



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

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.

Sala

Est.

Tab.

N.º

Sifilis terciária
 Doenças nervosas de origem sifilítica
 Afecções gerais sépticas e piémicas
 Arteriosclerose
 Doenças cardíacas e vasculares
 Afecções articulares

Jodipina

o primeiro óleo iodado para aplicação
 hipodérmica e interna

Neo-Jodipina

o novo producto de extrema fluidez.

Também como meio de contraste para a
 representação de espaços cavitários.

IODIPINA a 20%, e 40%, em frascos
 IODIPINA a 20%, e 40%, ampôlas de 1 e 2 cc.
 IODIPINA a 40%, grageias
 NEO-IODIPINA a 20%, e 40%, em frascos
 NEO-IODIPINA a 20%, ampôlas de 1 e 2 cc.

E. MERCK Fábrica de
 productos químicos DARMSTADT



Representantes para Portugal:

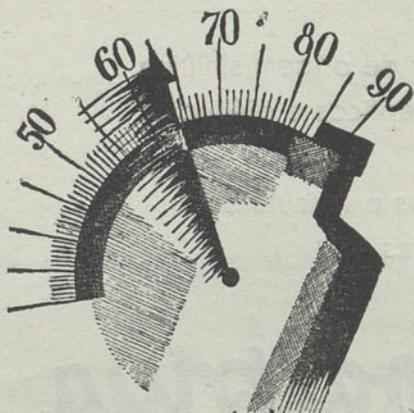
QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

R. Gomes Freire, 96

Porto

Rua do Almada, 59



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 apreço dos médi-
cos de todo o mundo

De ALLEN & HANBURY'S, 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

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

“ROBIN”

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.^o 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de 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 congéneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

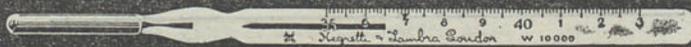
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ
MAL SERVIDO.

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

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 originaes

<i>Incontinência de urinas por implantação extravésical de um uretere supranumerário. Duplicidade renal direita. Heminefrectomia. Cura, por Alberto Gomes.....</i>	Pág.	531
<i>Dois casos familiares de anemia de Cooley, por Cordeiro Ferreira</i>	»	542
<i>A curiterapia como tratamento de eleição do carcinoma da corda vocal, por Angelo Pena.....</i>	»	570
<i>Revista dos Jornais de Medicina.....</i>	»	574
<i>Noticias & Informações.....</i>	»	XXXVII

INCONTINÊNCIA DE URINAS POR IMPLANTAÇÃO EXTRAVÉSICAL DE UM URETERE SUPRANUMERÁRIO. DUPLICIDADE RENAL DIREITA. HEMINEFRECTOMIA. CURA (1)

POR

ALBERTO GOMES

Observação n.º 513 da Consulta Externa do Serviço 6. Sala 1 do Hospital de Santo António dos Capuchos.

I. F. M. P., rapariga de 14 anos de idade, pouco desenvolvida em relação à idade. Sempre se lembra de perder as urinas. Molha-se constantemente, de dia e de noite, de pé ou deitada, tendo contudo também micções abundantes, com intervalos de três a quatro horas. Acaba de urinar grandes porções de urina e a seguir sente-se molhada. Urinas límpidas.

Filha de pais sifilíticos, tem sido considerada como portadora de sífilis congénita, pelo que tem feito tratamento na Consulta Externa do Hospital Escolar.

Foi menstruada aos 11 anos, sempre regularmente nos períodos e em quantidade. Prisão-de-ventre habitual.

Ao exame, os órgãos genitais externos encontram-se molhados de urina, que se verifica gotejar de um pequeno orifício existente junto à base do pequeno lábio direito, cêrca de meio centímetro atrás e abaixo do meato uretral. Êste orifício dá entrada a um canal facilmente permeável a um cateter ureteral n.º 10, que contudo só progride na extensão de 2 cm.; para além só se consegue passar com um filiforme.

Cromocistoscopia. — Boa capacidade vesical. Orifícios ureterais de situação normal, em fenda, o direito na base de uma pequena depressão piriforme.

(1) Comunicação à Associação Portuguesa de Urologia, em 8 de Julho de 1938.

Eliminação do carmim de indigo simultânea aos três minutos, concentrando imediatamente. Com um pequeno tampão de algodão colocado na vulva verifica-se que pelo orifício ectópico só aparece azul aos dezasseis minutos, que não chega a concentrar.

Urografia de eliminação. — Os rins em posição alta, o direito levemente mais baixo. Seis vértebras lombares; espina bifida da primeira e segunda vértebras sagradas com ausência do arco posterior das três restantes. Aos cinco minutos já boa eliminação bilateral. Morfologia normal e completa dos dois lados, desenhando-se os ureteres no trajecto lombar. Não se visualiza duplicação ureteral nem existe amputação do cálice superior de qualquer dos lados, que, quando presente nestes casos, constitue um bom sinal de possível duplicidade renal. Os bacinetes apresentam, dos dois lados, três cálices, como habitualmente, com uma morfologia inteiramente similar, embora todo o desenho do lado direito seja um pouco mais reduzido, como se correspondesse a um rim direito muito mais pequeno. Aos quinze e vinte e cinco minutos confirma-se o mesmo aspecto, estando a eliminação quasi terminada dos dois lados aos quarenta e cinco minutos.

Pielografia ascendente. — Cateterizo os dois ureteres de implantação vesical, o esquerdo com cateter opaco. Cateterizo o orifício ectópico com um cateter olivar n.º 4, não opaco, que progride 30 cm. Pela injecção de soluto de iodeto de sódio a 12,5 % obtêm-se os filmes que lhes apresento:

Pela injecção pelos cateteres vesicais confirma-se a morfologia descrita na urografia de eliminação. Pela injecção do cateter introduzido no orifício ectópico verifica-se, por cima e por dentro do bacinete direito, a existência de uma bolsa piriforme de 6 cm. de comprimento por cerca de 3 cm. na maior largura. Está numa situação bastante elevada, pois o bordo superior da cavidade ultrapassa o bordo superior da 12.ª costela (fig. 1).

O cateter que a ela conduz entrecruza duas vezes, na altura da segunda vértebra lombar e da articulação sacro-iliaca direita, o cateter que marca o trajecto do uretere direito em perfeito acôrdo com a lei WEIGERT.

A análise de urina colhida por micção espontânea dá: volume, 1200 cc.; densidade, 1021; reacção, ácida; ureia, 13 grs. %₀₀; cloretos, 7 grs., 5 %₀₀; sedimento, normal. a) TRINCÃO.

Não foi possível colher a urina que gotejava do orifício ectópico, que de resto nos pareceu sempre muito clara e límpida.

Divisão de urinas por cateterismo ureteral bilateral:

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume.....	58 cc.	55 cc.
Ureia por % ₀₀	9,2 grs.	9 grs.
Sedimento.....	Normal	Normal
Culturas.....	Estéreis	Estéreis

Fez-se uma aortografia, na intenção de esclarecer a distribuição dos vasos renais. Conseguiu-se uma boa nefrografia (fig. 2) que nos permite verificar que o rim esquerdo é mais estreito e alongado do que o direito. O rim direito

mostra-se globoso, excepto no polo superior, onde é acuminado, prolongando-se êste polo até junto dos corpos vertebrais. Apresenta-se formado por uma zona triangular, cêrca de um quinto da superfície total do rim, que contrasta nitidamente, pela sua fraca irrigação, com o restante parênquima, bem irrigado,

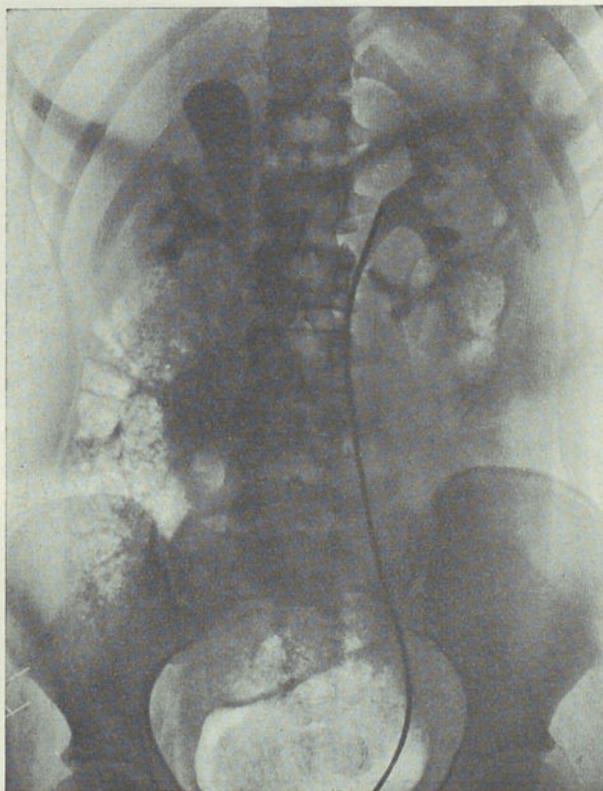


Fig. 1

Pielografia ascendente. A' esquerda cateter opaco. A' direita as cavidades renais apresentam-se com morfologia normal, similar à do lado esquerdo, mas mais reduzida, notando-se por cima e por dentro uma bôlsa periforme formada pela dilatação de um cálice único em continuação com o bacinete tributário do uretere de implantação extravascular.

da qual é separada por uma linha convexa que parece marcar o verdadeiro polo superior do rim inferior. Não se vê partir do pedículo qualquer vaso especialmente destinado a esta zona triangular que representa o rim superior.

Intervenção operatória em 25 de Abril de 1938. Raqui-anestesia : 12 centigramas de raqui-neocaína Corbière no espaço D. 12 L. I.

Incisão lombar. Rim de volume normal, apresentando o polo superior mole e flácido, em contraposição com o restante parênquima, de consistência normal, mas sem haver exteriormente qualquer linha de demarcação entre as duas zonas. Dois bacinetes, um inferior não dilatado, fazendo-lhe seguida

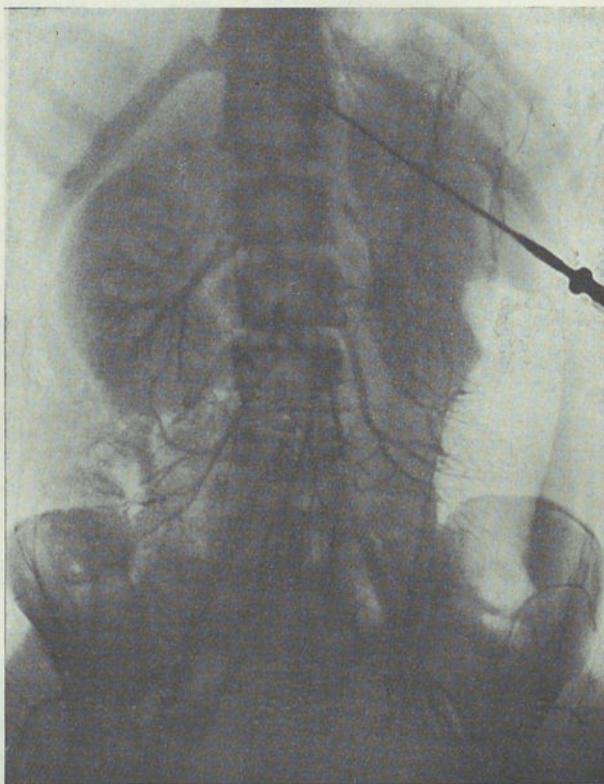


Fig. 2

Aortografia. A imagem do rim direito é constituída por duas zonas: uma de vascularização intensa, cêrca de quatro quintos da superfície total, correspondente ao uretere de implantação normal; outra triangular, cêrca de um quinto da superfície total, de irrigação quási nula, tributária do uretere supranumerário de implantação extravascular.

um uretere de aspecto normal passando atrás do pedículo renal como habitualmente, outro bacinete superior alongado, infundibiliforme, continuado por um uretere dilatado que vai passar entre os vasos do pedículo renal, havendo assim elementos do pedículo a separar os dois ureteres. Do pedículo renal partem dois grupos de dois pequeníssimos vasos, que por detrás e por diante

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



Quimioterapia anti-infecciosa

POLIVALENTE

bem tolerada pelo tubo digestivo

RODILONE

di (n-acetilamino-fenil) sulfona
(1.399 Z)

Comprimidos de 0 gr. 50
(TUBOS DE 20)

**GONOCOCCIAS
PNEUMOCOCCIAS
ESTREPTOCOCCIAS**

*Infeções de estafilococos, Meningococos,
— Colibacilos e Anaerobios —*

POSOLOGIA: ADULTOS - 1 à 6 comprimidos por dia

CRIANÇAS - 1 à 4 » » »

LACTANTES - 1/2 à 1 » » »

ODETTE
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8^e

do bacinete superior, respectivamente, se dirigem para o polo superior do rim e que são laqueados.

Isolamento do pedículo renal para se poder fazer a hemóstase provisória com um laço de *cautchouc*. Ressecção em cunha do polo superior do rim passando abaixo da zona amolecida.

A peça operatória (fig. 3) que forma uma bolsa completamente fechada fica presa ao uretere superior metido entre os vasos do pedículo, sendo necessário sectionar o uretere abaixo do pedículo para poder ser libertada.

Na superfície de secção do parênquima conservado não se vê qualquer cálice aberto. Existe uma hemorragia em *nappe* e um único vaso que sangra um pouco mais, mas que se reconhece não ser necessário laquear isoladamente.

Sutura do parênquima com três pontos em U transfixantes, transversais, imediatamente abaixo da superfície de secção para hemóstase e três pontos de afrontamento dos lábios da cunha entrepondo-lhe uma lâmina de gordura tirada do tecido celular subcutâneo. Êste procedimento foi inspirado numa heminefrectomia que vimos realizar em Berlim a VON LICHTENBERG, que conservou a cápsula da porção ressecada, revirando-a depois entre os lábios da superfície de secção antes de fazer a sutura, para garantir a hemóstase.

Fixamos o rim à REHN com um ponto de *catgut* crômico passado através do polo inferior.

Drenagem da loca renal com dois tubos. Sutura da parede.

Às quarenta e oito horas não há sangue na urina nem no penso.

Retiram-se os tubos de drenagem. Diurese no primeiro dia 750 cc., nos dias seguintes à roda de 1200 cc. Post-operatório sem incidentes. Não voltou a ter incontinência.

Cura por primeira intenção.

Conservou-se em decúbito dorsal quarenta dias, para garantia da fixação renal, fazendo-se então novamente uma urografia de eliminação e uma pielografia ascendente, que mostraram boa situação do rim operado e que o seu funcionamento e morfologia eram absolutamente normais (fig. 4).

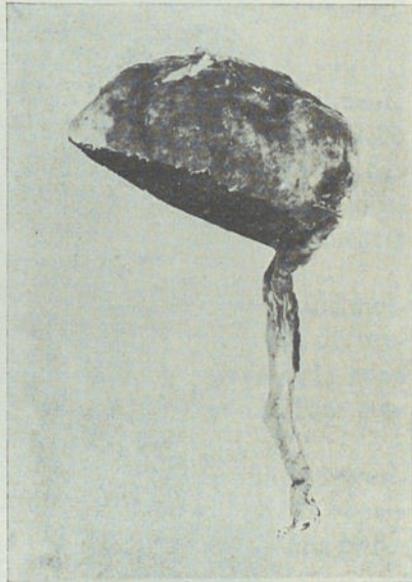


Fig. 3

Parênquima renal ressecado, cêrca de um quinto da massa total com o uretere correspondente. Formava uma bolsa mole e flácida que se prolongava por um bacinete alongado e infundibiliforme no uretere ectópico dilatado.

A incontinência da urina por implantação extravésical dos ureteres é raramente observada. Raríssima quando se trata de ureteres correspondentes a rins normais, menos rara quando se trata de ureteres de rins duplicados.

Estão descritas várias disposições anatómicas destas anoma-

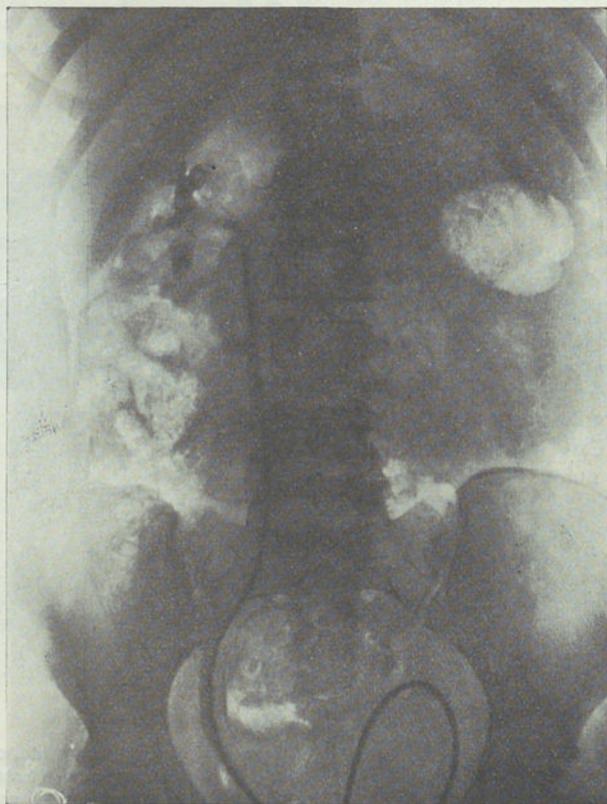


Fig. 4

Pielografia ascendente direita, quarenta dias após a intervenção. O rim operado conserva-se em boa situação e com morfologia pielo-calicial normal.

lias, sendo a mais freqüente a que corresponde ao nosso caso, isto é, duplicação renal unilateral com implantação extravésical do uretere supranumerário.

Conheço em Portugal unicamente o caso aqui trazido pelo colega MÁRIO CONDE em 1933. Tratava-se de uma anomalia do

mesmo tipo. Implantação vulvar do uretere superior de um rim duplo esquerdo, numa rapariga de 6 anos de idade, em que o colega AZEVEDO GOMES realizou uma nefrectomia total.

A raridade dos casos leva muitas vezes a desconhecer a verdadeira etiologia destas incontinências.

A existência porém de uma incontinência desde as primeiras idades, acompanhada da possibilidade de emitir voluntariamente uma quantidade de urinas que se aproxima de uma micção normal, deve fazer-nos suspeitar poder tratar-se de uma incontinência por implantação extravesical de um uretere.

