparelhagem e um urologista com larga prática de uretroscopia posterior. É porém, de facto, intervenção difícil e trabalhosa.

Como aparelhagem é indispensável possuir um bisturi eléctrico dos mais poderosos e um uretrocistoscópio com todos os últimos aperfeiçoamentos, para se obterem bons resultados. Muitos construtores europeus fabricam uns pequenos aparelhos de diatermia, que dizem ser destinados aos urologistas e que são absolutamente insuficientes, visto que não têm forte poder de secção debaixo de água.

Como uretrocistoscópio há vários modelos, em que muitos são frágeis, em que as ansas se fundem freqüentemente, em que as ópticas são incompletas, pois que dão apenas a visão forobli-

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FORMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbone: «Nestogéno» contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura, no «Nestogéno», a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

ANALISE:

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

INDICAÇÕES:

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

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa—“Emprego de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932.
R. Gireaux:—Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

Eledon - NESTLÉ

LEITE MEIO GORDO EM PÓ ACIDIFICADO

ANÁLISE:

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

100 grs. de Eledon fornecem 414 calorias

INDICAÇÕES

O ELEDON tem todas as indicações do babeurre.

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

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

VANTAGENS

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

LITERATURA

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa):—«Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon».

Langstein:—«Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig:—«De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein:—«Le babeurre en poudre «Eledon».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro de 1932.

O ELEDON É UM PRODUTO PORTUGUEZ

FABRICADO PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

CONCESSIONÁRIA EXCLUSIVA DA NESTLÉ

LISBOA

AVANCA

PORTO

que. São muito importantes as ópticas de visão retrógrada, que nos permitem ter, no início, uma visão perfeita do obstáculo, e depois, no decorrer da intervenção, fazer uma justa apreciação do trabalho realizado pouco a pouco. As ópticas de visão em ângulo recto têm um grande campo e são também úteis, mas no entanto de menor valor que as de visão retrógrada. Depois do urologista possuir bom material, preparação geral e prática da intervenção e ainda de ter visto trabalhar os especialistas americanos, pôde fazer uma ideia do grande valor da ressecção transuretral da próstata.

Muitos, que a têm tentado, possuem a seu respeito uma ideia errada, por falta de um dos factores que nós consideramos indispensáveis.

Nos Estados-Unidos da América do Norte vimos realizar esta intervenção: G. J. THOMPSON e J. L. EMMETT, em Rochester (Minnesota); ALCOCK e os seus assistentes HARRY P. LEE e R. H. FLOCKS, em Iowa City; KRETSCHMER e HERBST, em Chicago, e VEST, assistente de YOUNG, em Baltimore.

THOMPSON e EMMETT trabalham segundo o método de BRASCH BUMPUS, com aparelhos de visão directa. Todos os outros cirurgiões trabalham com o «Stern Mac-Carthy Prostatic electro-tome».

Na Mayo Clinic, como por todos os serviços que visitámos na América, a ressecção transuretral da próstata destronou a prostatectomia e é praticada em larga escala. A lista das operações, que é publicada diariamente, traz, na parte superior, os nomes dos cirurgiões efectivos da Mayo Clinic por especialidades. Nesta lista se lê: «Transurethral Surgery», Dr. G. J. THOMPSON, Dr. J. L. EMMETT, Dr. E. N. COOK. São urologistas com uma prática enorme desta cirurgia, pois que é banal fazerem quatro a cinco ressecções transuretrais da próstata no mesmo dia. Julgamos que farão quasi exclusivamente esta cirurgia. Vimos operar um doente que tinha um apêrto intransponível da uretra, a que HUGT CABOT veio fazer uma uretrotomia perineal, pela qual introduziu o uretrocistoscópio até à bexiga; logo que o aparelho ficou introduzido, cedeu o lugar a THOMPSON, que fêz a ressecção transuretral da próstata. É a divisão do trabalho com o máximo de especialização. O aparelho com que vimos THOMPSON e EMMETT trabalhar é de todos o mais simples, mas carece duma preparação diferente

daquela que tem a quasi totalidade dos urologistas europeus. Adquirimos este aparelho, embora o seu funcionamento não nos seja familiar, porque achamos que elle também nos pode ser útil. É constituído essencialmente por um tubo metálico fechado, na sua extremidade proximal, por um vidro através do qual se observa o campo operatório; na extremidade distal está a lâmpada e um pouco atrás há uma abertura lateral. Por dentro deste tubo desliza um outro, não fenestrado, e cuja extremidade é cortante. Estabelecida uma corrente contínua de água sobre o campo operatório, o operador procura fazer entrar o tumor na abertura lateral do aparelho e guilhotina, com o cilindro cortante, a porção herniada. Vai-se repetindo esta manobra várias vezes e quando o tumor não tem volume sufficiente para entrar na abertura lateral o ajudante, por meio de toque rectal, empurra para cima a próstata, facilitando assim a parte terminal da tarefa do cirurgião. Por este processo os doentes sangram bastante; a hemóstase é feita no fim com um pequeno electrodo de BUGBEE. No decorrer da intervenção o vidro através do qual o operador vê, é frequentemente sujo de sangue, mas facilmente limpo por um jacto de água que o cirurgião comanda por intermédio de um pequeno parafuso, dispositivo que achamos muito interessante. Os pedaços do tumor que foram cortados saem, alguns, quando a extremidade do aparelho é destapada para efeitos de limpeza e os restantes são retirados por aspiração, com uma seringa especial. THOMPSON e EMMETT possuem uma prática enorme; têm tantos doentes para fazerem ressecções transuretrais da próstata, que seria para admirar não terem a dextreza e a rapidez que nêles observamos.

Todos os outros urologistas americanos que vimos trabalhar utilizam o aparelho Stern Mac-Carthy. Os europeus usam-no igualmente, mais ou menos modificado. É também este o sistema que empregamos há cinco anos.

É um uretrocistoscópio de irrigação contínua, composto de um tubo recto de bakelite, munido de duas torneiras na extremidade proximal, para a entrada e saída da água e terminando em bisel, na extremidade vesical. Por dentro deste tubo introduz-se o sistema óptico, a lâmpada e o electrodo. Um mandril metálico permite a introdução do tubo de bakelite até à bexiga. No sistema óptico, que é de uma nitidez e perfeição enormes, articulou

WAPPLER a lâmpada, o que permite reparar uma *pane* da iluminação sem retirar o uretrocistoscópio. O electrodo, que termina em ansa, é accionado por um manípulo que gira sobre uma cremalheira, disposição esta que permite deslocar a ansa do colo para o *verumontanun*, cortando verdadeiras fatias do adenoma. O último modelo tem um dispositivo que permite, quando se quere, que a óptica se solidarize com a ansa, acompanhando-a nos seus movimentos. Os aparelhos americanos possuem três ópticas, sendo duas de exame: a retrógrada e a de ângulo recto e uma operadora, a foroblique.

Como nós fazemos desde o início, vimos também em todos os serviços de urologia que visitámos nos Estados-Unidos: preparação pre-operatória cuidadosa, exame das funções renais, exame radiológico das vias urinárias, do aparelho circulatório e coagulabilidade sanguínea.

Nos Estados-Unidos usam muito nestes doentes o mandelato de amónio, embora reconheçam que os benefícios nestes casos são inferiores aos obtidos nas afecções colibacilares. Os doentes que têm boas condições gerais são operados depois dos exames a que acabo de me referir; os outros, os que estão infectados ou que têm uma azotemia elevada, são submetidos à algália permanente, dieta e restantes normas gerais, durante algum tempo.

Todos os urologistas americanos que visitámos praticam esta intervenção sob raquianestesia, que executam com várias técnicas assaz complicadas. Nós temos sempre operado os nossos doentes com anestesia epidural. Embora para outras intervenções façamos, muitas vezes, raquianestésias, neste caso, em que se trata quasi sempre de pessoas de idade bastante avançada, mesmo depois da nossa viagem aos Estados-Unidos, continuaremos a dar a preferência à anestesia epidural.

Entre todos os urologistas que vi praticarem a ressecção transuretral da próstata justo é destacar ALCOOK, professor de urologia da Universidade de Yowa City. A organização do seu serviço é primorosa, tanto sob o ponto de vista da preparação operatória como da documentação dos seus doentes. A técnica é impecável. Além da preparação vulgar, êste cirurgião preconiza em todos os doentes um exame radiográfico segundo a técnica do seu assistente, R. H. FLOCKS, e que consiste:

- 1.º — Radiografia simples da bexiga e próstata.
- 2.º — Cistografia ântero-posterior com a bexiga cheia dum soluto de iodeto de sódio a 3 0/0.
- 3.º e 4.º — Cistografia esteroscópica em posição oblíqua, enchendo a bexiga com ar.
- 5.º e 6.º — Retirar 30 cc. de ar e injectar na uretra, sôbre pressão, geleia lipiodolada, fazendo uma cistouretrografia esteroscópica em posição oblíqua.