Só uma observação minuciosa consegue em geral descobrir o orifício ectópico, mesmo quando tem uma localização facilmente acessível, e compreende-se que em casos em que a localização ectópica se faz nas paredes da vagina, na vesícula seminal, nas paredes da uretra ou junto ao esfíncter vesical, se possam confundir estas incontinências com as incontinências por deficiência do esfíncter.

A urografia de eliminação poucas vezes nos auxilia e nos mostra nestes casos a duplicação pielo-ureteral e o trajecto do uretere supranumerário, pois que quási sempre êle serve uma zona de parênquima sem capacidade funcional para eliminar, com concentração suficiente, a substância de contraste.

O uretere de implantação ectópica, mesmo quando intravesical, é sempre um uretere dilatado, que conduz a cavidades renais dilatadas, constituindo em geral a zona renal tributária uma bôlsa hidronefrótica de função bastante reduzida.

A atresia do meato ectópico, a ligeira infecção, embora discreta e sem manifestações clínicas, e ainda a perturbação do dinamismo pielo-ureteral, explicam suficientemente esta alteração e deficiência funcional do rim correspondente ao uretere de implantação ectópica.

A urografia de eliminação, como já dissemos, só em casos em que o rim inferior com a sua boa capacidade funcional nos mostra uma morfologia pielo-calicial, amputada no cálice superior, nos poderá confirmar a suspeita da duplicidade renal. Esta disposição anatómica, que permite, por comparação com a imagem do lado oposto, verificar que falta uma zona renal para completar o desenho morfológico das cavidades renais, é porém muito pouco freqüente.

E a permeabilidade e o cateterismo do meato ectópico, permitindo a pielografia ascendente do uretere supranumerário, simultâneamente com o cateterismo e a pielografia ascendente dos ureteres de implantação vesical, que vêm estabelecer com justeza a forma e situação de cada um dos rins e dos ureteres e fornecer o esclarecimento do caso clínico, documentando-o para uma adequada intervenção operatória e o mais conveniente resultado terapêutico.

Na falta de imagens pielográficas, o conhecimento de que o uretere ectópico e o respectivo bacinete são sempre dilatados e que pela lei de WEIGERT êste é sempre o superior, não basta para sôbre êle se tomar uma decisão operatória, pois se têm apontado algumas excepções, embora raras e muito discutidas. Tem então de recorrer-se, no acto operatório, a vários artificios, com injeções de substâncias coradas nos bacinetes, para se reconhecer e certificar qual corresponde ao uretere de implantação extravesical.

A aortografia pode também fornecer, em alguns casos, indicações preciosas, pois que visualizando os pedículos vasculares orienta o cirurgião sôbre as possibilidades e condições em que tem de efectuar a heminefrectomia, intervenção sempre a realizar de preferência, na quási totalidade dêstes casos de rim duplo.

Fala-se de rim duplo sempre que dois bacinetes são continuados por dois ureteres mais ou menos independentes, muito embora o parênquima renal não esteja dividido. O rim duplo é sempre formado por uma massa única, apresentando às vezes, na sua máxima individualização, um sulco na superfície, mais ou menos profundo, correspondendo a uma camada de tecido fibroso que a separa em dois rins distintos com dois pedículos isolados.

Esta disposição anatómica não é, porém, a que se encontra com mais freqüência, mas sim aquela em que, como no caso apresentado, o rim duplo é constituído por uma massa única contida numa cápsula indivisa, sem existir qualquer septo separativo ou sulco a indicar as zonas que correspondem a cada um dos bacinetes e ureteres.

A ressecção renal, no nosso caso, foi feita em pleno parênquima do rim inferior, não tendo havido necessidade de abrir as cavidades respectivas. Esta abertura, que tem sido apontada em outras observações publicadas, torna indispensável o seu encer-

ramento cuidadoso e explica as fistulas urinosas temporárias que algumas vezes têm complicado o respectivo post-operatório.

Fomos guiados, na realização da nossa heminefrectomia, pelo conhecimento das imagens pielográficas e pela diferença de consistência do parênquima do rim superior, que se apresentava mole, atrófico e constituindo uma bôlsa hidronefrótica continuada por um bacinete e um uretere dilatados.

Esta bôlsa, que, como vimos, foi ressecada completamente fechada, era, por assim dizer, constituída pela dilatação de um cálice único, contrastando nitidamente com a porção de parênquima correspondente ao rim inferior e tributária do uretere de implantação vesical, que se apresentava de aspecto e consistência normal, fazendo-lhe seguida um bacinete não dilatado e um uretere bastante delgado, mas sem anormalidade.

Tem sido apontada a necessidade da existência de um pedículo vascular independente para a zona renal a ressecar, para tornar possível a heminefrectomia. No nosso caso não existia pedículo individualizado, o que, de resto, nos não parece indispensável para tentar a heminefrectomia, pois a laqueação isolada dos vasos na superfície de secção e a sutura, mediata se necessário, nos garantem quási seguramente a hemóstase.

Constitue a heminefrectomia a operação ideal desde que a zona do parênquima renal tributária do uretere de implantação vesical, que é sempre a mais importante, se apresente sem alteração patológica e de bom valor funcional e desde que a intervenção pela laqueação de qualquer ramo vascular não vá causar perturbações de irrigação do parênquima restante, que vão produzir acidente ou anular êsse valor funcional.

A massa renal carece de ser bem exteriorizada e o hilo bem libertado de todo o tecido célula-adiposo que o cerca para verificar a existência de pedículos independentes ou bem estudar a disposição dos ramos vasculares antes de qualquer laqueação e para permitir, comprimindo o pedículo principal, fazer a hemóstase provisória indispensável para executar em boas condições a ressecção renal.

Tem sido o perigo da hemorragia secundária quando só existe um pedículo único e a possibilidade do aparecimento do infarto renal pela laqueação de um ramo arterial que, simultâneamente, irrigue o rim superior e uma zona importante do rim inferior a

conservar, que tem feito desistir muitos cirurgiões da heminefrectomia e os tem levado a realizarem outras intervenções para resolverem estes casos de incontinência de urinas por duplicidade renal.

A intervenção mais vezes realizada foi a nefrectomia total. Sacrifica uma zona importante do parênquima renal, de funcionamento absolutamente normal, quasi a totalidade da massa renal, e essa circunstância justifica que se deva considerar de indicação muito excepcional.

Ao lado desta cirurgia, excessivamente mutiladora, tem-se feito cirurgia excessivamente conservadora, sem justificação e mal compreendida, por procurar conservar uma zona de parênquima renal patológica e sem valor funcional.

Assim, estão publicadas observações de anastómose alta, uma entre os dois bacinetes, outra entre os dois ureteres, observações em que os ureteres ectópicos foram reimplantados trinta e cinco vezes na bexiga e uma vez no intestino e também seis observações em que se fez a ressecção ou laqueação do uretere de implantação extravesical, procurando, por este meio, obter a atrofia secundária do parênquima correspondente.

Este último processo, que poderia parecer impor-se pela simplicidade de execução, isolamento do uretere e sua obliteração por um simples nó, feito com o próprio uretere, tem o inconveniente da possibilidade de acidentes infecciosos graves, pois que, como vimos, no rim tributário do uretere de implantação extravesical, a infecção, embora discreta, é sempre presente.

Quanto às intervenções de reimplantação ureteral, a uretere-neocistostomia, são de técnica bastante complicada e difícil, principalmente em doentes quasi sempre de tenra idade e são de finalidade precária, pois se trata de conservar uma zona de parênquima renal de reduzido valor funcional, por uma intervenção que, na grande maioria dos casos, senão sempre, compromete o funcionamento renal por alterações do dinamismo pielo-ureteral, agravadas nestes casos por se tratar da reimplantação de um uretere que, como vimos, é sempre dilatado.

Em duzentos e dez casos publicados de incontinência de urinas por implantação extravesical do uretere, encontram-se cento e um casos da variedade anatómica do nosso caso e em que só

vinte e cinco vezes foi realizada a heminefrectomia, sempre seguida de bom resultado.

Em algumas observações completou-se a heminefrectomia com a ressecção do uretere na sua totalidade, o que na nossa observação só realizámos na extensão de cerca de 10 cm.

Não o fizemos, pelo menos até ao cruzamento dos vasos ilíacos, como quasi sempre fazemos na nefrectomia total, para não alongar mais a intervenção, pois a raquianestesia começava a dar indícios de cessar o seu efeito. De resto, não tivemos com isso qualquer inconveniente e tivemos depois conhecimento que MARION sistematicamente o não fez nos casos que operou, sem que isso, também, tivesse prejudicado os óptimos resultados que obteve.

As observações até hoje publicadas, por se referirem a crianças em que o cateterismo obrigou a uma anestesia geral e por serem anteriores à urografia de eliminação, não têm sido completadas com o estudo do valor funcional a distância do parênquima conservado depois da heminefrectomia.

A nossa observação é a única das vinte e cinco publicadas em que, pela urografia de eliminação e pela pielografia ascendente (fig. 4), se verificou que o rim restante se mantém em posição alta e conserva uma morfologia e um funcionamento normal absolutamente comparável ao rim oposto e ao que tinha antes da intervenção.

Hospital Estefânia — Serviço 4
(Director : DR. LEITE LAGE)

DOIS CASOS FAMILIARES DE ANEMIA DE COOLEY

POR

CORDEIRO FERREIRA
Médico Pediatra dos Hospitais

De entre o síndrome complexo e ainda obscuro que é a anemia pseudo-leucêmica infantil ou anemia de VON JAKSCH, pela primeira vez individualizada em 1889, por este autor, sob o seu aspecto anátomo-clínico e estudada hematologicamente por HAYEM e LUZET, em 1891, destacaram COOLEY e LEE, em 1925, uma nova entidade clínica que, diferente de todas as anemias esplênicas do lactante e da criança, foi por eles denominada «anemia eritroblástica».

A memória original deste autor, apresentada à Sociedade Americana de Pediatria, compreendia sete casos, dos quais mais tarde (1934), COOLEY excluía dois por serem pouco característicos; todos os outros tinham um carácter comum: pertencerem a raças mediterrâneas, gregos, italianos ou sírios.

Ulteriores estudos de COOLEY, publicados em 1927, em colaboração com WITWER e LEE, referindo novos casos, procuraram fixar o quadro clínico deste interessante síndrome.

Chamada a atenção dos clínicos e investigadores para os trabalhos de COOLEY e seus cooperadores, novos casos têm sido publicados, de início, por autores americanos e depois por outros, italianos, franceses e gregos...

Aceite por grande número deles a sua individualização como entidade nosológica própria, outros, como GYORGY, FORNARA CAMPANELA e em especial de BIASI, não encontram justificação para que o tipo de COOLEY seja separado da anemia de VON JAKSCH-HAYEM. A descrição inicial de VON JAKSCH, completada com as

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio em amp. conta-gott. de 10 c.c.
Pomada (Tubo de 30 gr.)
Ovulos (Caixa de 6).

ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTROPLATINOL (Platina)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)

Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL (Rhodio)

Ampollas de 5 c.c.
(Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é eguamente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as fórmas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL (Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

IOGLYSOL

(Complexo iodo-glycogeno)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doencas infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

Curas iodada e iodurada.

Affecções estaphylococcicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS 1507

**Produtos insubstituíveis que não devem
ser esquecidos**

Lipobiase

Emulsão vitaminada de óleo de fígado de bacalhau, que as crianças tomam com agrado; para ser tomada tanto no inverno como no verão.

Lactobiase

O fermento láctico que documenta com as análises oficiais ser preparado com Bacilo Búlgaro puro como nenhum outro existente no mercado o tem conseguido demonstrar.

Lactobilina

• Extracto de bilis queratinizado para combater a prisão de ventre sem produção de cólicas intestinais.

Cerimalte

Extracto de cereais para alimento dos doentes em estado febril, sem causar perturbações no fígado.



Peçam catálogo das especialidades originais do

Laboratório Farmacológico de Lisboa

Rua Alves Correia, 187

investigações hematológicas de HAYEM e LUZET, marcava os seguintes pontos importantes:

Crianças raquíticas de 6 a 20 meses de idade, com hepatoesplenomegália, esta notável, paragem de crescimento ou pelo menos forte atraso.

Anemia do tipo oligocítico e oligocroémico, leucocitose, por vezes, acentuada, diminuição relativa dos neutrófilos maduros, mas aparecimento de formas jovens, eosinofilia monocitose e linfocitose, e sobretudo o aparecimento de abundantes formas vermelhas nucleadas com eritroblastes e normoblastes. Megaloblastes e megalócitos têm sido descritos, mas contra isso levantam-se autores como NAEGELI e FERRATA, classificando os chamados megaloblastes e megalócitos como macroblastes e macrócitos, sendo pouco provável a associação do elemento pernicioso, único caso em que poderiam aparecer as formas embrionárias (NAEGELI).

Pôsto isto, vejamos como COOLEY e seus colaboradores fixaram o quadro da anemia eritroblástica nas suas descrições, que têm servido de modelo a todos os outros casos publicados: anemia intensa globular e hipo-crômica, com grande número de células vermelhas nucleadas, atingindo crianças de raça mediterrânea, congénita e familiar; o *facies* de aspecto mongólico ou mais propriamente oriental (PINCHERLE), pela conformação do crânio e côr citrina da pele; hepatomegália e esplenomegália volumosa, alterações ósseas, generalizadas a todo o esqueleto, consistindo em osteoporose e, finalmente, lesões histológicas do baço e da medula óssea.

Na literatura da anemia de COOLEY, hoje tão vasta já, é interessante constatar que antes de 1925, data da publicação da primeira memória, já casos descritos, sob o nome de anemia hemolítica familiar ou de anemia pseudo-leucêmica, poderiam ser classificados ou pelo menos suspeitos de anemia eritroblástica.

CRISTINA, em 1911, e depois em 1913, cita três casos de anemia com eritroblastose periférica e esplenomegália, em que já irmãos tinham falecido de doença idêntica, sendo um deles gêmeo.

CANNATA (1), em 1914, apresenta um doente de 4 anos de idade, de aspecto oriental, de desenvolvimento retardado com hepato.

(1) Citado por GERBASI.

esplenomegália, anemia com eritroblastose e de quem um irmão já falecera de anemia esplénica.

CARONIA (1), em 1914, e FRANCONI, em 1916, também falam de casos de anemia esplénica de tipo familiar.

STILMAN, em 1917, descreve um caso de um italiano com anemia; abundantes células vermelhas nucleadas, hepato-esplenomegália, esplenectomizado, encontraram-se lesões histológicas correspondentes à anemia eritroblástica, descrita oito anos mais tarde por COOLEY.

Em 1924, VITELLI fala de dois casos de anemia com eritroblastose e hepato-esplenomegália, em que dois irmãos faleceram de anemia, com esplenomegália. Fez-se o diagnóstico de sífilis pelos antecedentes.

Depois da observação de COOLEY e colaboradores, aparecem na literatura mundial numerosos estudos em que são analisados os sintomas, a etio-patogenia, os aspectos radiológicos e anátomo-patológicos.

HITZROT, em 1928, apresenta três casos de anemia eritroblástica em crianças da mesma família e de raça italiana, em que os sintomas clínicos, hematológicos e radiológicos, se comportavam como os descritos por COOLEY e seus colaboradores.

MARTA WOLSTEIN e KATERINE KREIDEL, em 1930, apresentam nove casos de anemia com esplenomegália e que os autores classificam de anemia hemolítica familiar, mas em que a descrição pode, em certos dêles, adaptar-se à anemia de COOLEY. Em cinco havia carácter familiar; em todos anemia intensa oligocítica e oligocroémica, com numerosas células vermelhas nucleadas, que chegaram a atingir duzentas e sete por cada cem leucócitos; a côr da pele amarelada lembrava o aspecto mongólico citado por COOLEY.

Em três dêles foram feitos exames radiológicos do esqueleto. Em um, havia rarefacção acentuada, em outro ligeira rarefacção e, no terceiro, os ossos eram normais. O prognóstico é quasi fatal; cinco foram esplenectomizados; dêsses, quatro morreram, dois dos quais quatro anos depois de operados e o outro, se bem que não curado, vive ainda cinco anos depois da intervenção. O quadro hematológico mostrou, nestes doentes, sempre, um número

(1) Citado por GERBASI.

elevado de células vermelhas nucleadas atingindo uma cifra vinte vezes maior do que a dos leucócitos; comparando com doentes esplenectomizados por doenças diferentes, as autoras constatarem que nestes a reacção vermelha era sempre menos intensa e não passava das primeiras semanas.

PARMELEE, em 1930, apresenta, na Sociedade de Pediatria de Chicago, dois casos de crianças italianas, um rapaz e uma rapariga, de 4 anos de idade, com alterações físicas, hematológicas e radiológicas; contudo o número de células nucleadas vermelhas era diminuto num dos doentes; no outro não é mencionado.

Em 1931, PARADISO, DESSYLHA e PREBIL, autores italianos, citados por GERBASI, apresentam uma série de casos de anemia, com esplenomegália e eritroblastose, de tipo familiar; não referem alterações ósseas. Prognóstico mau.

COPPER, em 1931, refere dois casos, em duas crianças italianas, das quais o primeiro sofrera de malária aos 9 meses, adoecendo com anemia eritroblástica, aos 2 anos e meio; foi esplenectomizado e teve uma crise eritroblástica, que durou seis meses. O outro caso datava da idade de 8 meses, em que já existia anemia com esplenomegália e células nucleadas. Não havia alterações ósseas.

CERZA, em 1932, apresenta doze casos de anemia com esplenomegália, em crianças pertencendo a quatro famílias, todos com eritroblastose, dos quais alguns melhoraram com tratamento arsenical.

BATY, BLACKFAN e DIAMOND apresentam um magnífico estudo de conjunto, fundado em vinte casos pessoais, dos quais dezasseis na sua clínica, e quatro observados em outras clínicas, e ainda nos casos referidos por outros autores.

A idade dos doentes é variável, mas na sua grande maioria (treze dos dezasseis casos), gira à volta dos 2 anos; não escolhe sexo, mas o carácter familiar foi quasi sempre visto, pois nessas crianças havia parentesco, em geral irmãos; apenas em dois casos, não foi possível identificar carácter familiar.

Também a influência de raça é salientada, pois todos são mediterrâneos, doze gregos, seis italianos, um arménio e outro siciliano; os seus sintomas sobrepunham-se. Início lento, notando-se palidez acentuada, tomando todo o corpo uma cor amarela, sem contudo se poder chamar icterícia.

O seu *facies* é característico e parecem-se mais uns com os outros do que com os membros sãos da sua família.

Há um certo ar oriental que os autores classificam de mongólico: olhos salientes, por vezes com epicantos, saliência malar, nariz curto e achatado na raiz.

A cabeça é grande, com fronte olímpica e por vezes sulco acentuado ao longo da sutura sagital.

Ligeira micradémia generalizada, atraso de crescimento, com pêso subnormal; inteligência conservada.

Ventre grande, mais saliente à esquerda que à direita, sobretudo pelo maior desenvolvimento do baço; êste atinge, em geral, a linha umbilical, mas pode ser apenas palpado abaixo do rebordo costal ou atingir a fossa ilíaca.

Os aspectos radiológicos são muito importantes. Os ossos, compridos, mostram acentuadas trabéculas medulares, especialmente nas metáfises, mas êste aspecto é mais notável nos ossos pequenos metacárpicos e metatársicos; a largura do ôsso é aumentada em virtude do alargamento da substância medular, que se mostra rarefeita. A substância cortical, bastante adelgaçada, apresenta-se, por vezes, areolada. Com a marcha do processo podem-se dar fracturas espontâneas.

Na abóbada craniana, no início da doença ou nos casos ligeiros, existe um espessamento e porosidade de todo o ôsso, com adelgaçamento das tábuas.

Com o avanço da doença as lesões acentuam-se e, vendo-se o crânio de lado, tem a aparência de uma escôva, em vista de estrias perpendiculares às tábuas do crânio; a parte restante tem aspecto esponjoso.

O exame citológico do sangue mostra constante anemia, por vezes intensa, com oligocroémia acentuada e grande número de elementos vermelhos nucleados; plaquetas normais; leucocitose; os elementos brancos são da série mielóide, atingindo estes percentagem elevada, com, por vezes, numerosas formas jovens. Linfócitos e monócitos baixos e normais de aspecto.

Existem sempre: policromasia, anisocitose e poiquilocitose; entre as células vermelhas aparecem eritroblastes e normoblastes; os autores falam em megaloblastes, mas vimos que FERRATA e NAEGELI não o admitem, supondo antes serem macroblastes.

Os autores referem, também, as alterações do sangue depois

da esplenectomia, mas os seus resultados condizem com os que já mencionámos anteriormente.

Outros exames complementares do sangue foram feitos. Tempo de hemorragia e de coagulação, normais; resistência globular, aumentada.

Índice ictérico, normal.

WHIPPLE e BRADFORD apresentam três casos, de que dois são irmão e irmã; todos três são de raça italiana. Não concordam com a denominação de anemia eritroblástica e propõem, exactamente pelo carácter racial, o nome de doença mediterrânea ou thalassenia. Referem e põem em especial relêvo o aparecimento de depósitos pigmentares em vários órgãos.

No exame histológico da medula óssea salientam a aproximação desta com a medula óssea da anemia perniciosa e pensam que as alterações ósseas têm a sua origem numa perturbação metabólica e não na hiperplasia da medula. O baço sofre uma evolução fibrosa, que se acentua com a marcha da doença.

RENA CRAWFORD e RICHARDA WILLIAMSON referem um caso de um italiano com doença característica de COOLEY, e que, esplenectomizado, vivia ainda cinco anos e nove meses depois, apresentando um desenvolvimento normal e boa nutrição; contudo, a hemoglobina era baixa (40 a 50), existia um número de células vermelhas nucleadas sete vezes superior ao das células brancas; fígado, aumentado de volume; por vezes crises de icterícia; dispnea de esforço e um sopro sistólico ligeiro.

PEHU, L. NOVÉ JOSSEK e B. NOEL apresentaram à Academia de Medicina de Paris, em 1935, os dois primeiros casos de anemia de COOLEY observados e descritos em França; tratava-se de dois irmãos nascidos em França de pais sardos, de idade, respectivamente, de 3 anos e meio e 18 meses.

Ambos tinham os caracteres fundamentais: racial e familiar, anemia intensa, com alterações hematológicas características; hepato-esplenomegália, *facies* mongólico ou, pelo menos, oriental e lesões ósseas típicas.

ORTOLANI contribue com um interessante trabalho para o estudo desta afecção, que êle denomina antes de osteo-hemopatia, ou melhor ainda, de hemo-osteopatia de COOLEY.

Apresenta sete casos, dos quais dois são gémeos, os primeiros gémeos descritos, e em que os sintomas iniciais aparece-

ram aos 2 meses de idade; os outros cinco casos são de três crianças de 3 anos de idade, um de 11 anos e um adulto de 20 anos; em todos, o quadro completo clínico, racial, hematológico e radiológico. Nos gémeos, seguidos durante vinte e seis meses, era notável a deformação craniana, dando um nítido aspecto oriental ou orientalóide.

O desenvolvimento psíquico é tanto mais retardado quanto mais cedo se desenvolveu a doença. Em alguns, febre, por vezes elevada, de tipo ondulante. Em cinco casos, havia natureza familiar, e o carácter mediterrâneo não faltava.

SIMONETTI CUIZZA descreve um caso de anemia de COOLEY esplenectomizado, em que o estado geral melhorou, mas, sem modificação do quadro hematológico.

WHIPPLE e BRADFORD, num importante e valioso trabalho, trazem novos elementos para a compreensão desta doença. Saliendam a importância dos depósitos pigmentares, simulando a hemocromatose. A anemia é considerada microcítica e hipocrômica; em dois casos, depois da esplenectomia, aparecem macrócitos e espessamentos das células.

Em dois casos, verificou-se um volume normal do sangue, ao passo que as células vermelhas diminuía. Na autópsia, detalhada em três novos casos, e parcial em dois outros, confirmam a semelhança da medula óssea com a medula perniciosa e a existência de metaplasia mielóide com mielócitos, células vermelhas nucleadas e megacariócitos no baço mais frequentemente, mas também no fígado e gânglios linfáticos.

BRADFORD e DYE fazem, em seis casos, estudos volumétricos das células vermelhas e concluem que se trata de uma anemia hipocrômica microcítica e hipocitêmica.

PONTONI, em detalhado estudo, faz o diagnóstico diferencial com a icterícia hemolítica e considera-a como uma variedade da eritroleucemia de JAKSCH; baseia o seu estudo sobre dois casos familiares nítidos de doença de COOLEY e sobre dois outros irmãos, apresentando formas iniciais e frustres.

GATTO cita o caso de uma criança de 4 anos de idade com eritroleucemia de COOLEY e com urticária pigmentosa, em que dois irmãos já tinham sofrido da mesma doença; não havia paragem ou atraso de crescimento; nas relações de proporção en-

tre as diversas partes do corpo salientavam-se os valores do crânio, sobretudo no seu diâmetro ântero-posterior.

Havia metaplasia mielóide no baço.

VAN DEN BERG, positiva indirecta.

Exame do suco gástrico, mostrava hipiclorídia.

Osteoporose generalizada, mas a hipertrofia osteoporótica, que se encontra habitualmente nos ossos do crânio e face, só se notou nos ossos cranianos, pois nos da face só osteoporose sem hipertrofia, o que condizia com o exame clínico, em que não se salientavam os malares. Faltava, assim, o aspecto orientalóide.

Sinais de aumento de volume cardíaco e a pressão máxima, baixa.

CAMINOPETROS apresenta um trabalho sôbre a eritroblastose de COOLEY na Grécia, tendo observado, de 1927 a 1934, quarenta e dois casos e depois de 1935 mais trinta e quatro casos.

Os sintomas são os habituais; o autor destaca, contudo, o valor da resistência globular, que se encontra sempre aumentada; no caso contrário, deve-se duvidar do diagnóstico; em dois casos, que, COOLEY citava como tendo uma resistência diminuída, verificou-se tratar-se de anemia hemolítica familiar.

SANTA-MARIA, PIENNA e MILIA, argentinos, estudam um caso de anemia de COOLEY que se sobrepõe aos outros estudados e referem que catorze casos têm sido observados na Argentina, todos com o carácter familiar e racial (mediterrâneo).

A-pesar da crítica de alguns, a anemia de COOLEY é aceite como um síndrome mórbido característico em quasi todos os trabalhos que consultámos, mas discutem-se as suas relações com outras afecções sanguíneas da infância.

Se, como vimos, alguns autores, como de BIASSI, afirmam que COOLEY apenas contribuiu com mais um elemento para o estudo da anemia de JAKSCH, o das alterações ósseas, outros, como MICHELI, pensam que sendo primitiva a alteração hemoglobínica, se trata de uma variedade de icterícia hemolítica constitucional, e, ainda, GUGLIELMO, que a classifica dentro das mieloses eritrémicas; para este autor, o tecido mielóide é constituído por três sistemas celulares: o eritropoiético, o leucopoiético e o piastriнопoiético. Conforme um ou dois destes sistemas, ou todos, estão afectados, o autor considera mielose parcial, mixta ou global.

Tratar-se ia de lesões proliferativas ou degenerativas, ao mesmo tempo que se dava uma inibição ou desvio do processo formador dos glóbulos (heperplasia com anaplasia).

Dentro dêste quadro anatómico e com o carácter de mielose eritrémica, o autor inclue tôdas as eritroblastoses, desde a anasarca feto-placentária à icterícia grave congénita e à anemia de COOLEY, cujo carácter distintivo seria a alteração esquelética difusa de tipo osteoporótico.

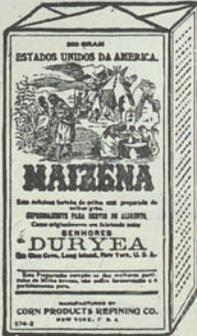
BATTY e seus colaboradores consideram a anemia de COOLEY uma individualidade nosológica absolutamente independente, dados os seus sintomas clínicos, hematológicos, radiológicos e o seu carácter familiar e racial. WHIPPLE, BRADFORD e todos os autores americanos citados consideram a anemia de COOLEY independente.

PEHŪ e seus colaboradores, numa vasta série de trabalhos sobre a anemia de COOLEY, a anasarca feto-placentária e a icterícia grave do recém-nascido, estudam as relações destas entre si e com tôdas as eritroblastoses infantis, nas quais incluem a anemia primitiva do recém-nascido, tipo ECKLIN; a mielose eritrémica aguda dos recém-nascidos, descrita por TECILAZIC e também por GUGLIELMO, a anemia das células falciformes, especial da raça negra, a anemia hemolítica familiar e a osteosclerose generalizada, ou doença marmórea, em que um processo osteoscleroso, estendendo-se, aniquila a medula.

Mas ¿ como se estabelecem essas relações ?

A sintomatologia e a ordem cronológica são bem diferentes; a anasarca feto-placentária, a icterícia grave familiar, a anemia primitiva do recém-nascido, são doenças do recém-nascido; a primeira, arrastando por vezes à morte intra-uterina ou poucas horas depois do nascimento; a icterícia grave do recém-nascido (ASTRACHAN) é uma doença familiar ou, por vezes, accidental, de precoce e intensa icterícia, de marcha rápida e gravíssima, que conduz à morte em vinte e quatro horas ou, por vezes, de evolução mais lenta, quando actuada por transfusões sanguíneas; aumento do volume do baço e fígado; grande número de células vermelhas nucleadas e de formas jovens leucocitárias; biliribinúria; VAN DE BERG, positiva em fase directa; no exame anátomo-patológico, encontram-se focos hemopoiéticos no fígado; o tratamento pela transfusão, bem como por injeções intra-musculares de sangue, tem certa eficiência; êste tratamento deve ser precoce,

MAIZENA DURYEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

30 anos de sucesso em todo o mundo

“ eregumil” Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidr carbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246
LISBOA

LISBOA MÉDICA

FITINA

"CIBA"



**RECONSTITUINTE
TONICO DO SISTEMA
NERVOSO
REMINERALIZADOR**

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

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
RUA SA DA BANDEIRA, 283 - 2.^o - PORTO
RUA DA MADALENA, 128 - 1.^o - LISBOA

antes mesmo do aparecimento da icterícia, quando se trata de criança pertencendo a famílias onde casos anteriores se tenham dado (admite o autor, no seu completo estudo, que a hemólise é o factor primitivo, e a eritroblastose, o factor secundário).

A anemia do recém-nascido (ABT, PEHÚ e colaboradores), tipo ECKLIN, de causa desconhecida, salvo a sua anemia, não tem outras alterações e o seu prognóstico é, por vezes, favorável; aumento de células vermelhas nucleadas e reticulócitos; não há diminuição da resistência globular; hepato-esplenomegália; os exames anátomo-patológicos mostram lesões idênticas às encontradas na icterícia grave. A-propósito citam um caso de anemia do recém-nascido, referido por BROWN MORRISSON e MEYER, com autópsia, em que não foi encontrada eritroblastose.

Na mielose eritrémica, a evolução é aguda, o sangue apresenta carácter idêntico ao das outras eritroblastoses; existe uma hiperplasia acentuada de todo o tecido eritropoiético; não há carácter familiar, nem lesões ósseas.

Mas, sendo o seu aspecto clínico diferente, há, contudo, pontos comuns, que reúnem tôdas estas formas rapidamente descritas:

O carácter familiar.

As alterações hematopoiéticas, o sangue conservando, como diz PEHÚ, o carácter do 3.º, 4.º e 5.º mês da vida intra-uterina, e sobretudo o elemento, que dá nome à doença: a eritroblastose.

Foi RAUTMANN, em 1912, quem, pela primeira vez, usou o termo «eritroblastose», a-propósito de um caso de anasarca feto-placentária, o qual apresentava esta alteração sanguínea; considerou tal estado como uma proliferação patológica do tecido eritropoiético, sendo a lesão do eritrócito apenas consecutiva àquela.

Mais tarde, GIERKE encontrou esta alteração hematológica na icterícia grave familiar e na anemia grave do recém-nascido, propondo a designação de «eritroleucoblastose», querendo significar que a lesão medular atinge os dois sistemas, eritro- e leucopoiético, ou seja uma mielose mixta.

LEHNDORFF, num trabalho sôbre anemias do recém-nascido, depois de se referir às anemias secundárias, apresenta dois tipos de anemia essencial ou idiopática.

Num, existe uma alteração profunda da hematopoiese, com a presença de numerosos glóbulos vermelhos nucleados, carácter

familiar, hepato esplenomegália, e, sob o ponto de vista histológico, presença de focos hematopoiéticos no fígado e baço; identifica-se com a anasarca e a icterícia grave; o seu prognóstico é mais favorável do que o das outras eritroblastoses.

Num segundo grupo, há anemia sem carácter familiar; não existem quaisquer outros sinais clínicos; não existe eritroblastose nem de-facto sinais de regeneração forte medular, a-pesar da intensidade da hipoglobúlia. Bom prognóstico; o autor atribue êste estado a um fenómeno de choque, devido à penetração das albuminas e hormonas maternas, que não sofrem já a influência neutralizante da placenta.

Últimamente, em 1925, como já dissemos, os estudos de COOLEY e seus cooperadores criaram o novo tipo de eritroblastose a que nos estamos referindo.

TZANCK, considerando ligados entre si estes estados patológicos, propõe-lhes a denominação comum de «anemias geno-distróficas».

LEHNDORFF engloba num só grupo nosológico tôdas as eritroblastoses, desde que tenham um carácter familiar; os elementos nucleados, para êle, não seriam formas jovens de regeneração, mas células patológicas. Elas dividem-se em dois grupos: *congénitas*, quando os sintomas existem ou aparecem logo após o nascimento; *tardias*, quando os primeiros sintomas aparecem depois do ano.

Dentro das eritroblastoses, PEHÚ e NOEL distinguem duas formas: as secundárias e as primitivas; as primeiras representam uma reacção medular consecutiva a uma causa excitante da medula; reacção eritroblástica, mais freqüente na primeira infância e atestando a capacidade regeneradora da medula.

As segundas, as únicas que, aqui interessam, e em que ficam englobadas as doenças, que temos apresentado, são hemopatias constitucionais.

Nelas, contudo, acontece, por vezes, que a alteração sanguínea não aparece no sangue periférico, sendo esta apenas um aspecto do complexo sintomático, que caracteriza as eritroblastoses.

Ainda, há pouco, citámos o caso descrito por BROWN e seus colaboradores, de uma anemia primitiva do recém-nascido, em que não se encontrou eritroblastose.

Na fase inicial e sobretudo na final do processo patológico, em

que a medula se encontra esgotada, não existe, por vezes, eritroblastose.

Assim, M^{ME} LANGE distingue eritroblastose e eritroblastemia; a primeira, significando uma doença geral do tecido eritropoiético; quando as formas não maduras penetram no sangue periférico, dar-se-ia então a eritroblastemia.

Tendo sido descritos casos dêste género, se bem que raramente, e mesmo em pleno desenvolvimento da doença, julga-se encontrar uma justificação (PEHÚ) no facto de não existirem focos eritropoiéticos extra-medulares e a medula óssea não dar passagem à circulação geral aos glóbulos nucleados, ficando, assim, um sistema fechado como normalmente; também o mesmo autor admite que em certos casos não exista uma produção excessiva de glóbulos nucleados:

Igualmente, se tem procurado um têrmo de comparação entre a anemia eritroblástica e a leucemia. De-facto, semelhança existe nas alterações profundas, que atingem em cada doença, electivamente, o sistema eritropoiético e leucopoiético. Mas, a anemia eritroblástica é muito mais restrita, na sua extensão, limitando-se a hiperactividade medular e esplénica e, duma maneira muito reduzida, a pequenos focos hepáticos ou ganglionares.

Se bem que hipóteses várias sejam postas sôbre a etiopatogenia desta afecção, nada há ainda assente.

O já citado LEHNDORFF, que, como vimos, engloba as eritroblastoses numa só entidade nosológica com modalidades diferentes, pensa que os sintomas principais e comuns a tôdas as formas existem precocemente, mesmo naqueles estados, em que, só mais tarde, são aparentes, e conduzem as crianças ao médico. Sustenta, assim, que se trata de uma doença constitucional heredo-familiar e representando mutação dos órgãos eritropoiéticos.

ALEXANDRE FLAX e WALDSTEIN (Filho), concluem: «Existe uma só doença eritroblástica e que, dependendo ou não de certas causas etiológicas, pode aparecer, sob diferentes aspectos clínicos, mas, com um fundo comum a tôdas elas.»

WHIPPLE e BRADFORD, lembrando a semelhança entre a medula eritroblástica e a medula perniciosa, admitem a possível falta de um factor essencial para o desenvolvimento normal da medula.

Essa substância não existe no fígado, cuja acção é nula nas eritroblastoses, mas poderá existir em qualquer outro alimento.