Vimos lindas radiografias obtidas por êste processo, que faz parte da rotina seguida no serviço. Tem um real valor para o perfeito conhecimento da região sôbre que vamos actuar e pelo auxílio que fornece para o diagnóstico dos cancros da próstata. ALCOCK opera com uma destreza, uma perfeição e uma rapidez admiráveis. A sua prática é fantástica; nós vimo-lo operar dois, três e quatro casos em todos os dias que frequêntámos o seu serviço. No último dia, estando a numerar um dos casos operados, notámos que era o 2011. É sem dúvida uma grande estatística de ressecções transuretrais da próstata.

ALCOCK começa a intervenção por um exame minucioso do obstáculo, com o auxílio das três ópticas dos Stern Mac-Carthy. Depois ataca o tumor, fazendo várias secções, seguidas de immediata e cuidadosa hemóstase, de modo que os seus doentes praticamente não perdem sangue. A faina da destruição do tumor é interrompida várias vezes para observar com a óptica de visão retógrada os resultados já obtidos. Faz enormes ressecções, o que justifica bem a designação de ressecção transuretral da próstata dada a esta operação. Os pedaços de tumor saem da bexiga por aspiração. Esta é executada por um aspirador que julgamos ser modelo do Prof. ALCOCK. Se algum pedaço teimar em não sair, é extraído com o auxílio duma pinça apropriada.

Respeita sempre o esfíncter visical, deixando uma pequena virola no colo vesical, cortando mais fundo para aquém do esfíncter.

Quando o obstáculo está totalmente destruído, deixa, como todos, uma algália permanente. ALCOCK, como THOMPSON, emprega para estes casos umas algalias americanas, algalias de FOLEY, que têm um pequeno balão destinado a fazer a compressão da loca prostática.

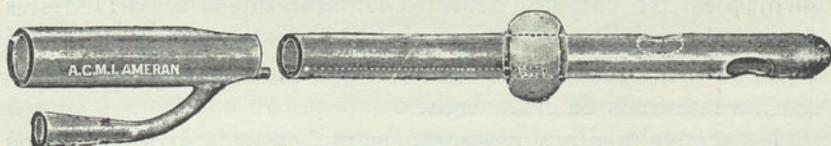
ALCOCK opera com uma rapidez e uma segurança enormes,

que lhe permitem ressecar grandes porções de tumor em pouco tempo; mas no entanto nem sempre faz as suas operações num só tempo. Quando vê que o acto operatório se prolonga demasiadamente, dá-o por terminado; prefere fazer duas a três sessões mais curtas que uma só muito prolongada.

KRETSCHMER, HERBST, de Chicago, e VEST, de Baltimore, seguem duma maneira geral, uma técnica semelhante à de ALCOCK. Há apenas pequenos detalhes pessoais.

No tratamento post-operatório a conduta varia bastante.

Assim, em Rochester, na Mayo Clinic e no serviço de ALCOCK, são usadas, quasi sempre, as algalias de FOLEY. KRETSCHMER usa uma algália sem balão, pela qual instala uma lavagem contínua,



Algália de FOLEY

gota a gota. Mantém uma vigilância muito rigorosa sobre a algália, levantando os doentes para uma cadeira o mais precocemente possível, por vezes no dia seguinte ao da intervenção. Estes doentes, com bastante frequência, fazem temperaturas elevadas a seguir à intervenção, o que obriga a mantê-los mais tempo de algália permanente; mas quando estão apiréticos, chegam a dar-lhes alta ao quarto dia. Visitámos, nos dias seguintes, os doentes que tínhamos visto operar e todos os outros que tinham sido operados antes da nossa chegada. Nunca vimos o menor acidente; todos os doentes se apresentavam em boas condições gerais e com urinas não hemáticas.

Sobre os resultados afastados, pelo que vimos nos Estados-Unidos, nada podemos dizer. Não tivemos ensejo de assistir à revisão de doentes. Portanto, neste ponto só podemos entrar em linha de conta com a nossa estatística. Embora nós já pratiquemos esta intervenção há cinco anos, os nossos casos não são tantos que nos permitam tirar conclusões de grande valor. No entanto, podemos fazer um certo número de afirmações que são interessantes. Na operação e respectivo período post-operatório não tivemos um único caso de morte. Todos os nossos doentes

ficaram a urinar espontaneamente, esvaziando completamente a bexiga ou com um resíduo insignificante, com excepção de um. Neste caso o adenoma tinha uma resistência grande e a bexiga ficou com um resíduo de 100 cc.; tratava-se de um doente em retenção completa e com um tumor volumoso.

Alguns dos doentes que operámos faleceram anos depois, com doenças absolutamente independentes daquela de que os tínhamos operado.

Temos sempre diligenciado colhêr informações post-operatórias dêstes nossos doentes e têmo-lo conseguido em todos os casos. Pode pensar-se que alguns dos nossos operados têm um post-operatório muito curto para que tenham valor as nossas afirmações. No entanto, devemos lembrar que a maioria dêstes doentes é constituída por homens de avançada idade e que não é muito fácil ter uma estatística com uma maioria de casos seguidos durante mais de cinco anos.

Indiscutivelmente a ressecção transuretral da próstata é uma operação benigna, a que podem ser sujeitos indivíduos com más condições gerais, depois de prévia preparação; é uma operação de resultados imediatos bons, por vezes mesmo brilhantes, pouco chocantes, em que os doentes quási nada sofrem. Tem uma mortalidade inferior à prostatectomia, embora sejam tratados por ela indivíduos em muito piores condições gerais.

É a operação que tem libertado da escravatura da algália os desgraçados que ninguém queria prostatectomizar. Indivíduos que durante quatro e cinco anos não conseguiam urinar espontaneamente, nem conseguiam encontrar um cirurgião que os quisesse prostatectomizar, têm a grande alegria de verem normalizadas as suas micções.

Quanto a nós, a ressecção transuretral da próstata só tem dois defeitos:

- 1.º — O de ser uma operação difficil, muito mais difficil que a prostatectomia.
- 2.º — O de não evitar a degenerescência maligna do adenoma.

Temos sempre, até hoje, praticado esta intervenção nas diastasias do colo e nos tumores benignos da próstata. Nunca a empregámos nos carcinomas, porque nos repugnou sempre deliberadamente extirpar parcialmente um tumor maligno, pois que iríamos apressar a sua evolução. Pois em vários serviços de uro-

logia que visitámos nos Estados-Unidos vimos fazer algumas ressecções por carcinoma da próstata. E não foi em pequeno número, pois que só numa sessão vimos operar três. Argumentam os nossos colegas americanos que os outros meios terapêuticos de que dispomos são ineficazes, que o meato hipogástrico dá, nestes doentes, um fim de vida desgraçado, ao passo que a ressecção, embora não os cure, dá-lhes facilidade nas micções, o que representa para elles um grande alívio.

A nossa prática de tratamento dos cancros da próstata tem-nos dado resultados bastante desoladores. As agulhas de rádio introduzidas na massa tumoral, a radioterapia, a prostatectomia, têm-nos dado resultados que nos levaram, nos últimos tempos, a optar pelo meato hipogástrico.

É um cancro de muito difícil diagnóstico no início e, por isso, estamos convencidos que só se curam aqueles que são extirpados com o diagnóstico de tumores benignos e de que depois os exames histológicos vêm mostrar a sua natureza maligna; são, portanto, adenomas degenerados.

Nos casos de carcinoma da próstata com retenção de urinas é realmente para pensar. Depois de expor à família dos doentes os resultados meramente paliativos da intervenção, é talvez uma hipótese a considerar.

Como dissemos no início, nós progressivamente temos vindo alargando as indicações da ressecção transuretral da próstata à custa das da prostatectomia. Marcaremos a nossa posição no momento actual dizendo:

1.^a — Prostatectomia para os tumores da próstata sobre cuja degenerescência maligna em início temos suspeitas.

2.^a — Prostatectomia para os tumores benignos da próstata acompanhados de volumosos cálculos vesicais.

3.^a — Ressecção transuretral da próstata para as disectasias do colo e para todos os outros tumores benignos da próstata não inclusos nas indicações 1.^a e 2.^a.

Nota. — Empregámos acima a frase «volumosos cálculos vesicais», designação esta muito vaga e que precisamos esclarecer. Neste caso consideramos volumosos os cálculos que pelo seu tamanho não possam ser expelidos pela uretra depois da ressecção transuretral da próstata.

Revista dos Jornais de Medicina

O mecanismo da acção da derifilina. (*Sur le mecanisme d'action de la deriphyline*), por OKIL MOUKHTAR ÜZDEN. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*. N.º 8. 1937.

A introdução da derifilina no arsenal terapêutico vem, finalmente, substituir, em alguns casos, a eufilina, sobretudo no sentido de evitar o abaixamento brusco da tensão arterial, que esta última droga produz com notável frequência. A clínica diária mostra a eficácia da derifilina nos casos da angina pectoris, na dispneia de Cheyne-Stokes, sem alteração apreciável do equilíbrio vascular, utilizando-se o produto por via intramuscular, ou mesmo intravenosa, associado a 20 c.c. de sôro isotónico.