CAMINOPETROS, num completo trabalho, estuda a etiopatogenia sob o aspecto antropológico, sobretudo o *facies* mongólico e a transmissão hereditária; aquêlê é feito à custa da hiperplasia dos ossos do crânio e face, ao contrário da idiotia mongólica, que é provocada por uma hipoplasia dos mesmos ossos. Quanto ao carácter racial mongólico, nega qualquer interferência dêste, fundando-se em exames antropológicos do Prof. CAUMARIS sôbre dezasete crianças.

MACKLIN conclue que as três eritroblastoses fetais são expressões múltiplas da hematopoiese fetal e que, assemelhando-se anátomo-patologicamente, no entanto são diferentes, patogênicamente.

A icterícia é a mais freqüente; todavia a anasarca é muitas vezes substituída por uma série de abôrtos ou partos prematuros, ligados todos ao mesmo factor hereditário. A anemia congénita parece ser rigorosamente limitada às raças mediterrâneas.

Atribue todos estes factos a um factor germinativo, que pode produzir mutações em qualquer destas três doenças, mas mutações para tipos diferentes são raras na mesma família, pois que a maioria só tem crianças atingidas duma só destas afecções.

SPYRAPOULOS, estudando cinqüenta e quatro casos de anemia, pseudo-leucémica, entende não poder sustentar qualquer etiologia, sendo insuficientes os factores alimentares, a sífilis, a tuberculose, o raquitismo, descritos até aí. Também refere que o carácter familiar só o encontrou em três casos, o que mostra que êle é mínimo, ao inverso da anemia de COOLEY, em que tem um papel fundamental.

SANTILLANA estuda quatro casos em uma família mediterrânea e propõe o nome de anemia de VON JAKSCH-COOLEY, pois considera a anemia de COOLEY apenas como uma variante familiar e com lesões ósseas da anemia pseudo-leucémica; conclue que factores hereditários não conhecidos actuam sôbre os órgãos hematopoiéticos da criança antes do nascimento, manifestando-se já nos primeiros meses de vida por uma grave incapacidade funcional dos órgãos destinados à produção sanguínea.

PEHŪ inclina-se também para uma anomalia germinativa, trazida por um atraso ou desvio na evolução da série globular

vermelha; esta disgénese atinge, ao mesmo tempo, o glóbulo e o miocárdio, pois, em buscas anatómicas, na anasarca feto-placentária, verificou-se o incompleto desenvolvimento da fibra cardíaca. Estudando as suas relações com outras doenças congénitas e familiares, pensa que as eritroblastoses sejam uma manifestação de doenças interessando o conjunto do sistema retículo-endotelial, cada disgénese correspondendo a uma diferenciação possível do sistema retículo-endotelial. Para êle e seus colaboradores, a alteração original fere o germen, quer se trate do óvulo ou do espermatozóide. Tanto quanto pode concluir do que fica dito, o autor pensa, como hipótese de trabalho, que se pode estender a êste caso a teoria cromosómica da hereditariedade.

BATTY e seus colaboradores sugerem que se trata de um vício herdado de desenvolvimento do sistema hematopoiético, cuja natureza é completamente desconhecida, e atribuem a localização mediterrânea à colonização da era grega, em que estes povos dominavam tais regiões. Todos os sintomas são consequência da hiperactividade do sistema eritropoiético medular, bem como da extensão a outros focos esplénicos, hepáticos ou mesmo ganglionares. Aos estímulos normais, a medula, por defeito congénito, responde lançando na circulação formas jovens ou atípicas. Se bem que a sua actividade seja aumentada, a eficiência é diminuída. As alterações ósseas são o resultado da pressão mecânica exercida pelo aumento de volume da medula hiperactiva, o que se vê pelo aumento da parte medular e adelgaçamento da cortical.

ASTRACHAN, no seu trabalho sôbre icterícia do recém-nascido, admite a verosimilhança de uma toxina, que necrose as células do fígado e as células nervosas. Pensa que um estudo químico das células do sangue possa trazer qualquer elucidação.

Na patogenia da icterícia grave, admite um exagêro do mecanismo fisiológico da icterícia benigna, que, como nós mesmo mostrámos, é atributo de todos os recém-nascidos.

CATALA, discutindo as doutrinas das eritroblastoses, admite um factor constitucional, mas pensa que o elemento hemolítico seria primitivo e a eritroblastose a sua consequência.

COOLEY, que admitiu inicialmente a origem hemolítica da anemia eritroblástica, não a considera já como o factor primitivo, se bem que reconheça a sua importância. Inclina-se antes para uma

perturbação metabólica que excite o tecido eritropoiético e o leva a lançar na circulação grande quantidade de elementos jovens.

Estudando, em estados anémicos das crianças, os lipóides nas células e plasma, COOLEY e colaboradores viram que na anemia eritroblástica as alterações eram as mais acentuadas; havia o dôbro da quantidade normal de lipóides e fosfatidos e aumento notável nas gorduras e colesterol livre. Estudos físico-químicos e dos minerais não mostravam qualquer alteração.

ORTOLANI considera um defeito congénito e constitucional atingindo o sistema eritropoiético e esquelético e PONTONI, concordando, entende que, pelo facto do aparelho cárdio-vascular, baço e esqueleto serem atingidos, é ao próprio mesênquima, sua origem, que se deve ir buscar o êrro evolutivo por hiperanaplasia com meiopragia.

É assim que também PARADISO e GRILLO interpretam, bem como GATTO, sendo todos da escola italiana.

NITTIS e SPILIOPOULOS estabelecem relações entre a malária e a anemia eritroblástica, fundando-se num estudo feito em oito crianças com anemia e em que foi possível identificar, em três, o parasita da terçã maligna; sete curaram.

ERNADEZ inoculou frangos com sang e de doentes de COOLEY e, seguindo-os durante quatro meses, não encontrou nunca qualquer modificação, nem do estado geral, nem hematológico. Sacrificando-os, ao fim dêste tempo nada também encontrou.

Doença de data recente, o seu interêsse mantém-se vivo; assim, pareceu-me oportuno apresentar dois casos de anemia de COOLEY em dois irmãos de sexo diferente, que passaram pelo Serviço do meu Mestre, o Dr. LEITE LAGE.

F. T. S., de sexo masculino. Observação 10.174 do Serviço 4 do Hospital Estefânia.

Criança de 7 meses de idade, criada ao peito, vista, pela primeira vez, na Consulta Externa com o n.º 121.028; foi internada três meses depois.

Adoecera aos três meses de idade, notando a mãe que ficava muito pálida e o seu pêso mantinha-se estacionário. Lembrando-se de uma filha que tivera com os mesmos sintomas, consultou um médico do bairro, que lhe disse ter a criança o fígado e baço grandes e aconselhou-a a ir à nossa consulta.

Pais vivos e sãos, de 28 e 31 anos de idade, nascidos em Proença-a-Velha, na Beira, primos co-irmãos. Não saíram da sua terra senão para virém para Lisboa, onde residem há onze anos.

Nunca tiveram qualquer doença. Os pais dêles também residiram sempre em Proença-a-Velha. Só a avó materna teria sofrido de malária, os outros sendo sãos. A mãe tem três irmãos, dos quais um com dez filhos, sendo seis vivos e sãos, tendo quatro falecido de doenças acidentais; outro irmão teve seis filhos, dos quais quatro morreram ao nascer, por dificuldades do parto.

Negam sífilis, tuberculose ou qualquer doença familiar. Só tiveram dois filhos; uma primeira nasceu em Abril de 1935 e faleceu em Agosto do mesmo ano. Cêrca de dois anos depois nasceu o nosso doente.

Não houve abortos nem partos prematuros.

A mãe, a-pesar-de não acusar qualquer sintoma de sífilis, fêz durante a segunda gravidez intenso tratamento com arsênio e bismuto, segundo conta.

A criança pesa, aos 7 meses, data da sua primeira consulta, 5^k,150, e aos 10 meses, data da sua entrada na enfermaria, 5^k,350.

Impressiona a sua côr amarela intensa que, diz a mãe, seguiu a uma ligeira icterícia. As mucosas bastante descoradas, mas o olhar conservando vivacidade. A pele côr de limão. Crânio volumoso, com rêde venosa desenvolvida, proeminência das bossas parietais; fontanela aberta; cabelos lisos e raros. Nariz achatado na base; não tem acentuação malar; não tem epicanthos, os olhos pequenos, vivos, de compridas pestanas; o seu aspecto lembra, sobretudo pela côr, o dum oriental. O ar é inteligente, não lembrando um mongólico, como estamos habituados a ver. É magro, o resto do corpo contrastando com o crânio; membros muito delgados.

O panículo adiposo bastante reduzido nos membros, ventre e tórax. Não tem sinais de raquitismo. O tórax é achatado; o ventre volumoso de cicatriz umbilical despregada por hérnia.

À palpação, nota-se o baço muito volumoso, alongado, descendo dois dedos abaixo da linha horizontal, passando pelo umbigo, mas não se aproximando da linha mediana, da qual fica afastado uns três dedos. O fígado, moderadamente aumentado, desce três dedos abaixo do rebordo costal.

Não se palpam gânglios cervicais, axilares ou inguinais. Há ligeira hipotonia muscular.

Ao exame do aparelho respiratório, nada se nota de anormal; respiração do tipo abdominal. O coração bate no 4.º espaço para dentro da linha mamilar. Nada de anormal ao seu exame. Pulso pequeno freqüente de 110 pulsações por minuto.

Garganta pálida de reduzidas amígdalas; abóboda palatina normal. Três dentes.

Nada do sistema neuro-psíquico.

Febre atingindo 39°,5, mas girando à volta dos 38°, por vezes desaparece, estando dias sem temperatura.

Reacção de WASSERMANN negativa na mãe e no filho.

Reacção à tuberculina (PIRQUET) três vezes negativa, com uma semana de intervalo entre cada uma.

Uma análise de urina (25-I-938) mostra :

Densidade — 1.005.

Vestígios nítidos de albumina.

Não tem glucose ou corpos cetônicos.

Alguns pigmentos biliares com urobilina acentuada.

Não tem ácidos biliares.

Sedimento: algumas células epiteliaes poliédricas; raros leucócitos.

Alguas granulações de fosfato tricálcico, raros cristais de fosfato amônio, magnésio e lamelas de fosfato bicálcico.

Reacção de VAN DEN BERG $\left\{ \begin{array}{l} \text{directa, negativa.} \\ \text{indirecta, positiva.} \end{array} \right.$

Uma primeira análise de sangue revela (1-XI-937):

QUADRO ERITROCITÁRIO

Eritrócitos por mmc.	3.560.000		
Hemoglobina %/o.....	40		
Valor globular	0,56		
Anisocitose e poiquilocitose, acentuadas; fortes policromasia e basofilia.			
Eritrócitos nucleados.....	24,060		
Por 100 leucó- citos	Eritroblastes basófilos ..	0,8	} 73,6
	» policromatófilos.....	8	
	Eritroblastes	56,8	
	Normoblastes	3,2	
	Eritrócitos com núcleo picnótico.....	4,8	

QUADRO LEUCOCITÁRIO

Leucócitos por mmc. 32.690

HEMOGRAMA

Neutrófilos $\left\{ \begin{array}{l} \text{de núcleo segmentado..} \\ \text{» » em bastonete} \\ \text{» » jovem} \end{array} \right.$	28	} 33,6
	4	
	1,6	
Eosinófilos	8	
Basófilos.....	0,8	
Linfócitos	55,2	
Monócitos	2,4	
Tempo de hemorragia, 1',30.		

Fêz tratamento com injecções de figado; ferro *per os*; injecções de sangue da mãe e arsénico.

Entrado na enfermaria, em 16 de Janeiro, o seu estado mantem-se sensivelmente o mesmo.

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^o)

MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

GIMENEZ-SALINAS & C^o
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes



Vitaminas

*fontes de energia vital
para o organismo no período
de crescimento*

Vigantol

contém

vitamina D

quimicamente pura, aterida e numa forma que é bem tolerada pelo organismo

Contra as perturbações do metabolismo do cálcio e do ióforo

Vogan

contém 100 vezes mais

vitamina A

do que o óleo de fígado de bacalhau vulgar, além disto contém uma quantidade adicional, rigorosamente aterida, de

vitamina D

Para melhorar o estado geral, nos casos de atraso do desenvolvimento físico, susceptibilidade geral para as doenças, tuberculose e escrofulose. Além disto na xerofalmia, queratomalacia, hemeralopia, anorexia e doença de Basedow

E. Merck
Darmstadt

Representante:
Químico-Farmacéutica
Limitada
Rua do Palma 153
LISBOA

»Bayer«
Leverkusen

Representante:
BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quinteila 11,2°
LISBOA

Uma segunda análise de sangue (17-I-938) :

Eritrócitos por mmc.	1.850.000		
Hemoglobina %/o	28		
Valor globular	0,76		
Anisocitose e poiquilocitose, acentuadas; fortes policromasia e basofilia.			
Eritrócitos nucleados por mmc.	23.310		
Eritrócitos nucleados por 100 leucócitos.....	Eritroblastes basófilos	0,8	} 88,8
	» policromatófilos.....	7,2	
	Eritroblastes	72,8	
	Normoblastes	2,4	
Eritrócitos com núcleo picnótico.....	5,6		
Leucócitos por mmc.	26.240		
Neutrófilos	(segmentados	30,4	} 44
	bastonetes.....	8	
	jovens	4	
	mielócitos	1,6	
Eosinófilos.....	10,4		
Basófilos.....	0,8		
Linfócitos.....	40		
Monócitos	4,8		
Tempo de hemorragia, 1',15".			
» » coagulação, 4',30".			
Plaquetas por mmc.	324.460		

19-I-938. — Uma punção esplênica revela, pelo exame directo dos esfregaços, sinais de intensa eritropoiese. Não se encontraram parasitas nem de Kala-azar nem de Malária.

Resistência globular diminuída,
tendo o seu início..... (H₁) 0,68 %/o
e a hemólise total

(H₃) 0,66 %/o

Continua subfebril. O mesmo tratamento.

Uma terceira análise mostra uma ligeira melhoria (25-I-938) :

Eritrócitos por mmc.	2.150.000
Hemoglobina %/o.....	32
Valor globular	0,74
Anisocitose e poiquilocitose muito acentua- das; moderada basofilia, forte policro- masia; corpos de JOLLY e de CABOT; granulações azurófilas em alguns eri- trócitos.	
Eritrócitos nucleados por mmc.	31.260

Eritrócitos nucleados por 100 leucócitos.....	Eritroblastes basófilos	—	} 103,2	
		» policromatófilos.....		3,2
		Eritroblastes		88
		Normoblastes		8
	Eritrócitos com núcleo picnótico.....		4	} 30,290
	Leucócitos por mmc.		30,290	
	Neutrófilos	segmentados	28	} 36,8
		bastonetes	7,2	
		jovens	0,8	
	mielócitos		0,8	
Eosinófilos.....		6,4		
Basófilos		0,8		
Linfócitos		53,6		
Monócitos.....		2,4		

Exames radiológicos do esqueleto não mostram qualquer alteração em 25-I-938 (Dr. ALEU SALDANHA).

Em 3-II-938, quarta análise :

	Eritrócitos por mmc.	2.360.000		
	Hemoglobina %.....	30		
	Valor globular	0,64		
	Anisocitose e poiquilocitose acentuadas; fortes policromasia e anisocromia e moderada basofilia.			
	Eritrócitos nucleados por mmc.	5.240		
Eritrócitos nucleados por 100 leucócitos.....	Eritroblastes basófilos	—	} 58,4	
		» policromatófilos..		1,6
		Eritroblastes		51,2
		Normoblastes		0,8
Eritrócitos com núcleo picnótico.....		4,8	} 8,960	
Leucócitos por mmc.		8,960		
Neutrófilos	segmentados	23,2	} 32	
	bastonetes	8,8		
	jovens	—		
mielócitos		—		
Eosinófilos		2		
Basófilos		—		
Linfócitos		62,4		
Monócitos.....		3,6		

Há uma queda dos elementos nucleados, quer vermelhos, quer brancos ; o resto fica sensivelmente na mesma.

Continua subfebril ; mesmo pêso ; exame dos ouvidos, nada revelou. Um exame do sangue, para doseamento da colesterina, revela 200 milgr. por %.

Em 14 de Fevereiro, mantendo-se o mesmo estado, a mãe pede alta e leva a criança.

Nada conseguimos saber dela até 12 de Maio de 1938, isto é, três meses depois, em que volta, com 14 meses de idade.

O estado é sempre o mesmo, bem como o pêso; continua subfebril; não tem sinais de raquitismo.

O baço desce perto da fossa ilíaca. Tem feito tratamento noutra consulta.

Uma quinta análise de sangue (12-5-938):

Eritrócitos por mmc.	2.270.000		
Hemoglobina %/.....	23		
Valor globular	0,51		
Anisocitose e poiquilocitose muito acentuadas; fortes policromasia, basofilia e anisocromia. Alguns eritrócitos com granulações azurófilas; corpos semi-lunares de CABOT e de JOLLY.			
Eritrócitos nucleados por mmc.	54 204		
Eritrócitos nucleados por 100 leucócitos	Eritroblastes policromáticos.....	4,8	} 156
	Eritroblastes	125,6	
	Normoblastes	17,6	
	Eritrócitos com núcleo picnótico .. .	8	
Leucócitos por mmc.	34.746		
Neutrófilos	(segmentados	24,8	} 40,8
	bastonetes	9,6	
	jovens	3,2	
	mielócitos.....	2,4	
	pró-mielócitos.....	0,8	
Eosinófilos	0,8		
Basófilos.. ..	0,8		
Linfócitos	56		
Monócitos.....	1,6		

Calcemia — 11,50 milgr. por %/.

Novos exames radiológicos do crânio e membros nada revelam. (Dr. ALEU SALDANHA).

Reçomeçámos o tratamento, não podendo pensar-se em esplenectomia, pelo seu estado e pelos escassos resultados. Mas a doente desaparece de novo.

Só, finalmente, depois de a procurarmos, conseguimos que ela volte à consulta em 4-X-938.

Uma sexta análise de sangue (4-X-938):

Eritrócitos por mmc.	1.550.000
Hemoglobina %/.....	19
Valor globular	0,61
Anisocitose e poiquilocitose muito acentuadas; fortes policromasia e anisocromia; ligeira basofilia; corpos semi-lunares de CABOT.	
Eritrócitos nucleados por mmc.	4.640

Eritrócitos nucleados por 100 leucóc. ^{tos}	}	Eritrócitos policromáticos.....	3,2	}	24,8
		Eritroblastes.....	20		
		Normoblastes.....	1,6		
		Leucócitos por mmc.....	18.710		
Neutrófilos	}	(segmentados.....)	42,4	}	55,2
		bastonetes.....	10,4		
		jovens.....	1,6		
		mielócitos.....	0,8		
Eosinófilos.....		6,4			
Basófilos.....		0,8			
Linfócitos.....		36,8			
Monócitos.....		0,8			
Tempo de hemorragia, 3'.					
» » coagulação, 5' e 30''.					
Plaquetas.....			289.320		

MIELOGRAMA (PUNÇÃO DO ESTERNO)

Eritroblastes.....	73,5
Neutrófilos.....	19
Linfócitos.....	0,5
Mieloblastes.....	1,5
Mielócitos neutrófilos.....	5
Monócitos.....	0,5

Resistência globular, aumentada.

O estado geral é o mesmo; o peso de 5^k,640; tem 19 meses de idade. Não tem sinais de raquitismo, salvo a fontanela, ainda não de todo ossificada. O baço desce até a fossa ilíaca. O fígado, como anteriormente. Conserva a mesma vivacidade no olhar, mostrando uma inteligência normal.



Fig. 1

Tem sempre o mesmo *facies* oriental, mas sem predominância dos malares. Nada de aspecto mongólico.

Os exames radiológicos revelam, pela primeira vez, as alterações ósseas características.

Em uma radiografia lateral do crânio, notamos uma imagem particular dos ossos da calote: a tábua interna, nas metades posteriores dos ossos frontais e parietais, mantém-se conservada, enquanto a externa está interrompida,

VITAMINAS E ALIMENTAÇÃO



PODE hoje garantir-se que está bem resolvida a questão das principais vitaminas, tanto relativamente à sua distribuição na natureza, como às necessidades e forma de administrá-las à criança, organismo jôvem em constante desenvolvimento.

Recordemos, antes de tudo e como «idéa básica» de alimentação infantil, que a criança necessita de uma incessante e variada aquisição de vitaminas, um regime diário que seja verdadeiramente poli-vitaminado, compreendendo a devida ingestão de vitaminas A e D em primeiro lugar, assim como as B e C.

Aceite que no aleitamento artificial se deve administrar a vitamina C ou anti-escorbútica por meio de sumo de laranjas ou de limão, a criança, submetida a uma dieta constituída por leite puro de vaca, absorverá bastante quantidade de vitaminas. Além do factor A, chamado vitamina do desenvolvimento, o leite contem a vitamina D ou anti-raquítica. Sem querer entrar em discussões científicas sôbre a questão das três vitaminas B (B¹, B², B³.) diremos que, na prática, êste factor se administra com as primeiras papas de cereais e legumes incluídas no regime da criança.

Uma vez demonstrada a favorável influência que tem o óleo de fígado de bacalhau por conter tantas vitaminas A e D, a Sociedade Nestlé empreendeu uma série de estudos biológicos que terminaram com a criação da actual fórmula Farinha Láctea Nestlé, a qual comparativamente com a antiga, leva adicionado um concentrado natural de óleos de peixe, que a enriquecem consideravelmente em vitaminas A e D.

Modernizadas algumas fases da sua elaboração, efectuaram-se, seguidamente, extensas provas clínicas por eminentes pediatras e, classificados os resultados de inúmeros trabalhos (vários dêles já publicados) e atestados recebidos, pode afirmar-se que a Farinha Láctea Nestlé constitue uma fórmula alimentícia completa, equilibrada sob o ponto de vista nutritivo. E,

quanto ao aspecto vitamínico, é um produto vitaminizado no qual se demonstra :

tôdas as vitaminas do leite fresco, pôsto que extensas investigações biológicas efectuadas sôbre o leite condensado «Nestlé» — ingrediente primordial dêste produto — tenham demonstrado claramente como se conservam aqui tôdas as vitaminas do leite, incluindo a vitamina C, que é a mais frágil;

as vitaminas do trigo e do malte, conservadas, graças a especiais cuidados na elaboração e maltagem;

as vitaminas do concentrado de óleos de peixe que se lhe junta, o qual a converte numa fórmula de comprovados efeitos anti-raquíticos.

Esta afortunada adição do concentrado vitamínico permite considerar a actual fórmula da Farinha Láctea Nestlé como um produto controlável no que se refere às suas vitaminas A e D: e tanto é assim que o contrôle permanente que se faz com êste produto no «Instituto de Estado para o contrôle das Vitaminas» da Suíça, mostra, para cada 100 gramas de Farinha Láctea Nestlé, uma existência regular de 1240 unidades internacionais de vitamina A e 400 unidades internacionais de vitamina D.

Hoje, que tanto se tem fantasiado sôbre produtos vitaminados, queremos oferecer ao médico uma verdadeira garantia—contrôle clínico e biológico—sôbre as vitaminas que mostra ter a Farinha Láctea Nestlé, pois que depois da adição do mencionado concentrado êste produto ficou consagrado, como eficaz preventivo do raquitismo e favorecedor da fixação cálcica.

e é formada por estrias pequenas, perpendiculares à superfície do crânio, formando, assim, um aspecto característico em escôva. A camada medular não se encontra espessada.

Nos ossos longos dos membros superiores, nota-se um alargamento das cavidades medulares, com aumento de transparência do osso por atrofia difusa e conseqüente adelgaçamento das camadas corticais.

Nas falanges e metacárpicas, além do adelgaçamento de córtex, as trabéculas medulares encontram-se mais patentes, formando um reticulado em

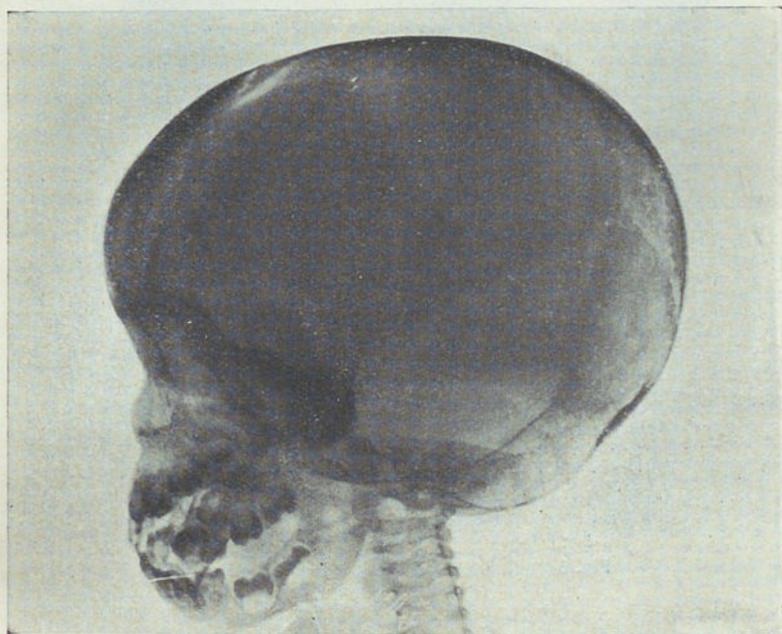


Fig. 2

volta de zonas muito pequenas de atrofia macular. Estes aspectos são, sobretudo, nítidos, comparando as radiografias com as orbitas anteriormente, em que o sistema ósseo se apresentava ainda normal.

O aspecto em escôva da tábua externa do crânio e a atrofia óssea difusa são sinais radiológicos da anemia eritroblástica de COOLEY.

Coração globoso, com proclivência do arco médio esquerdo, de ponta arredondada e com um volume maior do que o normal (índice cardio-pulmonar 1,7).

Este aspecto deve estar em relação com o estado anêmico. — (a) ALEU SALDANHA.

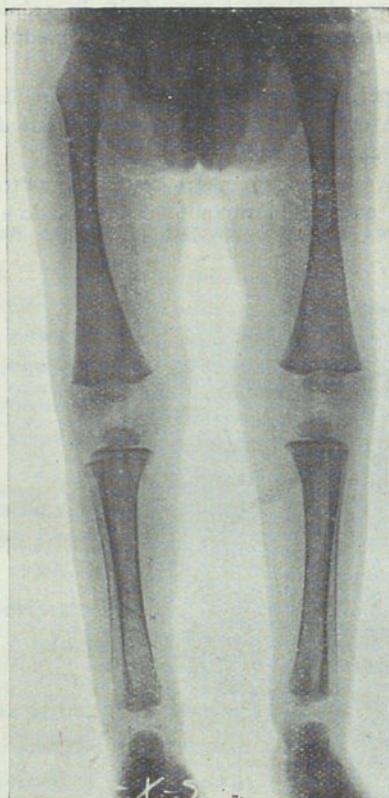


Fig. 3

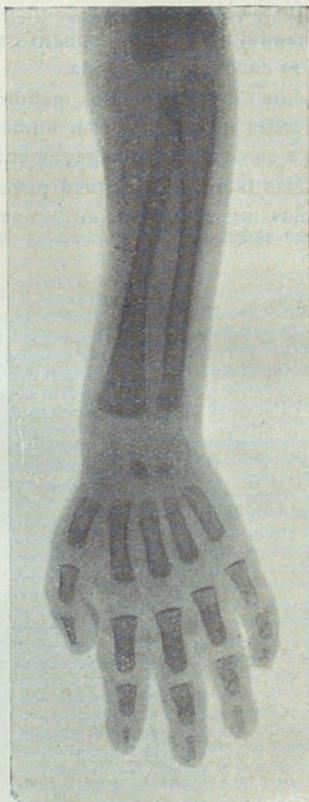


Fig. 4]

A irmã, falecida há três anos, esteve internada no nosso Serviço, cerca de um mês, com o número de observação 7.968.

A. T. da S., de 3 meses de idade, pôso 3^k,910. A mãe notou, dois dias depois do nascimento, côr icterérica, que pouco depois se transformou em uma palidez côr de limão.

Criança pequena, com sinais acentuados de desnutrição, mucosas esbranquiçadas, côr de limão de todo o corpo.

Fígado aumentado de volume. O baço, aumentado de volume, palpa-se três dedos abaixo do rebordo costal.

PIRQUET, negativo. WASSERMANN, na mãe, negativo.

Uma análise de sangue mostra :

	Glóbulos vermelhos.....	1.970.000
	Hemoglobina %.....	34
	Glóbulos brancos e vermelhos nucleados..	25.650
	Acentuadas anisocitose e poiquilocitose ; fortes policromasia e basofilia ; corpos de CABOT.	
Eritrócitos nu- cleados por 100 leucóci- tos.....	Eritroblastes policromáticos	3,6
	Eritroblastes.....	46
	Normoblastes	2
	Eritrócitos com núcleo picnótico.....	2,4

Não se fizeram exames radiológicos.

Em 20-VIII, sinais de bronquite ; o mesmo estado geral.

Tem tomado ferro e injeções de arsénico.

Em 25-VIII, piora e morre. Não teve autópsia.

O diagnóstico ficou de anemia de VON JAKSCH.

Do conjunto desta observação, temos que se trata de uma criança de 19 meses de idade, filha de pais portugueses, primos, sem doenças anteriores, nascida em Lisboa, donde nunca saíu, que adoeceu aos 3 meses, com palidez e paragem de crescimento; já nessa altura, um médico, consultado, encontrou hepato-esplenomegália.

O aspecto é oriental, mas só pela côr citrina da sua pele; falta-lhe a saliência malar e não lembra um mongólico.

Análises de sangue mostraram :

Anemia intensa do tipo oligocítico e oligocroémico, com policromatofilia.

Anisocitose e poiquilocitose e uma forte proporção de elementos nucleados, quer brancos, quer vermelhos, por vezes até com predomínio destes. Os elementos vermelhos eram principalmente eritroblastes.

Seis exames mostraram variações diversas durante cêrca de um ano, mas a eritroblastose foi permanente; os elementos brancos muito numerosos, com células jovens, mielócitos e proemielócitos.

Simultâneamente, encontrou-se uma reacção de VAN DEN BERG positiva, na sua fase indirecta, portanto anemia do tipo hemolítico, e uma resistência globular diminuída, no início da observação, e que, meses depois, se torna aumentada. Plaquetas, tempo de hemorragia e de coagulação normais.

Punção do baço revelou metaplasia eritrocítica e punção medular do esterno, intensa eritroblastose.

Uma análise de urinas mostrou pigmentos biliares e acen-tuada urobilinúria.

Exames radiológicos, feitos, por três vezes, ao crânio e aos membros, incluindo as mãos, e com intervalos, entre as primeiras e as últimas chapas, de perto de um ano, mostraram-nos que só estas apresentavam lesões características, ou seja um grande atraso desta manifestação sôbre todos os outros sintomas.

Informações da mãe levaram-nos a buscar a observação duma irmã, que esteve dois anos antes no Serviço, onde faleceu, e verificámos que ficara com o diagnóstico de anemia de VAN JAKSCH, apresentando eritroblastose intensa e hepato-esplenomegália.

Os tratamentos feitos não se mostraram senão paliativos.

O diagnóstico, suspeitado de início, de anemia de COOLEY, teve de aguardar muito tempo o aparecimento das lesões ósseas, consideradas fundamentais. Pensamos contudo hoje, que êle é certo.

Anemia intensa, com forte eritroblastose, tendo o seu início precocemente. Carácter familiar, hepato-esplenomegália com metaplasia esplénica, e hiperplasia medular; *facies* oriental e finalmente alterações radiológicas dos ossos, tardias, mas nítidas e sobrepondo-se às descritas por COOLEY.

Só lhe falta um aspecto, e êsse parece-nos dos mais interessantes das nossas observações: é a ausência de carácter racial; é a primeira vez (pelo menos do nosso conhecimento) que se apresentam casos de anemia de COOLEY sem que haja uma ascendência mediterrânea; todos os casos descritos são de crianças sírias, italianas, gregas ou arménias.

¿ Será pois fundamental o carácter racial? Pensamos que não, embora Portugal não fique muito afastado do Mediterrâneo.

Também encontrei resistência globular diminuída, outro elemento que nos parece merecer referência e que contrasta com algumas observações e até com a afirmação definitiva de CAMINOPETROS, de que sem aumento de resistência globular não há COOLEY. COOLEY não é tão concludente, mas refere, nas suas observações, aumento de resistência.

BATTY fala em resistência diminuída por vezes; mas de-facto

a maioria dos autores encontraram resistência normal ou aumentada; em muitos trabalhos não é referida.

O encontro de focos eritrocíticos no baço também é elemento de interesse, que não tem sido sempre encontrado.

O exame radiológico do esqueleto demonstra as lesões referidas dezasseis meses depois do início conhecido da doença. Um exame radiológico, feito cinco meses antes, era normal.

Podemos pois concluir que as alterações ósseas são secundárias e devidas aos fenómenos de hiperplasia medular.

O aparecimento tardio desta alteração é aliás referido por vários autores, bem como o seu carácter evolutivo. Lesões ósseas também se podem encontrar na icterícia hemolítica familiar (ACUNA), mas não são tão típicas nem constantes.

Outro elemento que nos parece de possível interesse é o da consanguinidade; nunca o vimos apontado. ¿Terá alguma influência como factor constitucional?

Da observação do nosso doente parece-nos que algumas conclusões se podem tirar:

Começou por uma icterícia, de que restavam alguns sinais aos 7 meses de idade. Acompanhada de fragilidade globular e VAN DE BERG positivo indirecto; à data da primeira observação, já se encontravam todos os sinais hematológicos conhecidos, com acentuada eritroblastose; se nós pensarmos que, fisiologicamente, o recém-nascido faz sempre a sua icterícia, aparente ou oculta, seria fácil admitir que nestes casos, possivelmente por factores constitucionais, como o mostra o carácter familiar, possa haver um exagêro de hemólise. Fortemente solicitada, uma medula ainda não completamente adaptada a funções tão activas, altera-se, e não consegue produzir ou completar uma evolução normal do glóbulo vermelho; seria então uma hiperplasia com anaplasia; simultaneamente, dar-se-ia no baço e mesmo no fígado ou gânglios, reaparecimento de focos eritropoiéticos; todos os outros sintomas seriam consequência desta fase inicial.

E não é indispensável a existência da fragilidade globular para que haja êsse excesso de hemólise, pois que na própria icterícia hemolítica familiar êsse fenómeno não é indispensável nem exclue o diagnóstico (FERRATA).

Esta idea poderia adaptar-se à doutrina de MORAWITZ, EPPJN-

GER e outros sôbre a anemia perniciosa, com cujas alterações medulares os autores americanos acharam tão grandes semelhanças, ou seja que as alterações hematológicas encontradas são a consequência do excesso da hemólise, qualquer que tenha sido a causa desta (órgãos hemodestruidores ou alterações congénitas do sistema vascular ou retículo endotelial do baço e fígado).

É evidente que esta não pode passar de uma hipótese bastante teórica, mas que nos parece mais lógica; todavia, como vimos, para muitos autores a eritroblastose seria o factor inicial e a hemólise, secundária; o factor constitucional teria actuado inicialmente sôbre a medula; é também esta a doutrina de NÆGELI sôbre a anemia perniciosa.

A ligação da malária com a eritroblastose não parece fundamentada; no nosso caso, só a avó materna teria tido malária; mas num país como o nosso, em que a malária é endémica, bem como o é naqueles países mediterrâneos, não nos parece difícil encontrar malária nos antecedentes familiares do doente.

O tratamento, aconselhado com ferro, arsénico, extractos hepáticos e injecções de sangue, tem sido sempre inefficaz e só pode ser tido como paliativo; as radiações do esqueleto ou do baço têm igualmente fracassado. Só a esplenectomia tem dado algum resultado, mas apenas como prolongamento de vida, pois as alterações sanguíneas persistem, como referimos já; mas, esta mesma terapêutica contém imensos insucessos, de que resulta elevada mortalidade operatória e post-operatória.

O prognóstico fica sempre muito grave e de evolução quasi fatal, embora não imediata.

BIBLIOGRAFIA

- ABT. — *Am. Jour. of D. of Children*. N.º 2. 1932.
ALEXANDRE FLAX e M. WALDSTEIN (Fils). — *Archive de Médecine des Enfants*. N.º 6. 1938.
BATTY, BRADFORD e DIAMOND. — *Am. Jour. of D. of Children*. Março de 1922.
BRADFORD e DYE. — *Journal of Pediatrics*. 1935.
BROWN, NORRISSON e MEYER. — *Am. Jour. of D. of Children*. Vol. XLVIII. N.º 2. 1934.
CAMINOPETROS. — *Annales de Médecine*. Vol. I. N.º 2. 1931.
CATALA. — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 5. 1936.