O A. verificou que a injeccção intravenosa de derifilina produz, no homem, modificações circulatórias que não são idênticas em todos os casos, verificando que, em regra, após uma fase inicial de hipotonia, se segue uma elevação da tensão arterial, acompanhada dum aumento de diurese, que se mantém durante cêrca de três horas, para, no fim dêste periodo, a tensão arterial readquirir o seu nível inicial, desaparecendo o efeito da droga no fim de quatro horas. Paralelamente ao acréscimo de volume da urina, observa-se um aumento na descarga de cloretos e de ureia, esta última em proporção inferior.

A derifilina tem, além disso, um alto poder excitante do centro respiratório, actuando com vantagem no combate à dispneia, sobretudo no ritmo de Cheyne-Stokes e nos casos em que o centro respiratório sofre a intoxicação pela morfina ou seus derivados.

O A. dedicou a sua especial atenção ao estudo das variações da tensão arterial sob o efeito da derifilina, recorrendo aos animais de experiência, tendo observado que a droga tem sôbre os vasos não só uma acção central, mas também periférica, podendo nuns casos ser sinérgicas, noutros antagónicas, tendo o A. verificado tal facto com as suas experiências laboratoriais, supondo que a droga actua por intermédio do parassimpático.

Estudou, ao mesmo tempo, a acção da derifilina sôbre o coração, verificando que sob a influencia de doses moderadas não há modificação na frequência das contracções, dilatando-se os vasos coronários ao mesmo tempo que se prolonga o período sistólico, emquanto que a injeccção de doses elevadas acelera não só o ritmo cardíaco, encurtando simultâneamente a duração da sístole, como também produz o espasmo das coronárias.

O A. afirma, por último, que tudo leva a crer que a condutibilidade do

feixe aurículo-ventricular é influenciada benêficamente pela administração da derifilina.

BARREIROS SANTOS.

Abcesso subfrênico e a formação de fistula brônquica. (*Subphrenic abscess with bronchial fistula*), por JOHN STEELE. — *Annals of Surgery*. Vol. CV. N.º 4. 1937.

O acidente de rotura dum abcesso subfrênico, na árvore pulmonar, sucede com relativa freqüência, dando-se, segundo a estatística do A., numa percentagem de 11 % dos casos.

O período que decorre entre o início da infecção abdominal e o acidente pulmonar é muito variável, havendo um caso do A. em que esse espaço de tempo foi de nove dias e outro de dezóito semanas. A cifra de mortalidade, como é fácil de prever, é elevada, atingindo, na estatística do A., a taxa de 50 %, sobrevivendo a morte entre o 9.º e o 15.º dia.

Ao dar-se a perfuração do diafragma o pus pode colectar-se na cavidade pleural, formando-se um empiema, sendo para isso necessário que não haja aderências entre os dois folhetos da pleura, visto que, no caso contrário, dar-se-á a perfuração directa, e então faz-se a drenagem em pleno pulmão, não havendo a etapa pleural, como se verificou em dois casos do A., em que a invasão da cavidade pleural era tão discreta que nem radiológica nem clinicamente foi diagnosticado o empiema.

É bom lembrar que o acidente torácico, como complicação do abcesso subfrênico, pode dar-se sem perfuração do diafragma, por um mecanismo de propagação linfática, não se estabelecendo o quadro clínico agudo e violento que é tão característico na perfuração diafragmática.

O diagnóstico da fistula toraco-abdominal é, em grande parte, confirmado pelo estudo radiográfico, frisando o A. que muitas vezes se forma uma bôlha de gás, no espaço infradiafragmático, por penetração de ar através do tracto da fistula. Outras vezes é necessária a visualização por meio de óleo iodado, que aliás, nalguns casos, é imperfeita, porque o pus impede a passagem da substância oleosa.

O tratamento, como bem diz o A., é sobretudo profilático, devendo realizar-se a drenagem cirúrgica imediata, uma vez feito o diagnóstico de abcesso subfrênico, visto que, a-pesar-de estarem descritos casos de cura espontânea, esse facto é pouco freqüente e a cura do acidente torácico excepcional.

BARREIROS SANTOS.

A estenose laríngea na brucelose melitensis. (*Stenosis laringee de brucelosi melitense*), por E. GIUFFRIDA. — *Minerva Médica*. N.º 30. 1937

É já do nosso domínio o facto das vias aéreas serem, por vezes, alvo de graves agressões, no decorrer de algumas doenças infecciosas, como o tifo exantemático, a variola, a varicela, etc.

As lesões anátomo-patológicas podem ser variadas, predominando, nuns

casos, os fenómenos de pericondrite laríngea, e, noutros, os fenómenos inflamatórios da mucosa, acompanhados de edema, provocando a imobilização das cordas bucais, que se fixam dando lugar à completa obliteração das vias aéreas.

No tifo exantemático mostrou Linbomudroff que se dá a anquilose da articulação crico-aritnoideia, ficando as cordas bucais imobilizadas na linha mediana.

Se a agressão laríngea se dá, por vezes, posto-que raramente, no decorrer das doenças infecciosas acima indicadas, ainda mais excepcional é o seu aparecimento na febre de Malta, recordando o A. a estatística de Baserga, que em cerca de duas centenas de doentes encontrou unicamente seis casos com sintomas de lesões das vias aéreas, que aliás se resumiam à coriza. Há quem tenha pretendido apontar êste último sintoma e uma leve angina como sinais incipientes da febre de Malta, chegando Mühler e Traub a afirmar que tal facto é o sinal da entrada do germen no organismo, através da amígdala, mas o A. insurge-se com essa idea, afirmando que tais fenómenos não passam de coincidências.

As descrições da laringo-faringite-úlceronecrótica grave no decorrer da febre de Malta são raríssimas, destacando-se as de Fregoni e Malan, tendo interesse os três casos que o A. transcreve no seu trabalho, dois dos quais foram fatais.

É na verdade difficil interpretar a patogenia dessas lesões laríngeas, que tanto podem traduzir uma localização própria da infecção, como também ser consideradas a resultante da exaltação da virulência de germens piogéneos, perante a debilitação do organismo, provocada pela febre de Malta.

Malan afirma, com relativa segurança, que a grave faringo-laringite necrótica que observou, representava uma localização particular de micrococos, em parte favorecida pelas condições de menor resistência local, que se traduzia pela notável frequência com que o doente padecia de anginas.

Nos casos do A. não há elementos que levem a considerar a faringo-laringite como o «locus minor resistentiæ», chegando, num dos doentes, o quadro clínico da febre de Malta a iniciar-se por queixas faríngeas muito violentas.

O A. declara que não tem elementos seguros para poder definir claramente a patogenia desta agressão das vias aéreas; contudo, tem a impressão de que a infecção melitense dos seus casos foi caracterizada por uma especial tendência para as lesões faringo-laríngeas.

O estudo anátomo-patológico destas lesões mostra imagens semelhantes às que se têm descrito nas faringo-laringites das doenças infecciosas que já apontámos, podendo o processo atingir a mucosa ou o esqueleto ou simultaneamente ambos os tecidos, o que se traduz, clinicamente, por graus variados de estenose laríngea.

No que respeita ao prognóstico, afirma o A. que a agressão das vias aéreas deve ser sempre encarada como um índice de particular gravidade do processo infeccioso, independentemente da intensidade das lesões locais e que a própria traqueotomia é indicada como uma solução provisória, visto que, a pesar do êxito desta intervenção, o doente pode succumbir.

Um caso do A. e outro descrito por Gritti dão lugar a considerar o trata-

mento profilático como o único meio de, com relativas probabilidades, combater esta complicação, aconselhando o A. a máxima precocidade na aplicação da terapêutica específica, recorrendo-se para isso à via intravenosa.

BARREIROS SANTOS.

As crises paroxísticas do bloqueio aurículo-ventricular alternando com um ritmo cardíaco normal, havendo integridade do mecanismo de condução. (*Paroxysmal complete heart block alternating with normal rhythm and conduction*), por WIEFRID J. COMEAN. — *The American Journal of the Medical Sciences*. Vol. CXCIV. N.º 1. 1937.

A formação periódica e paroxística do bloqueio aurículo-ventricular completo, alternando com um ritmo normal sem lesões do sistema de condutibilidade, é considerada como um acontecimento invulgar, estando descritos na literatura médica pouco mais que uma dúzia de casos. A raridade é tanto mais flagrante que, em doentes cárdio-vasculares comprovados, somente se observa o bloqueio na escassa percentagem de 0,55 % dos casos.

O A., neste trabalho, passa em revista os casos que foram já publicados e em que a documentação é suficientemente clara para se poder admitir o diagnóstico.

Recorda, entre vários, o doente de Wiltshire, que, na autópsia, revelou a existência duma massa fibro-calcárea, na vizinhança do septo ventricular, em contiguidade com o nódulo aurículo-ventricular e com o próprio feixe de His, tendo-se verificado, no exame histológico do coração, que os elementos que constituem o sistema de condução tinham sofrido discretos fenómenos de inflamação crônica. O caso descrito por Yater e Willius apresentava, idênticamente, uma formação fibro-calcárea, exercendo compressão sobre o feixe de His, com simultâneas lesões ateromatosas das coronárias. Relativamente idênticas têm sido as imagens anátomo-patológicas descritas por McMillan, Wolferth e outros, mas em nenhum dos casos se têm observado lesões que possam estabelecer a secção total das vias de condução aurículo-ventricular.