- CERZA. — *La Pediatria*. Vol. XXI, N.º 1. 1930-1932.
- COOLEY e LEE. — *Am. Ped. Soc.* Vol. XXXVII, N.º 29, 1925. *Am. Jour. of D. of Children*. 1927.
- COOLEY, LEE, ERICKSON, STERNBERGER e HUMMEL. — *Am. Ped. Soc.* 4 de Maio de 1935.
- COOLEY, WITWER e LEE. — *Am. Jour. of D. of Children*. Setembro de 1937.
- COPPER. — *Am. J. M. Sc.* Maio de 1931.
- CORDEIRO FERREIRA. — *Lisboa Médica*. N.º 9. 1933.
- CORNELIA DE LANGE. — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 6. 1936.
- CRISTINA. — *La Pediatria*. 1911-1913.
- DE BIASI. — *Scritti Medin in Onore de R. Jeunna*. Vol. I. 1934.
- ERNANDEZ. — *Revista de Clinica Pediatrica*. N.º 3. 1938.
- FERRATA. — *Tratado de Hematologia*. 1932.
- GATTO. — *La Pediatria*. N.º 5. 1938.
- GERBASI. — *La Pediatria*. Junho de 1937.
- GUGLIELMO. — *Atti della Soc. Italiana de Ematologia-Haematologica*. N.º 6. 1936.
- HITZROT. — *Am. Surg.* Setembro de 1928.
- IRMÉE SOREL. — *Am. Jour. of D. of Children*. N.º 1. 1936.
- JAKSCH, WIENERKIN. — *Wochenschr.* 1889.
- J. SANTA MARIA, PICENO e MILIA. — *Sociedade de Pediatria do Rosário*. Dezembro de 1937.
- LEHNDORFF. — *Arch. f. Kind.* Vol. XI, N.º 2. 1938.
- *Sociedade de Pediatria de Viena*. 1934.
- LUZET. — *Thèse de Paris*. 1891.
- MADGE MACKLIN. — *Am. Jour. of D. of Children*. N.º 5. 1937.
- MORRIS ASTRACHAN. — *Am. Jour. of D. of Children*. Vol. LIII, N.ºs 1 e 2. 1937.
- M. WALDSTEIN e KATERINE KREIDEL. — *Am. Jour. of D. of Children*. Janeiro de 1920.
- NAEGELI. — *Tratado de Hematologia*. 1932.
- NITTIS e SPILIOPOULOS. — *Am. Jour. of D. of Children*. Junho de 1937.
- ORTOLANI. — *Il Lattante*. N.º 7. 1936 e N.º 11. 1936.
- PARMELEE. — *Chicago Pediatric Society*.
- PARADISO e GRILO. — *Revista de Clinica Pediatrica*. N.º 3. 1937.
- PEHÚ e NOEL. — *Arch. Med. des Enf.* N.º 6. 1938.
- PEHÚ, NOVÉ, JOSSEERAND e NOEL. — *Revue Française de Pédiatrie*. N.º 3. 1935.
- PONTONI. — *Homatologica*. N.º 4. 1937.
- RENA CRAWFORD e RICHARD WILLIAMSON. — *Am. Jour. of D. of Children*. Setembro de 1933.
- SANTILLANA. — *Arch. de Med. des Enf.* N.º 6. 1938.
- SIMONETTI GUIZZA. — *Clinica Pediatrica*. N.º 11. 1936.
- STILLMAN. — *Am. J. M. Sc.* Fevereiro de 1917.
- SPYROPOULOS. — *Arch. de Med. des Enf.* N.º 2. 1936.
- TZANCK. — *Le Sang*. N.º 8. 1937.
- WHIPPLE e BRADFORD. — *Am. Jour. of Childr*
 — *Journal of Pediatrics*. Setembro de 1936. en. Setembro de 1937.

A CURIETERAPIA COMO TRATAMENTO DE ELEIÇÃO DO CARCINOMA DA CORDA VOCAL

POR

ANGELO PENA

As neoplasias laríngeas são, pela sua freqüência e malignidade e ainda pelos resultados pouco prometedores do seu tratamento, um capítulo da oncologia que merece a nossa atenção.

Hoje ainda, a-pesar-de novos e mais aperfeiçoados métodos de tratamento, é na sua precoce diagnose que se funda a garantia de êxito na terapia, noção aliás válida para tôdas as neoplasias, e por demais conhecida.

Iremos falar de um método que fêz as suas provas, empregado pela primeira vez por HARMER e FINZI e mais tarde aperfeiçoado por SEIFFERT (antigo «Oberarzt» da clínica Oto-Rino-Laringológica do Hospital Charité, Berlim, onde trabalhamos). Êste método é hoje, na clínica acima citada, o único exclusivamente empregado nos casos em que está indicado e que são cêrca de 75 % das neoplasias laríngeas precocemente diagnosticadas (Neoplasias da Corda Vocal).

Antes de descrevermos pròpriamente o método e a sua técnica, preferimos referir-nos já, pela sua máxima importância, às particularidades do quadro clínico, que indicam o seu emprêgo.

As indicações dependem unicamente do exame clínico do doente e deduzem-se de uma observação criteriosa, pois o sucesso é, segundo a experiência mostra, independente da natureza histológica da neoplasia — carcinoma spino-celular ou baso-celular (os mais freqüentes), adeno-carcinoma ou sarcoma (raríssimos).

A neoplasia que exige o método de tratamento que abaixo descreveremos tem, independentemente da sua natureza histológica, de obedecer às seguintes condições:

Deve estar limitado a uma corda vocal.

Não deve ultrapassar adiante a comissura anterior e atrás não deve atingir a apófise vocal.

Deve estar restritamente limitada à corda vocal, isto é, não deve invadir o lábio ventricular nem o ventrículo de MORGANHI, nem estender-se à região subglótica.

Também não deve a infiltração ter progredido a tal ponto que limite a mobilidade da corda vocal ou a fixe.

São, em suma, as condições que indicam a tiorotomia, operação de resultados muito incertos, mesmo nos casos em que está indicada, e que deve ser substituída pelo método que a seguir expomos.

O método denomina-se, em alemão, «Schildknorpelfensterung mit Radiümeinlage» — abertura de uma janela na cartilagem tiroideia para a aposição de uma placa de rádio.

É de fácil execução técnica e de ótimos resultados.

Eis, em duas palavras, a sua técnica:

Incisão linear de 4 cm. aproximadamente, interessando pele, tecido celular subcutâneo e aponevrose superficial.

Começa em cima no ângulo superior da cartilagem tiroideia e estende-se até ao bordo inferior da mesma.

Dissecção das partes moles no lado correspondente à neoplasia até pôr a descoberto a face daquela cartilagem.

Incisão do pericôndrio, paralelamente à pele, e descolamento dêste em tôda a extensão possível da face externa da cartilagem tiroideia em questão.

Abertura de uma pequena janela nesta face da cartilagem, com o auxílio de um bisturi de septo ou de uma colher.

Alargamento desta janela com o boticão de JANSEN ou instrumento adequado, de modo a obter-se uma área que permita o alojamento da placa de rádio a empregar (aproximadamente 1,5 cm. de altura por 1,8 a 2 cm. de largura).

O pericôndrio interno, quere dizer, o pericôndrio que cobre a face interna da cartilagem tiroideia não deve, em caso algum, durante as manobras operatórias, ser lesado.

A janela assim formada é cruzada transversalmente, na face laríngea, pela corda vocal, cuja inserção anterior corresponde, como é sabido, a um ponto que fica aproximadamente a igual distância da incisura tiroideia e do bordo inferior desta cartilagem.

Se o espaço conseguido é suficiente, procede-se agora à aposição da placa de rádio, cuja fixação e manutenção no lugar é assegurada por dois fios que são suturados, um ao bordo superior da cartilagem tiroideia e outro ao ângulo anterior da mesma.

Para evitar a formação de uma úlcera de decúbito deve intercalar-se, entre as partes moles e a placa, uma lâmina de *cautchut* do mesmo tamanho da placa.

Sutura a *cat-gut* do plano muscular.

Sutura da pele.

Penso asséptico.

A experiência mostrou que a placa que aloja o rádio deve ter uma largura de 1,7 cm. e uma altura de 1,3 cm., a sua superfície interna (em contacto com o pericôndrio interno) é de ouro (filtro de 1 mm. de espessura) e a externa é de chumbo (filtro de 1 mm. de espessura).

Deve conter 6,8 mgr. de rádio, quer igualmente distribuído, quer numa maior porção na metade anterior ou posterior, conforme a localização, na corda vocal, da neoplasia.

A placa permanece assim oito vezes vinte e quatro horas, o que corresponde a uma dose de 1300 mgh.

É importantíssimo que a placa, durante a sua permanência na janela tiroideia, não sofra nenhum deslocamento, o que sempre deve verificar-se por radiografia (radiografia lateral do pescoço) no dia imediato ao da intervenção e ainda por uma outra no segundo dia que se segue ao da intervenção.

Terminado o período de tempo citado, é aberta novamente a ferida operatória, o que dá lugar, habitualmente, ao esvaziamento de um abcesso asséptico, e retirada a placa e a fôlha de *cautchut* de protecção.

Sutura da ferida em dois planos para, por primeira intenção, se tentar a sua cura.

Com a garantia de manobras assépticas, a ferida deve curar, sempre, por primeira intenção.

¿ Quais são as modificações que sofre o quadro clínico, observáveis por exame laringoscópico repetido?

Nos primeiros dias que se seguem à intervenção nota-se um edema de tôda a hemi-laringe, sede do processo mórbido, que não causa perturbações respiratórias, mas sòmente, aliás com fre-

qüência, ligeiras dores de deglutição, as quais, de ordinário, permanecem somente três a quatro dias.

A neoplasia apresenta-se, primeiramente, como se tivesse sido invadida por um processo inflamatório.

Mais tarde modifica-se no seu aspecto e apresenta um processo de esfacelo, que se acentua e progride.

Dias passados, o ponto onde a neoplasia tinha a sua sede está coberto de um exsudado fibrinoso.

No decurso de duas a três semanas uma cuidadosa observação não distingue mais que uma corda vocal ligeiramente avermelhada e tumefacta, lembrando uma típica tuberculose laríngea no estadio inicial.

O retôrno ao estado normal observa-se sucessivamente no decorrer de algumas semanas.

¿ Por que razão é de preferir êste método à tirotomia ?

A estatística colhida na clínica onde trabalhamos mostra que nos primeiros anos do emprêgo do método se verificou uma percentagem de cêrca de 75 % de curas clínicas através de mais de quatro anos de observação, estatística que nos últimos anos atinge quâsi os 100 % (o caso mais antigo em observação tem doze anos de evolução sem o menor sintoma que faça pensar em recidiva).

A melhoria observada na estatística dos últimos anos há-de atribuir-se a uma melhor fixação da placa e mais precisa dosagem da irradiação (de início empregavam-se doses elevadas que conduziam a pericondrites com necroses graves).

As melhores estatísticas sôbre tirotomia são, francamente, mais desfavoráveis.

É de preferir também esta técnica porque é menor a duração do tratamento.

A intervenção oferece muito menor perigo (pneumonia, fistula) e é de mais simples técnica.

A função não é atingida, limitando-se, durante duas a três semanas, a uma rouquidão mais ou menos acentuada.

Finalmente é de considerar que a intervenção não interessa o lumen laríngea e dispensa a prévia traqueotomia.

É, segundo creio, para o laringologista uma arma de particular valor na luta contra o cancro.

Revista dos Jornais de Medicina

Como devem ser feitas as palmilhas ortopédicas. (*Wie hat orthopädische Einlage beschaffen zu sein*), por E. FISCHER. — *Archiv für Orthopädie u. Unfall-Chirurgie*. Vol. XXXVIII. N.º 1. Págs. 25-34.

Para o tratamento eficaz do pé plano-valgo móvel é necessário recorrer a uma palmilha rígida que impeça os movimentos anormais das articulações do tarso que estão relaxadas: a flexão dorsal e a torsão da parte anterior do pé, enquanto a contractura dos músculos e a retracção dos ligamentos no pé plano contraído, só podem ser vencidos com uma correcção elástica.

O A. descreve os requisitos a que deve obedecer uma boa palmilha e afirma a grande importância de que esta chegue até à cabeça do 3.º metatarsico.

MENESES.

O líquido céfalo-raquidiano no mal de Pott. (*Il liquido cefalo-raquidiano nel morbo di Pott*), por G. MANCINI. — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. II. Págs. 201-212.

O A. expõe os resultados dos estudos a que procedeu no líquido céfalo-raquidiano de espondilíticos, quer no Instituto Rizzoli em Bologna, quer no Instituto Codivilla em Cortina d'Ampezzo.

São importantes estes estudos de Mancini, porque seguiu em exames sistemáticos alguns doentes com paraplegia em evolução até à cura da sintomatologia nervosa.

Foram examinados cinqüenta e oito líquidos pertencentes a quarenta e nove espondilíticos; em três destes foram feitas, respectivamente, duas, três e quatro punções lombares distanciadas de alguns meses, para poder estudar as modificações dos componentes do líquido céfalo-raquidiano durante o curso da paraplegia.

Em vinte e oito doentes de espondilite clinicamente e radiograficamente comprovada, quer em início, em evolução ou em regressão, o exame do líquido tirado abaixo do foco de cárie foi sempre negativo nas pesquisas físico-químicas; em todos estes doentes não havia nenhum sintoma, quer subjectivo, quer objectivo, duma repercussão medular. Tira-se daqui a conclusão de que uma espondilite que não tocou o tubo meníngeo dá um líquido constantemente negativo.

Algumas vezes a espondilite está complicada por síndrome de compressão parcial ou total da medula e o exame do líquido é positivo: a positividade

do resultado manifesta-se no aumento da percentagem de albumina, dissociação albumino-citológica, aumento das globulinas, diminuição de pressão; a positividade da T. A. R. é sinal evidente de inflamação meníngea nos casos mais adiantados e graves.

Existe um paralelismo quasi constante entre o resultado da análise do líquido e a sintomatologia nervosa, mas o A. insiste justamente no facto de não se poder esquematizar êsse paralelismo, a ponto de pelo exame do líquido se concluir o grau de uma paraplegia espondilítica: o resultado do líquido poderá confirmar aquilo que o exame clínico já com certeza revelou, tendo presente que o exame neurológico mostra a repercussão medular antes que a positividade do líquido céfalo-raquidiano a denuncie.

MENESES.

Ossificações post-traumáticas para-articulares da tibia. (*Ossifications post-traumatiques para-articulaires du tibia*), A. GUILLEMIN. — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Vol. XXIV. N.º 5. Págs. 524-525. Setembro de 1937.

O A. observou um caso de ossificação post-traumática para-articular da tibia. A doença é idêntica à chamada doença de Pellegrini-Stieda, e tem a mesma etiologia.

É interessante fazer notar, visto que a doença não é frequente, que a fratura da superfície articular da tibia é mais frequente e pode ser confundida com ela, dúvida essa que pode desaparecer desde que se tenha feito uma radiografia logo a seguir ao traumatismo.

A infiltração de novocaína, segundo Leriche, deu bons resultados quanto ao desaparecimento das dores; o joelho foi mobilizado e três meses depois do acidente o doente tinha os movimentos livres, sem perturbações nem dores. O A. põe em dúvida que o resultado se mantenha definitivamente.

MENESES.

Orientação terapêutica na extirpação do menisco. (*Der Heilplan bei der Meniscusextirpation*), por P. ROSTOCK. — *Archiv für Orthopädie u. Unfall-Chirurgie*. Vol. XXXVIII. N.º 2. Págs. 449-459.

A única indicação da extirpação do menisco é uma solução de continuidade no próprio menisco, com tendência para a formação de cunha. Não tem importância que êste rasgamento seja devido a degenerescência ou à ruptura traumática de um tecido do menisco normal.

O A. lamenta que não haja um sinal patognomónico certo dêste rasgamento. A ligeira limitação da extensão (10º a 20º) só tem valor quando aparece com frequência e especialmente quando é intermitente. O sinal de Steinmann, isto é, a dor na torsão do joelho ligeiramente flectido, é um sintoma de grande importância. Um sinal de Steinmann positivo, quatro a cinco semanas depois de um traumatismo, é um bom sintoma de rasgamento do menisco. Mas antes dêste prazo pode existir também uma entorse recente.

O exame radiográfico do joelho sem meios de contraste não deu resultados seguros; é melhor utilizá-los, mas tanto dêste como da artroscopia de Sommer o A. não tem ainda a experiência de material que baste para tirar conclusões.

O A. só opera quando o tratamento conservador não dá resultado, quando a tentativa de redução sob anestesia da cunha formada faliu, ou após blocagens repetidas, não julgando necessário operar depois duma única blocagem.

A técnica da operação e o tratamento post-operatório são de grande importância para o resultado final. A operação é feita sob narcose total com o Evipan, a incisão oblíqua da margem superior da rótula até à linha articular diante da inserção dos ligamentos laterais; então, flexão do joelho a 45°. Para descolar o menisco o A. usa o meniscótomo de Baumann. Num rasgamento parcial em indivíduo jovem, sem degenerescência, está indicada também uma ressecção com regularização da superfície do menisco. O A. sutura a sinovial e serve-se de sêda.

Depois da operação, fixação em leve flexão numa tala de Volkman, durante sete dias. Fazem-se executar contracções voluntárias da musculatura da coxa, maçagens dos músculos, principalmente do quadricípete, movimentos activos, especialmente extensão e flexão contra uma resistência. Deve-se proceder individualmente e não esquematizar.

MENESES.

Patogenia e tratamento do joelho em flexão. (*Pathogénie et traitement du genou en flexion*), por M. SOEUR e L. ROUSE. — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie*. Vol. IX. N.º 5. Págs. 175-240.

Os AA. estudam o síndrome do joelho flectido sob o ponto de vista da sua terapêutica ortopédica e cirúrgica especial.

Descrevem abreviadamente a etiologia do joelho em flexão por cicatrizes, doenças ósteo-articulares, doenças musculares adquiridas (miosites), distrofias congénitas do músculo e bloco motor, contracturas de origem nervosa. Passam seguidamente a considerar a físiopatologia, sob o ponto de vista ósteo-articular e muscular. Puseram de parte os traumatismos recentes e as infecções agudas. No que respeita à terapêutica, quando o síndrome é causado por um processo geral, como por exemplo a doença de Little, os AA. não tomam em consideração senão a parte terapêutica necessária ao nível do joelho, sem se interessarem pelas intervenções que actuam em outras zonas, como a radicotomia, etc. Estudam apenas os métodos de correcção do joelho flectido irreductível.

A parte do tratamento compreende as seguintes secções: tratamento preventivo e tratamento curativo.

Tratamento não sangrento:

- 1) Aparelhos: a extensão contínua com tracção elástica.
- 2) *Redressement* manual; *redressement* brusco; *redressement* por etapas.
- 3) Osteoclasia.

Tratamento sangrento:

- 1) Deformações por cicatrizes.

- 2) Deformações por paralisia do quadrípede: transplantações tendinosas.
- 3) Deformações por paralisia espástica: tenotomia, transplantações musculares, ressecção do ciático, anastómose nervosa.
- 4) Aponevrotomia.
- 5) Deformações por retracção capsular: capsulotomia.
- 6) Deformações por anquilose óssea:
 - a) Osteotomias.
 - b) Ressecção articular.
 - c) Artrodeses.
 - d) Artroplastias.

Vasta bibliografia, figuras e descrições dos métodos de cirurgiões vários.

MENESES.

Sóbre a hereditariedade da luxação da anca. — Dados colhidos no material estatístico. (*Sull'ereditarietà della lussazione congenita dell'anca. Rilievi su materiale statistico*), por GUGLIELMO DE LUCCHI (Bolonha). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. VI. Págs. 557-566. Agosto, 1938.

O exame dos dados estatísticos respeitantes aos casos de luxação congénita da anca com precedentes hereditários confirma a intervenção dum carácter hereditário transmissível com leis de dominação. Tal carácter hereditário não determina a luxação nem a relação sexual com prevalência feminina.

Verosimilmente, como foi afirmado por outros autores (Putti, Faber, Mau), altera a mortogénese da articulação coxal. A luxação é manifestação essencialmente paratípica, devida ao influxo do ambiente externo; todavia, parece, por algumas expressões suas, ligada à entidade do defeito morfogénico do sentido de que, sendo êste mais acentuado, mais facilmente se produza uma luxação ou ainda a deformidade bilateral.

A proporção sexual com a conhecida prevalência das mulheres, que se verifica na totalidade das luxações, não parece devida a factores hereditários, mas a condições particulares predisponentes do sexo.

A relação sexual nos casos com precedentes hereditários inferiores ao da totalidade das luxações põe em campo uma questão de singular importância: se a intervenção dos factores hereditários deverá ser admitida em cada caso de luxação. Êste problema encontra fracas possibilidades interpretativas nos dados numéricos colhidos.

MENESES.

A biopsia da sinovial. (*La biopsia de sinovial*), por J. P. SORONDO e R. FERRÉ. — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Vol. XXI. N.º 17. Págs. 606-612.

Os AA. apresentam os resultados das biopsias da sinovial e do exame do líquido sinovial feitos em 3.000 casos de artrite tuberculosa no Hospital e Dispensário Ortopédico de Nova-Yorque. Os resultados obtidos podem ser resu-

midos no facto de 25 % das artrites, diagnosticadas clinica- e radiológicamente como tuberculosas, não o serem. Não basta um resultado negativo clínico para excluir a tuberculose; é necessário fazer também um exame anátomo-patológico de preparados por congelação, com injeccção do líquido sinovial no coelho.

MENESES.

Perturbações gravidicas nos recém-nascidos. (*Schwangerschaftsveränderungen beim Neugeborenen*), por E. PHILIPP. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 23. 1938.

O A. começa por justificar o título do seu trabalho que, a muitos, pode causar estranheza.

A verdade, porém, é que a placenta — como glândula de secreção interna — não só inunda o organismo materno como também o do feto de hormonas que poderão provocar, em ambos, típicas reacções.

Produzem-se assim na mãe os variados «sintomas da gravidez» que, muitas vezes, passam, sem limites nítidos, para os sinais de toxicose gravídica (dos benignos vômitos até uma hiperemese fatal, etc.). As mais nítidas alterações gravidicas dão-se nos próprios órgãos sexuais.

A musculatura do uretere, como a do intestino, torna-se atónica, ocasionando as freqüentes pielites, da mesma forma que se dá a prisão-de-ventre.

A-par destas alterações, muitas outras aparecem, como as das glândulas de secreção interna, especialmente a hipófise, do sistema vascular, do próprio sangue, da pele e do metabolismo geral.

A responsabilidade de tudo isto cabe principalmente à placenta, com as suas diversas substâncias activas e também, embora em muito menor grau, aos resíduos metabólicos do feto.

Em seguida o A. descreve investigações hormonais e observações que levam a admitir que a placenta, com o seu revestimento corial, produz, entre outras substâncias, a própria hormona ovárica — a foliculina — em grande quantidade. Também o Prolan B, na mulher grávida, é produzido pela placenta e não pelo lobo anterior da hipófise.

A reacção da gravidez (Ascheim-Zondek) é uma reacção da placenta.

O mesmo sucede com a hormona do *Corpus luteum*, que será produzida pelas vilosidades coriais da placenta, na última metade da gravidez.

O A. pôde provar que estas substâncias passam para a circulação do feto, por as encontrar na urina e no *meconium* do recém-nascido, em grandes quantidades, durante os primeiros seis a dez dias de vida.

Dois sintomas fisiológicos provocados por estas substâncias são: a hemorragia vaginal, que aparece de vez em quando nas raparigas recém-nascidas, e a tumefacção das mamas, tão vulgar nos indivíduos de ambos os sexos, cujos mecanismos de aparecimento o A. tenta explicar.

Igualmente existe nos recém-nascidos, embora em menor grau, uma dilatação dos ureteres, e evidentes são também alterações nas cápsulas supra-renais e glândula tiroídea, alterações cutâneas e, sobretudo, dos órgãos ge-

LISBOA MÉDICA



GLEFINA
PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA
PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS



CLAVITAM
TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

TERMAS DO ESTORIL

Estabelecimento hidro-mineral e fisioterápico

Banhos de água mineral, do mar quentes, carbo-gazosos, duches e inalações.

ONDAS CURTAS

Raios ultra-violetas e infra-vermelhos, correntes eléctricas, massagens, mecânica e ginástica.

Tratamento de **reumatismo**, gota, doenças das senhoras e da circulação. Linfatismo e escrofulose. **Obesidade**.

Informações detalhadas:

Sociedade Propaganda da Costa do Sol-Estoril

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

nitais, sendo especialmente nítida a influência da hormona folicular sôbre o epitélio pavimentoso da vagina.

Por último, o A. diz não saber até que ponto quadros de doença do feto e do recém-nascido, tais como: melaena vera, escleredema e icterícia, devem ser considerados como causados por perturbações das referidas relações hormonais.

OLIVEIRA MACHADO.

¿Justificam-se as amigdalectomias no grande número em que hoje se fazem? (*Sind die Mandelausschälungen in dem Heute Geübten Ausmass Berechtigt?*), por A. LAUTENSCHLAGER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 21. 1938.

O A. começa por expor as fases por que tem passado a cirurgia das amígdalas, até chegar à sua extracção incondicional e total nos adultos, que fêz aumentar muito os relatos sôbre bons e até brilhantes êxitos. A amigdalectomia tornou-se, segundo estatísticas admiráveis, uma das operações mais freqüentemente praticadas e, a exemplo do que se faz na América, também na Alemanha se alargaram consideravelmente as suas indicações, a-pesar dos accidentes durante e depois da operação, sempre em número crescente.

Entrando prôpriamente na crítica do processo, o A. diz existirem, sem dúvida alguma, casos em que é muito útil como, por exemplo, o de artrites agudas consecutivas a uma supuração das amígdalas, onde é certa a relação directa entre a afecção primária da faringe e as metástases articulares e endocárdicas simultâneas. Noutros casos, porém, diz o A. ter já evitado grande número de enucleações amigdalíanas, nos quais veio a comprovar-se, afinal, estar o ponto de partida da infecção nos intestinos, fígado, cavidades nasais acessórias, etc.

Os adeptos da intervenção radical exageram muito os perigos em que incorrem os portadores de repetidas recaídas de anginas, pois o A., em quarenta anos de prática, apenas viu cinco casos de angina séptica durante ou depois de uma amigdalite, em dois dos quais chegaram a ser rapidamente enucleadas as amígdalas e, pelo contrário, observou vários casos em doentes acabados de operar por outrem.

Também H. Claus referiu casos idênticos, no último congresso de Kassel. Muitas vezes está o ponto de partida da infecção em focos latentes da cavidade naso-faríngea e dos seios nasais acessórios, pelo que o A. aconselha a adiar a amigdalectomia até serem excluídas estas afecções e outras que ficam fora do território das amígdalas.

Por último, o A. enuncia os cuidados que julga indispensáveis: escolha cautelosa do doente, anestesia de infiltração rigorosamente asséptica e exactamente circunscrita, enucleação poupadora, conservação da orla da amígdala junto à amígdala lingual e não empregar instrumentos que esmaguem os tecidos.

OLIVEIRA MACHADO.

Leucemia com número ondulante de leucócitos sanguíneos. Contribuição para a génese do aumento de leucócitos leucémicos no sangue. (*Leukämie mit Undulierender Bluteukocytienzahl. Zur Genese der leukämischen Leukocytenvermehrung im Blut*), por H. KAMMERER e M. WEISSHAAR. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 24. 1938.

Os AA. começam por fazer considerações sobre as ideias de Naegeli acerca das leucemias, que êle define como afecções sistematizadas generalizadas — mielóides ou linfáticas — de génese desconhecida. Referem os trabalhos de Bernard que, por meio de injeções de alcatrão na medula óssea de macacos, obteve hemogramas leucémicos, e os de Bürger e Uiker que, com injeções de bilis seca em ratos, conseguiram quadros semelhantes aos da leucemia humana. Expõem a opinião de Naegeli sobre a «reação leucemóide», a contrapor à de leucemia verdadeira e as razões que levaram êste autor a negar a natureza tumoral desta afecção.

Em seguida, os AA. fazem a descrição minuciosa de um caso de leucemia mielóide, que teve a particularidade especial de apresentar, no decorrer de seis meses de observação, números de leucócitos no sangue cujos valores seguiram uma curva ondulante, por quatro vezes descendo bruscamente do seu aumento inicial a números leucopénicos para, algum tempo depois, subirem novamente. A autópsia e o exame histológico comprovaram nitidamente o diagnóstico de leucemia mielóide com típicas infiltrações de vários órgãos, transformação mielóide da medula óssea, etc., e uma amigdalite crónica.

Tratar-se-ia portanto, para os AA., de uma leucemia talvez existente há bastante tempo, que tivesse sido activada por uma infecção secundária. Para explicarem o sintoma mais impressionante do seu caso, a oscilação quasi rítmica do número de leucócitos no sangue, os AA. entram em considerações sobre o provável papel de uma excitação específica levada a efeito por substâncias quimio-tóxicas positivas especiais, sobre a proliferação leucémica generalizada. ; A cada leucemia dos tecidos fixos deverá, portanto, juntar-se ainda uma «reação leucemóide» independente do estado histológico do tecido, para se obterem hemogramas nitidamente leucémicos !

OLIVEIRA MACHADO.

Contribuição para a casuística do síndrome de Cushing. (*Beitrag zur Kasuistik des Cushing-Syndroms*), por KARL REINHERTZ e B. SCHULER. — *Klinische Wochenschrift*. 24. 1938.

Os AA. não têm a intenção de discutir aqui as causas desta afecção e apenas tratam de publicar um caso clínico que estudaram minuciosamente. Só assim, comunicando-se grande número de casos bem examinados, clínica e anátomo-patologicamente, poderá um dia esclarecer-se o problema da causa do síndrome que Cushing, nas suas primitivas comunicações, atribuiu a um adenoma basófilo do lobo anterior da hipófise e que Bauer provou dever-se, muito provavelmente, ao córtex da cápsula supra-renal.

O caso que os AA. descrevem pormenorizadamente diz respeito a uma

mulher de 28 anos de idade, sem antecedentes familiares ou pessoais dignos de interesse, que cêrca de um ano antes começou a notar alterações da cara, que se tornou mais cheia e mais vermelha, e da menstruação, que passou a ser mais escassa até chegar à amenórreia depois que foi operada de apendicite. Engordou a partir de então, uns 10 quilos, e no rosto, cada vez mais cheio e grosseiro, desenvolveu-se barba nos últimos três a quatro meses.

Desde esta data, grande queda de cabelo, sêde intensa, palpitações cardíacas, cefaleias, etc. Num rigoroso exame objectivo e do metabolismo geral deu o seguinte resultado, resumido pelos AA :

- 1) Nítida alteração do rosto.
- 2) Transtornos da pele (acne, sécura, púrpura hemorrágica discreta).
- 3) Perturbações da função genital com aparecimento de caracteres hetero-sexuais: amenórreia, aumento de tamanho do clitoris, crescimento da barba.
- 4) Pequena, mas nítida, osteoporose.
- 5) Trombopenia.
- 6) Hipertonia (200-120), do tipo da hipertonia vermelha.
- 7) Transtornos do metabolismo da água: grande sêde periódica, deficiente capacidade de concentração renal, etc.
- 8) Tumor da cápsula supra-renal esquerda, extirpado por operação, a que sobreveio a morte vinte e três horas depois.

A doente apresentava, pois, os sintomas típicos mais importantes do síndrome atribuído por Cushing a um adenoma basófilo do lobo anterior da hipófise que, porém, neste caso não foi possível verificar na autópsia.

Em seguida, os AA. relatam o resultado do cuidadoso exame anátomo-patológico a que procederam e, resumindo, atribuem a causa da doença ao tumor do córtex da cápsula supra-renal, comparando êste caso com o descrito em 1935 por outros autores, no qual se tratava igualmente de um tumor maligno da cápsula supra-renal, mas em que pôde ser comprovado simultaneamente um adenoma basófilo da hipófise.

OLIVEIRA MACHADO.

Estudo sobre a IV derivação da electrocardiografia. (*Studio sulla IV derivazione in elettrocardiografia*), por F. DE MATTEIS. — *Minerva Médica*. Ano XXIX. Vol. II. N.º 30. 1938.

A esperança de se obterem novos elementos acêrca do perfeito conhecimento da função cardíaca, sobretudo nas afecções das coronárias e no infarto do miocárdio, leva os patologistas a tentar novas derivações na electrocardiografia, além das três derivações de Einthoven.

Deve-se sobretudo a Wood e Wolferth a introdução da IV derivação no electrocardiograma, colocando-se um dos electrodos sobre a ponta do coração, ou na vizinhança do esterno ao nível do 4.º espaço intercostal esquerdo, e o outro, posterior, simêtricamente colocado no dorso, sobre a espinha da omoplata ou sobre a coluna vertebral.

O A., no presente artigo, analisa a técnica que se deve seguir para a DIV, verificando, pela sua experiência, que a posição do electrodo posterior é indi-

ferente. A posição dêste tem sido por muitos cardiologistas modificada, criando-se a D_V e a D_{VI} , em que o electrodo indifferente era deslocado para o braço esquerdo e o anterior era colocado na região escapular esquerda.

As experiências mais recentes mostram que não há vantagem em se fazer a D_V nem a D_{VI} , visto o traçado da primeira ser idêntico ao da D_{IV} , e o último igual a D_{III} .

O A. confirma êsse facto, limitando-se às conhecidas derivações de Einthoven e à derivação ântero-posterior.

O estudo dos traçados aurículo-ventriculares em D_{IV} , feito num elevado número de individuos normais, mostrou que o perfil da onda é sempre idêntico e com as seguintes características: P — negativa ou difásica; Q — bastante profunda; R — de grande amplitude; ST — espaço muito curto, iso-eléctrico ou ligeiramente negativo; T — ampla e negativa. Estas características são confirmadas por outros patologistas que têm analisado cuidadosamente os traçados em D_{IV} , havendo unanimidade de opinião quando se afirma que os elementos mais importantes do traçado são representados pelo espaço ST e pela onda T, que se se modificam com notável freqüência nos casos do infarto do miocárdio.

Recentemente Jervell estudou, pela electrocardiografia, um elevado número de casos do infarto, que foram confirmados pela autópsia, e em que a D_{IV} traduzia essa lesão numa percentagem superior a 50 %

Com o perfeito conhecimento das imagens obtidas em D_{IV} , diminue consideravelmente a extensão das conhecidas «zonas mudas» do miocárdio, as quais eram consideradas inexpugnáveis pela electrocardiografia, devendo contudo lembrar-nos que as características apontadas na derivação ântero-posterior como um índice do infarto não são específicas, encontrando-se também na estenose mitral, nalguns casos de aortite, na aritmia completa, em certos doentes atingidos por miocardite aguda de etiologia reumatismal, doença de Basedow, nos doentes intoxicados pela digitális, etc.

BARREIROS SANTOS.

A transfusão de sangue no tratamento da tuberculose pulmonar. (*La transfusione di sangue nel trattamento della tbc. pulmonare*), por A. RABINO. — *Minerva Médica*. Ano XXIX. Vol. II. N.º 29. 1938.

O desejo de se descobrir um novo método de cura no tratamento da tuberculose pulmonar justifica-se em absoluto, uma vez que não possuímos na prática clínica um processo terapêutico de acção segura.

Já não é recente a idea de se fazerem transfusões de sangue no decorrer do tratamento na tuberculose pulmonar, sendo muito discordantes os resultados obtidos, pelos vários tisiologistas, chegando Krizevski a indicar casos de tuberculose pulmonar de forma benigna em que a transfusão agravou por completo a situação, imprimindo à doença um carácter acentuadamente evolutivo.

O A. mantém opinião contrária, no que respeita a esta complicação, tendo submetido um elevado número de doentes às transfusões de sangue (cêrca de

200 cc. repetidos com intervalos de sete a dez dias), inclusive as formas graves e com tendência hemoptóica.

A análise do abundante material de estudo que o A. possui leva-o a afirmar:

1) Que na tuberculose pulmonar, seja qual for a expressão clínico-radio-lógica das lesões, é absolutamente inócua a transfusão de sangue, a qual é perfeitamente tolerada pelos doentes, mesmo nos que são vítimas de formas gravíssimas, não tendo visto nenhum caso em que esse método de tratamento tenha despertado a actividade do processo.

2) Que nas formas fibrosas, com tendência para as hemoptises, e até com hipertensão arterial, não verificou o A. agravamento do estado pelo facto de se fazerem as transfusões.

3) Que a transfusão de sangue nos casos de tuberculose pulmonar não hemoptóica, ainda que não produza apreciáveis melhorias das lesões pulmonares, provoca, pelo menos, uma nítida reacção salutar no sentido de beneficiar o estado geral, com aumento de peso, abaixamento da temperatura, etc. Idênticos resultados se obtêm nas formas bilaterais graves com complicações laringeas e intestinais.