O A. põe em destaque o caso de Weiss e Ferris, em que a única alteração observada na autópsia foi um volumoso divertículo esofágico, que no momento de aumentar o seu volume exercia uma violenta compressão sobre o saco cardíaco, à qual se seguia uma crise de bloqueio, com regressão ao ritmo normal, uma vez que a bolsa esofágica se esvaziasse.

O A. descreve minuciosamente um caso muito curioso dum doente com crises paroxísticas de bloqueio total, em que ensaiou a atropina como arma de combate às crises de Stokes-Adams, mas sem resultado apreciável, o que levou o A. a não incriminar o vago como elemento de primeiro plano no mecanismo deste caso clínico. Pelo contrário, os benefícios obtidos, durante as crises, com a efedrina, em altas doses, foram muito sensíveis, excitando suficientemente o ventrículo, de molde a tornar independente o funcionamento do pace-maker ventricular e assim evitar os períodos de transição do ritmo, que se traduziam pelas crises de Adams, conseguindo-se o desaparecimento dos sintomas clínicos.

Tem o máximo interêsse o estudo electrocardiográfico em série, executado nos momentos em que se operam as transições de ritmo, sendo vários os casos em que se tem obtido êsses elementos, destacando-se sobretudo os de Mackintosh, Falconer e Weiss.

É freqüente o facto da transição do ritmo normal para o ventricular se dar repentinamente, fenómeno precedido, por vezes, dum ritmo ídio-ventricular muito irregular; a inversa ou seja a passagem para o normal é, muitas vezes, feita através dum bloqueio parcial.

O A. aborda no seu trabalho a patogenia do caso, começando por afirmar que é extraordinariamente difficil emitir qualquer idea firme acêrca dêste problema. No doente de Weiss e Ferris, em que os accidentes de condução cardíaca estavam relacionados com o grau de distensão da bôlsa esôfagica e na qual as crises cederam à atropina, é provável que as modificações do tónus do vago representassem o factor primordial, responsável pelos accidentes cardíacos.

Noutros casos procura-se explicar o fenómeno pela existência de discretas lesões orgânicas, mantendo relações de contigüidade com o sistema de condução e inclusivamente com o nódulo aurículo-ventricular.

O A. recorda o facto de na autópsia de alguns casos se observarem exclusivamente lesões das coronárias, sendo legítimo admitir que as perturbações de irrigação local sejam as responsáveis pelas alterações da condutibilidade, recordando os trabalhos recentes de Gérardel, que mostra alguns casos de bloqueio como resultado de perturbações de irrigação sangüinea ao nível do sistema de condução aurículo-ventricular.

Mesmo em presença de lesões leves, como as que têm sido apontadas e que só discretamente podem agredir as fibras e os centros de condução, vemos as mais graves alterações no funcionamento dêstes últimos, o que só pode ser explicado por um mecanismo mais complexo, no qual possivelmente devem ter especial importância as perturbações circulatórias locais.

BARREIROS SANTOS.

Diagnóstico dos tumores do cérebro. (*Diagnosis of Brain Tumors*), por WAGGONER, R. W.—*J. Michigan State M. Soc.* 35: 155. Março de 1936.

O A. chama a atenção dos clínicos gerais para a relativa freqüência dos tumores do cérebro. Fala acêrca dos sinais e dos sintomas destas neoplasias, salientando: as cefaleias, os vômitos, as tonturas, as vertigens e os movimentos convulsivos.

Considera a estase papilar como um dos mais importantes sinais de hipertensão craniana, dizendo que, aproximadamente em 75% de tumores cerebrais, aparece sempre, mais tarde ou mais cedo.

Chama também a atenção para o facto dos doentes apresentarem muitas vezes, como único sintoma, perturbações mentais. O médico não chega, nestes casos, ao diagnóstico correcto, devido ao facto de se prender unicamente com o quadro mental.

Aponta os sinais e sintomas vulgarmente verificados nas lesões das diferentes áreas do cérebro e faz uma curta exposição do diagnóstico diferencial entre as neoplasias cerebrais e a sífilis, abcessos cerebrais, doenças vasculares do cérebro, encefalite e hematomas subdurais.

Apresenta também uma breve resenha dos tipos especiais de exame e de tratamento.

RUY DE LACERDA.

Alexandre Hughes Bennett e o primeiro caso descrito, de ablação cirúrgica de um tumor cerebral. (*Alexandre Hughes Bennett and the First Recorded in which an Intracranial Tumor Was Removed by Operation*), por BRAMWELL, E. — *Edinburgh M. J.* 42:315. 1935.

É um trabalho interessante, por falar acêrca da primeira extirpação cirúrgica dum tumor cerebral registada na literatura. Foi realizada em Novembro de 1884, pelo cirurgião Rickman Goodlee, sob diagnóstico do médico Alexandre Hughes Bennett. Faz a defesa dêste, dizendo que a parte que lhe cabe não foi devidamente reconhecida e apresenta razões em favor desta conclusão.

RUY DE LACERDA.

Os traumatismos psíquicos na etiologia da doença de Graves baseada na investigação de 5.000 histórias. (*Psychic Trauma in the Etiology of Graves Disease. A Survey of five thousand case Histories*), por BRAM, I. — *Am. J. Psychiat.* 92:1077. Março de 1936.

Bram mostra que, em 5.000 casos de bócio exoftálmico, uma percentagem aproximada de 90% apresenta como antecedente da doença uma história nítida de traumatismo psíquico.

Em 4% havia uma infecção local ou geral, como causa estimulante possível.

Em 3% o aparecimento dos sintomas foi atribuído, pelos doentes, à ingestão de iodo ou extracto tiroídeo.

Nos 3% restantes não havia causa excitante aparente que justificasse o início da doença.

O A. admite que um traumatismo psíquico ignorado precede a maior parte dos casos em que se consideram como causas as infecções ou em que a causa fica ignorada. Contudo, as infecções aumentam provávelmente a susceptibilidade ou a intensidade das manifestações do síndrome. Parece que a eficiência do trauma psíquico é inerente a um estado de predisposição. A sensibilidade traumática individual varia, qualitativa e quantitativamente. Quando o traumatismo precede o aparecimento da doença de Graves, parece, na grande maioria dos casos, intervirem mais ou menos directamente na etiologia do síndrome os mais altos centros cerebrais.

RUY DE LACERDA.

Tumores localizados exclusivamente no lobo frontal. Observação dos sintomas em cento e cinco casos verificados. (*Tumor Involving the Frontal Lobe Alone; A Syntomatic Survey of One Hundred and Five Verified Cases*), por FRAZIER, C. H. — *Arch. Neurol. and Phichiatr.* Março de 1936.

O A. descreve uma série de 105 casos de tumores do lobo frontal, da qual excluiu tôdas as neoplasias tendo a sua origem nos lobos adjacentes, incluindo, apenas, as exclusivamente localizadas naquela região encefálica.

No relato dos sintomas é dada uma particular importância às perturbações mentais ou psíquicas. A discussão da ataxia frontal merece também uma especial atenção, especialmente no que se refere ao seu diagnóstico diferencial com a devida aos tumores cerebelosos. É atribuído grande valor diagnóstico à incontinência urinária, a que outrora tão pouca importância se dava.

Fala acêrca da polifagia, ensaiando a sua explicação à face da fisiologia.

Segue-se uma exposição das perturbações motoras, das alterações dos reflexos, da anosmia e do significado da hipersonolência.

RUY DE LACERDA.

A importância da ventriculografia e da encefalografia para o diagnóstico diferencial entre tumores do cérebro e doenças vasculares intracranianas. (*The importance of cerebral air studies in the diferentiation of brain tumor from intracranial vascular disease*), por GILBERT HORRAX. — *Surgical Clinies of North America.* Dezembro de 1936.

O A. faz ver a grande importância da ventriculografia e da encefalografia como elemento diagnóstico diferencial entre tumores e doenças vasculares do cérebro. Apresenta três casos de tumores do cérebro enucleáveis, em doentes em que se supunha ter havido acidentes vasculares. Diz que as injeções de ar não têm perigo de maior, quando feitas nos casos em que estão indicadas e sob a técnica apropriada (1).

RUY DE LACERDA.

O casamento e as doenças mentais. (*Marriage and Mental Disease*), por N. A. DAYTON. — *New England J. Med.* Julho de 1936.

Pela investigação feita, de 1928 a 1932, nos hospitais de doenças mentais de New York Massachussetts, o A. chega à interessante conclusão de que, aparentemente, o casamento é um factor protector de considerável signifi-

(1) N. R. — A nossa experiência permite-nos afirmar — e numerosos casos publicados na Alemanha, Inglaterra e Suíça a reforçam — que a angiografia cerebral é, nestes casos, um elemento de diagnóstico diferencial bem superior.

ção no desenvolvimento das doenças mentais. Diz que nos casos em que o casamento termina por morte ou divórcio, a taxa de admissões atinge valores mais elevados do que para os que ficam solteiros.

RUY DE LACERDA.

O alívio da dor pelas injeções subaracnoideas de álcool. Indicações, contra-indicações, técnica e resultados obtidos em 82 doentes. (*The relief of pain by the use of subarachnoid alcohol, injection. Indications, contraindications, technic, and results in 82 patients*), por J. L. POPPEN. — *Surgical Clinics of North America*. Dezembro de 1936.

O A. assevera poder evitar-se muitas vezes, por êste processo, a operação da cordotomia. 78% dos doentes tiveram resultados satisfatórios, depois das injeções. Estas não são isentas de complicações, como: incontinência, cefaleias e fraqueza dos membros inferiores, pelo que se devem usar sempre os máximos cuidados. Indica as indicações e contra-indicações e faz uma descrição minuciosa da técnica que costuma empregar.

RUY DE LACERDA.

Sobre a rotura de aneurismas das artérias cerebrais como causa de paralisia do terceiro par; nota sobre a etiologia da paralisia ocular recorrente e periódica e da enxaqueca oftalmoplégica. (*Upon leaking aneurysm of the cerebral arteries as a cause of third nerve paralysis; a note upon the etiology of recurrent and periodic ocular palsy and Ophthalmoplegic migraine*), por E. BRAMWELL. — *Trans. ophthalmolog. Soc. United Kingdom*. 54: 205. 1934.

O A. descreve dois casos nos quais a rotura de aneurismas das artérias cerebrais foi confirmada, radiologicamente, depois da injeção de torotraste. Um dêles, que foi publicado no «Transactions of the Medico-Chirurgical Society of Edinburgh, de 28 de Junho de 1933, deve ter sido, provavelmente, o primeiro caso relatado, de diagnóstico dum aneurisma desta espécie pôsto em evidência por êste processo. O A. julga que a rotura de aneurisma é uma das causas mais comuns, se não a mais comum, da paralisia isolada do terceiro par. As alterações patológicas observadas nos casos relatados de «paralisia recorrente do terceiro par», «paralisia ocular periódica» ou «enxaqueca oftalmoplégica», examinados *post-mortem*, não foram, na opinião do autor, a causa das paralisias oculares transitórias. Sugere o reconhecimento de dois tipos:

a) Casos de *paralisia ocular recorrente* nos quais se dão dois ou mais ataques com grandes intervalos. Nestes casos a paralisia pode ser atribuída à rotura dum vaso polígono de Willis, na vizinhança do terceiro par, tendo a hemorragia sido limitada pela existência de aderências.

b) Casos de *paralisia ocular periódica freqüente* ou *enxaqueca oftalmoplégica*, nos quais o A. atribue aquela paralisia à pressão exercida sobre o terceiro par, por um aumento de calibre, duma artéria anormalmente situada, ou pelo exagêro do volume dum aneurisma como consequência dum

ataque de enxaqueca ou mecanismo semelhante. Expõe um judicioso argumento em apoio destas conclusões.

RUY DE LACERDA.

Sobre os chamados «tumores gigante-celulares» dos ossos. (*Sui cosiddetti «tumori gigante-cellulari dele ossa*), FILIPPO VECCHIONE. (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LII. Fasc. IV. Págs. 548-665.

O A. apresenta uma série excelente de casos de tumores gigante-celulares, sobre a qual borda os seus comentários e tira as suas conclusões, não sem deixar de as confrontar com os dados da literatura especial.

O tumor gigante-celular, sob o ponto de vista clínico, é uma entidade nosológica bem definida. A sua patogenese é completamente obscura. As suas relações com outras formas semelhantes, e especialmente com os quistos ósseos, são interpretadas pelos vários autores de diversas formas. Entre os que admitem um parentesco, para alguns as relações seriam de descendência (entendida no sentido de derivação); para outros seriam de colateralidade. Segundo a primeira hipótese, o quisto ósseo representaria um estado sucessivo, talvez de cura, do tumor gigante-celular; segundo a outra, as duas lesões seriam reacções diversas a estímulos análogos (traumas, incidentes inflamatórios, etc.), variando com a sede, a idade do indivíduo, etc.; a causa hipotética actuaría de modo a provocar ora a formação dum quisto ósseo ou duma osteíte fibrosa circunscrita localizada, ora a dum tumor gigante-celular.

Nunca ninguém viu um tumor gigante-celular típico transformar-se secundariamente num quisto típico; mas, por outro lado, não é raro observar-se em alguns pontos da parede do quisto, típica sob o ponto vista radiográfico, a estrutura típica do tumor gigante-celular. Isto poderia constituir um dado em apoio da teoria da transformação do tumor gigante-celular em quisto, mas poderia também, e com não menor rigor de lógica, interpretar-se no sentido de que, ao factor etio-patogénico, o mesmo organismo tivesse reagido nos dois modos que de costume estão isolados.

Também as zonas de estrutura típica gigante-celular, nos casos de osteíte fibrosa circunscrita e generalizada de Recklinghausen, poderiam ter idêntica explicação.

É certo que a teoria de Gœschikter e Copeland, que categoricamente define o quisto ósseo como um estado de cura do tumor gigante-celular, segundo o A. não se concilia com o facto de os quistos se observarem numa idade mais jovem (10 a 20 anos) que os tumores gigante-celulares (20 a 30 anos). Se, com a teoria de Gœschikter e Copeland, se pode explicar por que o tumor gigante-celular não se transforma, no adulto, num quisto (pelo facto da sede epifisária e de fraca reacção óssea), falta, porém, tãda a demonstração anatómica da transformação dum tumor gigante-celular em quisto, no adolescente. Por outras palavras: não se observou ainda naquela idade, de modo irrefutável, um tumor gigante-celular que num segundo tempo tenha tomado as características dum quisto. A relação de descendência por isso, e segundo o A., entre estas duas formas, ainda não está suficientemente demonstrada.

Sob o ponto de vista patogénico, parece possível que o trauma tenha

grande importância nestas duas formas. Nos casos do A., porém, o trauma, como causa primitiva, não foi possível demonstrar. Num dêles representou um episódio intercorrente e produziu a fractura patológica.

Quanto à natureza dos chamados tumores gigante-celulares, o A. é de opinião que, revestindo o tumor gigante-celular típico muitos caracteres duma forma neoplásica, não é talvez para considerar-se como tal, porque uma estrutura histológica idêntica pode ser observada, como já dissemos, também em zonas limitadas de ossos de indivíduos sofrendo de osteíte fibrosa circumscrita ou generalizada.

O facto de esta estrutura poder ser encontrada também no quisto não é um argumento decisivo para a interpretação da sua natureza. O material histológico do A. é muito escasso para que se possa pretender trazer, com o seu estudo, qualquer contribuição para esta questão tão delicada. Alguns dados, porém, permitem pôr em dúvida a identificação absoluta dos elementos gigante-celular dos tumores castanhos com os osteoclastas.

É de ter presente, em cada caso, a possibilidade duma reacção perióstica no caso de fractura patológica, a qual, se não é interpretada no seu valor certo, isto é, o de calo de reparação duma fractura, pode fazer pensar na reacção perióstica dos sarcomas osteogénicos.

O critério da sede importa muito para o diagnóstico do tumor gigante-celular; mas, como sucede em muitas outras doenças, não tem um valor absoluto; o A. apresenta casos de sede atípica e rara.

Em face de tais dificuldades diagnósticas, o único meio decisivo, segundo o A., é a biopsia, a qual, se fôr feita com os devidos cuidados, não traz prejuizo algum e representa, em comparação com a indagação pelo modo de reagir à radioterapia, uma vantagem, quanto a rapidez.

A terapêutica é aplicada conforme as características clínicas de cada caso. Vêm à discussão: o simples esvaziamento, com ou sem cauterização, com as possibilidades de que a raspagem com a colher seja mais ou menos completa; os enxertos ósseos autoplásticos dentro da cavidade curetada, quando a necessidade estática requeira uma reparação rápida: a radioterapia — para os casos com lesão muito extensa — a ressecção; a osteoplástica tipo Juvara; a amputação.

É necessária uma estreita colaboração entre o clínico, o radiologista e o anátomo-patologista para que, para cada caso, se encontre o caminho que leve ao melhor successo.

MENESES.

Autoplastias ósseas nas pseudartroses do colo do fémur. (*Autoplastiche ossee nelle pseudartrosi del collo del femore*), por CARLO RE (Turim). — *Archivio di Ortopedia*, Vol. LII, Fasc. IV, Págs. 689-713.

A percentagem considerável de insuccessos na cura das pseudartroses do colo do fémur, não obstante a variedade dos métodos, aos quais nem sempre correspondem outros tantos bons resultados, permite ao A. referir-se largamente a três métodos diferentes de plastia reconstrutiva nas pseudartroses

do colo do fêmur, e que nos casos que o A. apresenta corresponderam por completo às exigências.

O A. entende que no tratamento das pseudartroses do colo do fêmur seja necessário um eclecticismo oportuno na escolha do método, pois cada um tem as suas indicações especiais. Assim, em alguns casos de pseudartrose inveterada do colo do fêmur, a plastia do tecto do cotilo, o encavilhamento ósseo cérvico-cefálico e a osteotomia intertrocanterica, em face da falência dos outros métodos terapêuticos, precedentemente instituídos, permitiram conseguir um resultado funcional satisfatório, que se mantém há muitos anos.

MENESES.

Algumas considerações sobre o tratamento das osteomielites agudas.

(*Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las osteomielitis agudas*), pelo Prof. ETIENNE SORREL (Paris). — *Cirurgia Ortopédica y Traumatologia* (Havana). Vol. V. N.º 1. Págs. 3-15.

O A. recorda os trabalhos recentes, sobretudo os que se ligam com a antitoxina e com o sêro estafilocócico, no tratamento das septicemias graves de estafilococos, considerando o efeito provável destas terapêuticas sobre o prognóstico sombrio. Entende que não dão, à data presente, senão uma fraca esperança, pois as osteomielites, a-pesar da sua semelhança com as grandes septicemias de estafilococos e com as piemias septicicas de focos múltiplos, exigem uma conduta clínica e têm um prognóstico tão diferente que não se podem empregar os mesmos métodos terapêuticos.

Afirma que os focos osteomielíticos localizados são centros septicêmicos e produzem focos secundários, pois a defesa do organismo, nesse ponto, é fraca, não produzindo anticorpos, ou produzindo menos do que os necessários.

Ao falar do tratamento geral, assinala o descrédito da vacinoterapia e o efeito bastante pobre das imunotransfusões do bacteriófago. Crê que a anatoxina estafilocócica e o sêro se encontram ainda na era experimental, e menciona bons resultados obtidos em quatro casos desesperados, com o electrocuprol.

Nenhum destes métodos de tratamento permite que se despreze o tratamento cirúrgico da lesão. Este varia segundo a forma de osteomielite de que se trata.

Como exemplo, o A. apresenta quatro casos tratados como se segue: o primeiro, por incisão do periosteio sem trepanação óssea; um outro, um pouco mais grave, por simples trepanação do osso; um terceiro, ainda mais grave que os anteriores, pela operação de Hallopeau, isto é, a ressecção diafisária subperióstica; um quarto, que era uma forma septicêmica com poucos sinais locais, com uma artrotomia seguida de drenagem da anca, que aliviou a dor, sem modificar o estado septicêmico.

Compara a evolução destes casos com a que teria presenciado se empregasse uma terapêutica de expectativa; e conclue que, salvo nos casos de septicemia com poucos sinais ósseos locais, em que é possível esperar, deve-se sempre operar o mais cedo possível, escolhendo, segundo o tipo das

lesões que o caso apresenta (abscesso subperióstico localizado, abscesso intra-ósseo, osteomielite bipolar com sequestração da diafise), as técnicas descritas para o tratamento dos quatro casos que serviram de exemplo. Até que se fixe o valor exacto da antitoxina e do sôro estafilocócico, a intervenção cirúrgica impõe-se.

MENESES.

Investigações clínicas sobre a substância activadora da circulação H 75. (*Klinische Untersuchungen über die Kreislaufwirksame Substanz H 75 (veritol)*), por F. GROSSE-BROCKHOFF e F. KALDENBERG. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 27. 1937.

Partindo das experiências realizadas em animais, por H. Rein, com a substância H 75 (veritol), os AA. estudaram a acção da mesma substância no organismo humano.

Os resultados foram colhidos em indivíduos em várias situações fisiopatológicas, e nestes foram estudadas, com particular cuidado, as variações das curvas da frequência do pulso e da altura da tensão arterial. Estas curvas são expressas em quadros onde se verificam com clareza as alterações observadas não só no indivíduo são como noutras situações, como insuficiência aórtica sífilítica descompensada, bronco-pneumonia difusa, cõma diabético, etc., etc.

Em todos os casos se encontrou aumento da tensão sanguínea e descida da frequência do pulso, aumento e descida simultâneos e em relação com a dose administrada e a maneira como a substância H 75 foi introduzida no organismo.

Por último referem-se, brevemente, às modificações do consumo de oxigénio, também em relação com as doses de veritol, relatando conjuntamente as variações da tensão venosa e o tempo durante o qual se notaram quaisquer dos transtornos que foram o objecto do trabalho.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o conteúdo de histamina da pele após irradiação pelos raios ultravioletas. (*Ueber den Histamingehalt der Haut nach Ultravioletbestrahlung*), por B. TARRAS-WAHLBERG. — *Khirsische Wochenschrift*. N.º 27. 1937.

O A. investiga a causa biológica do eritema provocado pela irradiação com ultravioletas; como causadora do eritema tem sido apontada, por alguns AA., como Kavaguchi, Isobe e Loos, a histamina, que dizem ter encontrado em quantidade aumentada na pele irradiada, enquanto que outros, como Ellinger, negam que tal facto seja verdadeiro e que, portanto, não seria a histamina a causadora do fenómeno.

Para resolver o problema o A. trabalhou com coelhos e gatos, aos quais fêz a irradiação com ultravioletas a metade da pele do abdómen durante espaços de tempo variando entre muitos dias e, em seguida, fêz a extracção

de bocados da pele submetida a êste tratamento, titulóu, biológicamente, a histamina existente por unidade de volume e comparou, finalmente, os valores assim obtidos com os que alcançou em iguais determinações praticadas na pele da outra metade do abdómen.

Assim verificou que os resultados foram diferentes conforme a espécie de animal empregado na experiência: nos gatos, a quantidade de histamina desceu nitidamente desde uma hora até vários dias; nos coelhos encontrou, pelo contrário, aumento de histamina na pele durante os dois primeiros dias de irradiação e descida clara a partir de esta altura e que se acentuou no terceiro e quarto dias. Nos coelhos, porém, nem sempre êste facto se observou com regularidade.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a acção da vitamina C na difteria necrótica. (*Ueber die Wirkung des Vitamin C bei nekrotischer Diphtherie*), por KENSABURO KUMAGAI, SHIGERU YAMAGAMI, YUTAKA NIKAI e SHUNJI IMAI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1937.

Os AA. administraram a doentes com difteria necrótica vitamina C (Redoxon «Roche») em doses oscilando entre 400 e 600 mgrs. e verificaram a sua acção benéfica sobre a evolução desta forma de infecção diftérica. Esta acção benéfica manifestou-se pelas melhoras das funções cardíacas, eliminação de albumina pela urina, hálito fétido e estado geral e, sobretudo, quando foi aplicada precocemente. A acção do sôro foi, também, mais enérgica e a percentagem de bons resultados aumentou extraordinariamente (de 50 a 30% para 70%).

Os AA. procuraram a explicação farmacológica do facto e investigaram o metabolismo intermediário dos hidratos de carbono e albuminóides na difteria, tendo verificado que a glicemia oscila em volta dos valores normais naquelas formas que evoluem favoravelmente, enquanto que se encontra aumentada nos casos de terminação letal.

Nestes casos de glicemia alta a injeccção de Redoxon «Roche» provocou a descida da glicemia, com simultâneas melhoras do curso da doença, deixando de ter acção em certos casos e tendo-se dado, então, nos casos em que não se conseguiu baixar a quantidade de glicose no sangue, sempre, a morte.

Esta acção insulinomimética da vitamina C é evidenciada, pelos AA., em dois gráficos colhidos de uma doente com difteria grave, à qual se fêz a prova da glicemia experimental.

OLIVEIRA MACHADO.

A influência da vitamina A sobre o quociente C : N da urina. (*Ueber den Einfluss des Vitamin A auf den Quotienten C : N im Harn*), por F. LAUERSEN, K. VOIT e H. WENDT. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1937.

Partindo do conhecimento de que a introdução da vitamina A no organismo é capaz de provocar certas alterações, como se verifica no estudo da doença de Basedow, determinando transtornos da composição química do

sangue e dos processos de oxidação, os AA. investigaram as variações da relação C : N na urina.

Este trabalho foi feito utilizando para a experiência indivíduos sem qualquer doença do metabolismo, submetidos a uma alimentação tomada para tipo e recebendo diariamente Vogan na dose de três vezes XXV gotas. Em seguida determinaram o C na urina pelo método de Lauersen e Voit e o N pelo de Kgeldahl. Estabelecida a relação em estudo, notaram aumento — em relação aos valores que, normalmente, oscilam entre 0,7 e 0,95, segundo Bichel e K. Voit — nos indivíduos aos quais foi administrada a vitamina A sob a forma de Vogan, embora com pequenas oscilações de indivíduo para indivíduo.

Os AA., conhecendo as distintas condições em que é costume encontrar variações do referido quociente C : N («Diabetes mellitus», certas lesões hepáticas, nefrose, determinadas avitaminoses, etc.), pensam que o citado aumento da relação deve corresponder a qualquer transtorno das oxidações que se passam no organismo e em conexão com possíveis transtornos por parte das funções hepáticas, no que diz respeito aos fenômenos que se dão no curso do metabolismo do glicogéneo.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérra da influência da tiroideia sobre o metabolismo dos hidratos de carbono. — I. A intensidade de acção da insulina no Basedow e no Mixedema. (*Ueber den Einflms der Schilddrüse auf den Kohlehydratstoffwechsel. — I. Die Wirkungsintensität des Insulins bei Basedow und Myxödem*), por FR. MEYTHALER e H. MANN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1937.

Os AA. referem-se às conhecidas relações entre a eliminação de glicose pela urina e às alterações das funções das tiroideias, nomeadamente o Basedow e o Mixedema, e, em seguida, às conexões existentes, e indubitáveis, entre a glândula endócrina em questão e o sistema nervoso central. Depois relatam as aquisições feitas no campo experimental e clínico por uma série de AA. e citam, em breves linhas, as várias interpretações dadas dos factos observados, destacando o conhecimento das alterações no conteúdo em glicogéneo por parte do fígado, alterações que podem demonstrar-se provocando artificialmente quadros de hipo ou hipertrioidismo, já fazendo ablação da tiroideia, já administrando tiroxina ou preparados que a contenham.

É sobre este último facto, e sua fisiopatologia, que os AA. insistem particularmente.

Por último expõem as próprias experiências — administração de insulina e observação das curvas de glicemia nos vários estados de transtorno das funções tiroideias — mostrando os gráficos obtidos, e concluem que o fenómeno radica em alterações do sistema simpático nas suas relações com as glândulas suprarrenais.

A intensidade de acção da insulina, tanto no Basedow como no Mixedema, encontrou-se reforçada e, por outro lado, foi também mais duradoira.

OLIVEIRA MACHADO.

Influência da diurese sôbre a visualização das vias urinárias com o Perabrodil. (*Einflun der Diurese auf die Darstellung der Harnwege mit Perabrodil*), por H. BRONNER e P. KLEINOFEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1937.

Os AA. procuram estabelecer se o aumento ou diminuição da quantidade de urina eliminada enquanto se realiza a visualização das vias urinárias para fazer a pielopafia descendente por meio do Perabrodil pode ter qualquer influência. Para tal serviram-se de dois indivíduos possuidores de rins sãos, que submeteram a variação da diurese. Estas variações foram provocadas, no sentido da diminuição de quantidade de urina, pela prova de sêde, e, no sentido do aumento, pela administração prévia de certa quantidade conhecida de água, sob a forma de chá.

Passado certo espaço de tempo, e dentro de intervalos regulares, realizaram as radiografias e fizeram simultânea colheita asséptica de urina, emitida nesse momento, por meio de algaliação.

Na urina colhida, e tanto no caso em que se procedia com individuo em prova de sêde como no oposto, em que havia aumento forçado da diurese, se fêz a determinação absoluta e relativa do Perabrodil eliminado com a urina, com um método analítico de que os AA. dão nota bastante pormenorizada.

Desta forma verificaram a dependência da obtenção de boas pielografias da concentração, que existia, nesse momento, do Perabrodil na urina e verificaram, também, a estreita relação desta concentração com o volume de urina emitida.

De tudo o notado concluem que as melhores condições para se obterem boas pielografias se realizam quando o individuo se encontra em regime de sêde, porque, precisamente nestas circunstâncias, a concentração alcançada pelo Perabrodil na urina, após a sua injeção intravenosa, é máxima, contrariamente ao que sucede quando se provoca aumento da diurese pela ingestão de água. As conclusões dos AA. são esclarecidas com gráficos que provêm destas experiências e que são muito elucidativos.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a quimioterapia da infecção pneumocócica. (*Zur Chemotherapie der Pneumokokkeninfektion*), por B. KEMKES. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1937.

O A. cita os trabalhos realizados, por outros, sôbre a infecção por pneumococos, no domínio da quimioterapia, e dos quais partiu o conhecimento, hoje generalizado, de que tal infecção pode ser combatida pelos derivados da quinina.

O A. procurou demonstrar tal acção bacteriotropa e praticou experiências «in vitro» e «in vivo», com material virulento, obtido de várias origens e contendo pneumococos de todos os quatro grupos.

Os derivados da quinina usados foram em número de cinco e, entre êles, a Solvoquina.

O A. realizou várias séries de investigações cuidadosamente controladas e anotadas em quadros correspondentes às diferentes séries de observações, quadros estes onde se encontram tôdas as particularidades das experiências.

As experiências «in vitro» foram conduzidas da maneira habitual em investigações de êste carácter, e nas «in vivo» o animal utilizado no laboratório foi o rato branco.

Da observação dos resultados o A. conclue que a quinina, sobretudo sob certas formas, manifesta uma nítida acção bactericida, tanto «in vivo» como «in vitro», e que esta sua acção sôbre os pneumococos se estende não só às bactérias pertencentes aos grupos I, II e III, como também aos do grupo IV.

As experiências «in vitro» foram controladas depois com a observação da virulência dos microorganismos tratados pela quinina, quando introduzidos no organismo do rato branco.

OLIVEIRA MACHADO.

Insuficiência cardíaca secundária à tuberculose pulmonar crônica. (*Cardiac failure secondary to chronic pulmonary tuberculosis*), por G. NEMET e M. B. ROSENBLATT. — *The American Review of Tuberculosis*. June 1937.

A-pesar do cepticismo reinante há ainda muito pouco tempo, começam por dizer os autores, a insuficiência cardíaca secundária a doenças dos vasos pulmonares ou dos pulmões é hoje geralmente aceite como uma entidade clinica distinta. Os estudos de Wiggers, Mascheowitz e outros, demonstraram que o mecanismo desta falência era provocado por um aumento da circulação pulmonar, devido ao estreitamento do sistema arteriolar e capilar, com hipertrofia e dilatação do coração direito.

Apresentam setenta e um casos de tuberculose pulmonar, autopsiados, cujo estudo clínico foi seguido pelos AA., que assim puderam completar totalmente a sua observação; daquele número, trinta e três apresentaram uma hipertrofia ventricular direita, sem outras alterações valvulares ou vasculares, com excepção de um caso com hipertensão, que apresentava hipertrofia dos dois ventrículos. Como indicação interessante e importante, de todos estes trinta e três casos, só um mostrava, à radiografia, alargamento da sombra cardíaca direita; tal facto só pode explicar-se pela circunstância de não terem sido feitas radiografias mais próximas da data da morte, com mais freqüência, embora nem sempre, quando assim acontece, se encontre, radiograficamente, uma dilatação. O primeiro grau desta caracteriza-se por um aumento do contôrno do segundo arco e da porção média do coração esquerdo; com a progressão daquela, o ventrículo direito estende-se cada vez mais para a esquerda, produzindo um estreitamento da margem do coração esquerdo, até ocupar por fim a maior parte desta margem, emquanto aquela é empurrada gradualmente para a parte posterior. Tôdas estas alterações podem verificar-se sem aumento do diâmetro transverso do coração. A expansão da zona mais baixa do ventrículo direito reconhece-se, na radiografia, em

oblíquo anterior esquerdo, por um aumento dessa zona, com alargamento do seu contôrno diafragmático.

Os AA. não apresentam documentos electrocardiográficos dos seus casos, o que é, de-facto, para lastimar.

Pelo que se refere à sintomatologia clínica, pode dizer-se que não se encontrou relação entre aquela e o resultado anatómico. Dos trinta e três casos só em onze se pôde clinicamente diagnosticar uma doença do coração, e na maioria dêstes, pouco tempo antes da morte, quando os sintomas cardíacos se tornaram bem evidentes. Dêste facto se conclue a importância que deve dar-se à radiografia; na impossibilidade de esta fornecer elementos de suspeição, então o diagnóstico só pode assentar por um conjunto de sinais, tais como dispneia, cianose, hipertensão venosa, hepatomegalia, edema periférico e ausência de hipertensão; qualquer dêstes sintomas, porém, pode ser devido a outras causas, e por isso devem todos ser rigorosamente criticados. Sobre-tudo é por vezes muito difícil fazer a distinção entre insuficiência pulmonar e insuficiência cardíaca, particularmente, quando esta última é incipiente. O acesso da insuficiência cardíaca é, em geral, súbito, e, de princípio, com sintomatologia pouco severa, mas que rapidamente se agrava. O seu carácter abrupto tem sido atribuído à insuficiência tricúspida ou a anoxémia aguda.

J. ROCHETA.

A teoria cardiogénica do enfisema pulmonar. (*The cardiogenic theory of pulmonary emphysema*). — *The American Review of Tuberculosis*. June 1937.

A teoria cardiogénica do enfisema pulmonar, apresentada pelo A. como uma teoria nova que pretende elucidar a patogénese daquela afecção, resume-se no seguinte: cada contracção cardíaca, devido à diminuição de volume sofrido pelo órgão, exerce uma aspiração dos lóbulos pulmonares, que alterna com uma compressão dos mesmos a cada diástole; esta acção, combinada com a provocada ao mesmo nível pelos movimentos torácicos, produz aí um tipo paradoxal de respiração, muito favorável à formação de zonas de enfisema nas regiões para-cardíacas ou seja particularmente ao longo do bôrdo anterior do pulmão esquerdo, que é onde, mais precoce e intensamente, aparece esta alteração do órgão. Só esta acção do coração pode, melhor do que qualquer outra das muitas teorias emitidas para explicar o enfisema, fazer compreender esta sede de eleição. Por outro lado, está apontada, por um grande número de autores a concomitância do enfisema com lesões do coração esquerdo, relação impossível de explicar até hoje, sabido como as lesões pulmonares dão repercussão só sobre a coração direito. Pela nova teoria a explicação é clara, visto que, quer nas lesões aórticas, quer na insuficiência mitral, o débito sistólico é maior, e portanto maior a acção do órgão sobre os lóbulos vizinhos.

Por sua vez a hipertrofia do coração direito, observada nos casos de hipertensão ou de doença aórtica, é a consequência do enfisema formado pela razão que acabamos de expor.

J. ROCHETA.

Terapêutica das cavernas tuberculosas. (*Therapie der tuberkulösen Kaverne*), por H. ULRICI. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 15. 1937.

Dentro da evolução do processo tuberculoso pulmonar, a cavernização do mesmo representa uma etapa de uma especial importância e que marca o início dum novo risco para o portador, que assim fica mais largamente exposto à disseminação local, sem levarmos em linha de conta tôdas as outras complicações que sempre acompanham uma cavidade. Com razão chamou Ulrici a esta nova fase a segunda doença, exactamente pelas modificações de perspectivas que apresenta. A esta alteração patogénica correspondem naturalmente novos problemas de terapêutica, radicalmente diversos ou, melhor, opostos, visto que enquanto o processo não formou cavidade a expectativa e o tratamento conservador são de regra, para súbitamente exigir do clínico uma atitude mais activa assim que aquela se originou. Ao problema biológico juntou-se mais uma componente, agora de origem mecânica, e que é necessário resolver mecânicamente, que pode englobar-se dentro do título «cavernoterapia». Esta, além de activa, deve ser rápida, para evitar que a propagação intracanalicular se efectue; para tal facto, só evidentemente o colapso da zona afectada. O A. descreve, em seguida, a série de processos que o permitem, desde o pneumotorax até à toracoplastia, apontando, embora sumariamente, as indicações de cada um dêles. Numa casuística apresentada pelo A., em 1935, com predomínio de doentes graves, por meio da qual se procura estabelecer a eficácia da cavernoterapia, provou se uma percentagem de 30% de curas num período de 8-15 anos; e, sem dúvida, tal resultado pode ainda melhorar com a precocidade de intervenção e o aperfeiçoamento da técnica.

J. ROCHETA.

A questão do infiltrado pulmonar. (*Der Kampf ums Infiltrat der Lungen*), por F. KELLNER-KASSEL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1937.

Desde que apareceram os primeiros trabalhos de Assmann sobre o infiltrado precoce estabeleceu-se uma série de interpretações acêrca do seu mecanismo de formação, e é conhecido de todos o excesso de algumas teorias que refutavam toda a importância do vértice pulmonar como zona onde pudessem aparecer as primeiras alterações anatómicas ou clínicas de reinfectão do adulto. Para aumentar a confusão que se estabeleceu em tôrno dêste problema, que era essencialmente patogénico, apareceram, nalguns autores, novos nomes que, em vez de esclarecer, mais complicaram a explicação do fenómeno. Por fim, a noção de infiltrado, que de início se tinha criado para lesões garantidamente específicas, passou a denominar processos pneumónicos que nada tinham que ver com a tuberculose. O A., neste artigo, insurge-se contra o emprêgo tão extensivo do termo, que o torna por fim inapto para caracterizar um determinado quadro definido. Faz uma crítica da nomenclatura empregada e defende a idea de só se aplicar a designação «infiltrado precoce» ou simplesmente «infiltrado» a lesões tuberculosas que apresentem aquelas

características clínicas e especialmente radiológicas para que foi criada. Para isso é preciso, principalmente, uma análise cuidadosa e sob todos os aspectos do doente, e poder então, com segurança, classificar o caso apresentado. Evita-se, assim, o abuso e a confusão que actualmente reinam em tôrno do infiltrado.

J. ROCHETA.

Contribuição ao bem fundado da calcioterapia na tuberculose. (*Ein Beitrag zur Grundlage der Kalziumtherapie der Tuberkulose*), por W. KLOSTERMEYER. — *Deutscher Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1937.

Por muitas razões tem sido elogiado pelos clínicos o tratamento da tuberculose pulmonar pelo cálcio e, particularmente, com o propósito de calcificar o processo mórbido e provocar assim a sua cura. Todavia, tem sido quasi impossível, por falta de bem executadas investigações, saber se de facto há uma directa influência do cálcio sobre as lesões tuberculosas no sentido duma maior deposição daquela substância a seu nível. Seria, por isso, de grande interesse resolver cabalmente este problema. Por meio da análise vulgar não se conseguem isolar convenientemente as diversas zonas dum foco tuberculoso, mas o A. emprega um método seu, a incineração por secções, conseguindo assim determinar com rigor a mineralização do tecido pulmonar são, do tecido de granulação e do *caseum*. Verificou nítidas diferenças de tecido para tecido, em qualquer órgão em que se encontrasse o foco tuberculoso. Assim, os sais das massas caseosas novas são constituídos principalmente por sais de cálcio insolúveis, que vão progressivamente aumentando, mas sem que nos cortes da hematoxilina-eosina aquele aumento se revele. No *caseum* antigo, naturalmente, há ainda maior concentração, principalmente de fosfatos de cálcio, carbonato de cálcio e mesmo fosfato de sódio. De uma maneira diferente se comporta o tecido de granulação; tubérculos miliares são constituídos por sais minerais solúveis, o carbonato de potássio e sódio, e também quasi sempre fosfato de sódio. Há, portanto, um evidente contraste entre um tecido e outro, e, todavia, não é bem explicável o motivo porque diversas zonas caseosas se calcificam macroscopicamente e outras não.

Parece evidente que a riqueza, em cálcio, destas zonas representa uma tendência curativa do organismo, que deve ser ajudada pela administração daquele medicamento e, ainda, por outras razões favoráveis para o doente que aquele produz.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Hospitais Cívicos de Lisboa

Abriam-se concursos para os lugares de internos do internato geral e do internato complementar dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

* * *

Academia das Ciências

Na sessão de 15 de Julho da Academia das Ciências, exarou-se na acta um voto de pesar pelo falecimento do Dr. Alfredo Luiz Lopes, acêrca de cuja vida e obras falaram os Profs. Sabino Coelho e Pereira Forjaz e Eng.º Fernando de Sousa.

O Prof. Celestino da Costa, na ordem do dia, expôs um resumo da história da embriologia e das principais doutrinas que têm dirigido o seu desenvolvimento.

Sobre esta comunicação falaram os Profs. Silva Carvalho, Sabino Coelho, Henrique de Vilhena e Egas Moniz.

* * *

Instituto de Medicina Tropical

Os Drs. Luiz Artur Fontoura de Sequeira e Manuel Máximo Prates terminaram as suas provas para provimento dos lugares de professores efectivos das cadeiras de helmintologia e protozoologia do Instituto de Medicina Tropical.

Constituíram o júri o director do Instituto, coronel-médico Dr. António Damas Mora, que presidiu, e os professores Dr. Nicolau Anastácio de Bettencourt, da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Carlos Moreira Ramalhão, da Faculdade de Medicina do Pôrto; e Dr. José Firmino Santana, que serviu de arguente.

Os candidatos foram aprovados por unanimidade.



Congresso Internacional da Insuficiência Hepática

O Congresso Internacional de Insuficiência Hepática realizar-se-á este ano em Vichy, de 16 a 18 de Setembro próximo, sob a presidência de honra dos Profs. G. Bergmann (Berlim), P. Carnot (Paris), Mariano R. Castex (Buenos-Aires), A. Dustin (Bruxelas), Sir W. Langdon Brown (Londres), G. Merañon (Madrid), E. Marchoux (Paris), W. Orłowski (Varsóvia), N. Pande (Roma) e G. H. Whipple (Nova-York).

Dão-se esclarecimentos no Secretariado Geral do Congresso: 24, Boulevard des Capucines, Paris, 9^e.

Liga dos Amigos dos Hospitais

A Liga dos Amigos dos Hospitais foi autorizada a adquirir um prédio urbano em Lisboa, para nêle instalar a sua sede e os serviços clínicos e hospitalares.

Viagens de estudo

O Prof. Fernando da Conceição Fonseca, assistente de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, pelo espaço de sessenta dias, de visitar alguns serviços hospitalares da França, Alemanha e Itália.

— O Prof. S. Costa Sacadura, director do serviço clínico da especialidade de obstetrícia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, durante sessenta dias, de visitar algumas obras de protecção às mães e recém-nascidos no país e, se as circunstâncias o permitirem, assistir ao Congresso de Obstetristas e Ginecologistas da língua francesa que se realiza em Paris nos últimos dias de Setembro e nos primeiros de Outubro.

Neerologia

Faleceram: em Alcáçovas, o Dr. Joaquim Júlio Cutileiro, médico da Misericórdia; em Lisboa, o Dr. Alfredo Luiz Lopes, antigo director de enfermaria no Hospital do Rêgo, médico da Misericórdia, sub-delegado de saúde e médico do Banco do Hospital de S. José; em S. Braz de Alportel, o Dr. Victorino Passos Pinto, médico municipal; e, no Pôrto, o Dr. Cândido da Cruz, médico em Ponte de Lima.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

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

OPOTERAPIA VEGETAL
As Energétènes BYLA

TUDO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Auhépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

Maltosan

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

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

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

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

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

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

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

DR. A. WANDER S. A., BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o — LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala

Est.

Tab

N. 9