4) Nos doentes com grandes hemoptises, afirma o A. que não devemos esperar que a transfusão de sangue represente um meio de compensar o organismo das perdas sanguíneas anteriores; pelo contrário, nos casos em que as hemoptises sejam menos graves, mas com tendência para a repetição, os doentes beneficiam extraordinariamente com as transfusões, chegando alguns patologistas, como Hasselbach, a pensar que, nessas formas de tuberculose pulmonar, exista uma discrasia sanguínea, e por esse motivo se explicariam os resultados obtidos pela hematoterapia e pela administração da vitamina C.

Podemos, pois, concluir que infelizmente os benefícios colhidos por esta tentativa de tratamento não são muito valiosos, mas nalguns casos actua como psicoterapia, fazendo renascer no doente uma nova e transitória esperança.

BARREIRAS SANTOS.

Algumas complicações resultantes da administração do tartrato de ergotamina. (*Complications following the use of ergotamine tartrate*), por T. STORCH. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. III. N.º 4. 1938.

O tartrato de ergotamina tem sido, ultimamente, utilizado em larga escala na terapêutica, sobretudo no combate aos vários tipos de cefaleia, e na verdade com resultados benéficos em cerca de 90 % dos casos.

O abuso da droga, pela sua aplicação durante um largo período, tem dado lugar a casos desastrosos, chegando nuns a dar-se fenómenos de gangrena das extremidades e noutros indo até à morte.

A cuidadosa análise dos casos apontados na literatura médica, em que o tartrato de ergotamina teve acção nociva, mostra-nos que o excesso de dosagem, os estados de infecção, as agressões obliterantes dos vasos e os estados de alteração cárdio-vascular, são factores que favorecem o aparecimento des-

sas complicações, sendo raro o caso em que não haja a intervenção de quaisquer destes elementos.

O A., durante o período de cinco anos, submeteu cêrca de duzentos doentes ao tratamento pelo tartrato de ergotamina, tendo alguns casos de intoxicação, sobretudo quando a droga foi introduzida por via intravenosa, sendo menos freqüente essa complicação quando recorria à via intramuscular, e ainda mais rara quando o medicamento foi administrado *per os*.

Os sinais que denunciam a acção nociva da droga podem ir desde o estado de náusea e vômito, acompanhado de sensação de fadiga e de entorpecimento das mãos e pés, até às violentas dores musculares, sobretudo nos membros inferiores. Noutros casos o doente, além da insónia, queixa-se duma violenta opressão precordial que, algumas vezes, aumenta de intensidade, chegando à dor violenta.

Em certos casos predominam as manifestações psíquicas, com estados de ansiedade, enquanto que noutros os sintomas capitais e predominantes são os edemas, o prurido e a urticária; têm sido apontados na literatura alguns doentes em que os sinais da intoxicação são representados por parestesia da face e até pela cianose das extremidades.

Entre as alterações resultantes da acção da droga destacam-se, na maioria dos casos, as de localização vascular, verificando-se uma notável tendência para a vaso-constricção, ao mesmo tempo que se dão outros fenómenos que atingem a estrutura da parede dos vasos, como seja o edema da íntima e a hiperplasia das outras camadas, com simultânea degenerescência hialina e infiltração linfocitária, originando a trombose com grande facilidade.

Contra esta noção da diminuição do lume vascular insurge-se Spiro, que atribue à droga um poder paralisante ao nível dos vaso-motores, e por isso os fenómenos da isquemia resultavam da vaso-dilatação e nunca da constricção vascular, idea que tem sido fortemente combatida pelos recentes trabalhos de Polak e Carmichael.

Como tratamento das agressões vasculares pelo tartrato de ergotamina devemos recorrer aos inúmeros vaso-dilatadores, como o nitrato de anilo, nitrato de sódio, a trinitrina, teofilina, etc. Para o reflexo que a droga exerce sobre o aparelho muscular, desencadeando dores violentas, devemos lançar mão do bromidrato de escopolamina e do sulfato de magnésio a 3%, em injeção intravenosa, no volume de 200 cc., chegando Barger a indicar a mesma substância, mas em concentração mais elevada, chegando a 30%.

O A. termina o seu brilhante artigo por apontar as contra-indicações que se devem respeitar no tratamento pelo tartrato de ergotamina e que são, respectivamente:

a) Estados de infecção.
b) Em todos os doentes com alterações vasculares, como a doença de Raynaud ou a de Buerger, as arterites luéticas, ateroma e sobretudo os doentes atingidos por lesões das coronárias.

c) Nos doentes com sinais de insuficiência hepática e renal, com o seu poder de desintoxicação francamente limitado, deve evitar-se o uso do tartrato de ergotamina, ou pelo menos administrá-lo com muita moderação, tendo o A. alguns casos que confirmam a necessidade desta precaução.

Para muitos patologistas, o perigo da acção nociva do tartrato de ergotamina reside num estado de hipersensibilidade, que deve estar relacionado com a carência do organismo em vitamina C, e isso explicaria o predomínio dos sintomas neuro-vasculares no quadro da intoxicação.

BARREIROS SANTOS.

A acção do oxigénio sobre a reabsorção dos gases do pneumotorax. (*Ueber die Wirkung des Sauerstoffs auf die Resorption der Pneumothoraxgase*), por G. PERSCHMANN e F. MOMSEN. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 91 Band. 6 (schluss) Heft. 1938.

Anthony, sobretudo, defende a tese, apoiado em trabalhos experimentais, de que a rapidez de reabsorção do pneumotorax depende principalmente da diferença de tensão que existe entre o azoto intrapleurale e o sanguíneo; desde que se consiga modificar aquela diferença, fazendo respirar ao paciente oxigénio puro, a rapidez de reabsorção aumenta nitidamente (dez vezes na opinião daquele autor).

Esta proposição levou os AA. a novas experiências, ainda no intuito de esclarecerem o problema de saber através de que tecidos se realizam as trocas entre os gases da respiração e os gases do pneumotorax. Escolheram para isso coelhos, aos quais fizeram pneumotorax, e que mantiveram a seguir, durante um certo espaço de tempo, numa atmosfera de oxigénio, comparando depois a rapidez de reabsorção do pneumotorax com outros animais aos quais também insuflaram ar dentro da pleura, mas que mantinham na atmosfera habitual. Os resultados foram iguais em tôdas as experiências e caracterizaram-se por uma diferença nítida no comportamento do pneumotorax, entre uns e outros.

Nos primeiros verificou-se o rápido desaparecimento do ar intrapleurale, que pode computar-se numa média de vinte horas, enquanto os segundos oscilavam em tôrno de noventa; daqui se conclue, em linha geral, a tese de Anthony. Todavia a rapidez de reabsorção observada nestas experiências não corresponde à calculada teóricamente, e esta falta de concordância levou os AA. a um certo número de deduções, que lhes permitem afirmar ser com o sangue venoso que se fazem as trocas entre os gases do meio sanguíneo e os gases da pleura e não através desta serosa em comunicação com os gases da respiração.

J. ROCHETA.

As mais recentes indicações do pneumoperitoneu. (*Neuere therapeutische Anwendungen des Pneumoperitoneums*), por B. BESTA e D. BARGLOWSKI. — *Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung*. 49 Band. Heft. 1. 1938.

Constitue êste artigo uma revista geral de tudo quanto se refere ao pneumoperitoneu e que se tem publicado nestes últimos anos; êste método terapêutico, de resto muito recente, primeiramente empregado só com fins diagnósticos, tem visto alargar-se as suas applicações e merece, por alguns bons

resultados obtidos, ser empregado mais largamente. A técnica é simples : emprega-se um aparelho vulgar de pneumotorax, com oxigénio, e a introdução da agulha faz-se dois dedos para fora e para baixo da cicatriz umbilical; a quantidade da primeira insuflação, variável com a tolerância individual, é, em regra, de 400 a 600 cc., não excedendo as seguintes as mesmas quantidades, a princípio de dois em dois dias, até períodos de duas semanas. As sensações acusadas pelos doentes são, quasi sempre, a dum corpo estranho dentro do ventre e às vezes uma espécie de constricção no epigastro. Complicações graves são muito raras; por exemplo, ferida do intestino ou do estômago, órgãos que, em face da agulha como corpo estranho, se contraem reflexamente.

É principalmente na tuberculose intestinal que o pneumoperitoneu é particularmente indicado e, embora não possa afirmar-se a sua acção curativa, a grande maioria dos autores considera-o, sob o ponto de vista sintomático, o melhor tratamento que o clínico tem hoje à sua disposição. O pneumoperitoneu tem também aplicação nas perturbações funcionais consecutivas às intervenções colapsoterápicas do tórax, as mais frequentes das quais são as perturbações gástricas depois duma frenicectomia esquerda; do mesmo modo tem sido empregado na asma brônquica e nos estados asmáticos, assim como nas ântero-colites não tuberculosas. Por outro lado, a aplicação do pneumoperitoneu tem-se estendido também à tuberculose pulmonar; as suas mais rigorosas indicações podem resumir-se assim :

a) Nas hemoptises rebeldes, quando um pneumotorax ou qualquer outra intervenção torácica é impossível e a frénico-exerese tenha sido insuficiente.

b) Nos processos tuberculosos da base, para apoiar a ineficácia duma frenicectomia.

c) Nalguns casos de pneumotorax ineficaz, nos quais uma frenicectomia também não resolveu o problema.

d) Nalguns casos de localização pulmonar, alta, para facilitar e apressar o efeito duma frenicectomia.

Para explicar os bons efeitos obtidos, numerosas têm sido as teorias apresentadas, mas pode dizer-se que a teoria mecânica reúne o maior número de sufragios.

J. ROCHETA.

Resultados do tratamento pelo ouro na tuberculose pulmonar. (*Daue-
rerfolge der Goldbehandlung bei Lungentuberkulose*), por N. EBERS. —
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 92 Band. 2 Heft. 1938.

Refere o A. os resultados duma estatística de cento e sessenta e oito doentes, tratados nos últimos doze anos com preparados de ouro, e cujas conclusões podem olhar-se com segurança, atendendo à categoria dos doentes, pelo que respeita ao seu grau de civilização e ao cuidado crítico que o A. põe na destrinça daqueles casos que podem ter obtido benefícios com a auroterapia com os outros que devem ter melhorado por qualquer outra influência; para isso apresenta-nos algumas histórias clínicas bem documentadas com radiografias, e sobre elas expõe o critério que o levou a considerar uma determinada como devendo considerar-se influenciável ou não pelo ouro. Como resul-

tado final, conclue por uma percentagem de 11,1% de curas clínicas, devidas a este tratamento; os melhores resultados obtiveram-se nas formas cirróticas e nas produtivas crônicas e os piores nas formas exsudativas. Nunca se observaram curas de cavernas de volume médio ou superior, particularmente de paredes rígidas. É portanto, no entender de Ebers, um resultado que deve considerar-se como merecedor de atenção e por isso digno de ensaiar-se nos casos verdadeiramente indicados, os quais nunca devem procurar-se na categoria daqueles em que é possível um tratamento pelo colapso.

J. ROCHETA.

A morfologia e gênese do infiltrado redondo tuberculoso infra-clavicular. (*Zur Morphologie und Genese des infraclaviculären tuberkulösen Rundinfiltrates*), por E. VEHLINGER. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 92 Band. 2 Heft. 1938.

O infiltrado redondo, mancha opaca, arredondada, aos raios X, de natureza tuberculosa, é sobretudo uma entidade radiológica, pelos poucos sinais clínicos que em geral provoca, e cujo mecanismo patogénico, assim como morfológico, é ainda obscuro, principalmente o primeiro, em virtude da sua pouca frequência e dos raros estudos completos que lhe têm sido feitos.

O A. apresenta um caso de autópsia, muito bem observado, e cuja evolução clínica também foi seguida com rigoroso cuidado, podendo por isso constituir um testemunho de merecimento para o esclarecimento deste problema. Clinicamente trata-se dum indivíduo sempre em bom estado de saúde e que um período de dois meses com tosse seca, a seguir ao qual surge uma hemoptise, leva a fazer uma radiografia que revela um infiltrado redondo subclavicular; o doente morre catorze dias após este acidente, e o exame histológico da lesão mostra tratar-se duma pneumonia caseosa, rodeada de uma ligeira cápsula circular, sem qualquer outro sinal de reacção peri-focal; ao corte verifica-se a existência de várias camadas concêntricas, devidas à alternância regular de zonas pneumónico-caseosas e de tecido de granulação caseificado ainda reconhecível pelos fragmentos de fibras elásticas, fibrilas colagénicas e antracose. Esta composição do infiltrado redondo deixa supor um crescimento aposicional em períodos diversos, desde o processo inicial de pneumonia caseosa circunscrita, com possível exsudato colateral sero-celular, rodeado e encapsulado por tecido de granulação; por razões de ordem diversa, e passado um certo intervalo de tempo, este tecido de granulação caiu em caseificação e uma certa zona parenquimatosa imediatamente contígua, fenómeno que deu origem a nova capa encapsulante de tecido de granulação e assim sucessivamente. Ainda debatida é a patogénese do infiltrado redondo; sem dúvida trata-se duma lesão post-primária, pois não se verifica, nestes casos, a característica comparticipação das glândulas linfáticas regionais; pode admitir-se, mas sem nenhuma segurança, que o infiltrado redondo é o resultado final duma primitiva metástase broncogena dum antigo foco de Simon estabelecido previamente no apex pulmonar do lado correspondente.

J. ROCHETA.

O tratamento da tuberculose pulmonar com um preparado lipóido-solúvel de silício. (*Behandlung der Lungentuberculose mit einem lipoidlöslichen Kieselsäurepräparat*), por T. STREIT.—*Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1938.

Têm ultimamente aparecido alguns trabalhos que permitem afirmar uma maior necessidade de silício do que normalmente, da parte do organismo tuberculoso; parece que a neoformação de tecido conjuntivo, no processo de cicatrização das lesões específicas, exige um maior consumo daquela substância. Nasceu de aí a idea de administrar aos tuberculosos como terapêutica auxiliar e sôbre os resultados obtidos também já têm sido publicadas algumas conclusões favoráveis. A dificuldade da absorpção intestinal do silício, sobretudo devido à alcalinidade do meio intestinal, que o destrua em grande parte, parece ter sido vencida por Kaufmann com a produção dum composto lipóido-solúvel, introduzido no comércio com o nome de Silogran.

O A., na idea de verificar a eficácia do preparado, usou-o em vários doentes, por um período mínimo de três meses, e verificou, com *contrôle* radiográfico, em quasi todos os casos, um aumento do tecido produtivo, uma influência favorável do quadro sanguino-leucocitário com aumento constante de pêso. É, portanto, favorável ao emprêgo dêste preparado na terapêutica anti-tuberculosa.

J. ROCHETA.

Abcesso do lobo superior do pulmão e técnica da operação por via trans-escapular. (*Absceso del pulmon, lobulo superior. Técnica de la operación por via trans-escapular*), por R. FINOCHIETTO e H. AGUILAR.—*La Prensa Médica Argentina*. N.º 27. 1938.

Descrevem os AA., detalhadamente, a técnica que empregam para atingir o lobo superior pulmonar por via posterior, trans-escapular, para atingir e drenar o abcesso pulmonar que se forma a êsse nível; para isso aconselham como solução mais eficaz a ressecção da porção subespinhosa da omoplata. Apresentam um caso, primitivamente operado por via axilar, e que, após uma melhora considerável, teve de ser reoperado por recidiva do mesmo processo supurativo. Nos comentários finais aconselham esta via quando se verifique uma localização mais posterior do que anterior, mas só depois de ter excluído ou que tenha sido ineficaz a via axilar; a localização do processo pulmonar deve fazer-se com a ajuda de todos os elementos que o cirurgião tem ao seu alcance (exame clínico, broncografias, tomografias), mas principalmente com meios de contraste brônquico, para mostrar a proximidade e a progressão da lesão sôbre os dois têrços inferiores da omoplata. Julgam que para tratar as supurações da zona póstero-externa e inferior do lobo superior é mais útil e menos perigosa a ressecção da omoplata, tal como a indicam, do que a via costal para-vertebral com ressecção costal e da parte interna da omoplata. Finalmente, empregam, no primeiro tempo, a pneumólise extra-perióstica com tamponamento subcostal.

J. ROCHETA.

Pneumotorax espontâneo como complicação do pneumotorax terapêutico. (*Spontaneous pneumothorax complicating pneumothorax therapy*), por J. W. CUTLER. — *The Journal of the American Medical Association*. — N.º 5. 1938.

Não é raro observar, durante o tratamento pelo pneumotorax, acidentes que revelam a formação dum pneumotorax espontâneo, às vezes involuntariamente provocados pela agulha do operador, outras vezes por rotura de pequenos focos lesionais subpleurais. Os três casos apresentados pelo A. foram provocados por outro mecanismo, interessante de conhecer, sobretudo porque a terapêutica o adoptou; uma vez sabido aquêlle, resolve favoravelmente a situação. Nas três histórias clínicas apresentadas se instituiu aos respectivos doentes um pneumotorax terapêutico, que se mostrou ineficaz pela existência de aderências; em todos se verificou, em determinada altura do tratamento, a rotura da pleura visceral, junto da base da aderência, provocada pelo repuxamento da mesma. Uma vez esta seccionada, de-prêssa desapareceu a dispneia provocada pela hiper-pressão criada pelo mecanismo valvular pleural, e pôde continuar-se o tratamento pelo pneumotorax, sem mais complicações.

J. ROCHETA.

O brônquio de drenagem e a evolução das lesões cavitárias. (*El bronquio de drenage y la evolución de las lesiones cavitarias*), por J. EGÜES. — *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. N.º 3-4. 1938.

O comportamento do brônquio de drenagem das cavidades tuberculosas tem ultimamente sido objecto de cuidadosos estudos, principalmente da escola norte-americana, que demonstrou como da sua maior ou menor permeabilidade podem resultar alterações dos respectivos volumes, desde a sua desapareição completa até ao aumento progressivo. O brônquio de drenagem, particularmente na porção do seu trajecto juxta-cavitário, pode ser a sede de múltiplas alterações específicas, ou não, e que podem conduzir à sua obstrução completa ou incompleta; a cura de repouso, tão favorável à evolução das lesões tuberculosas pulmonares, pode concorrer para essa eventualidade. Se a obstrução é completa, o ar intra-cavitário reabsorve-se e a caverna, por coalescência das suas paredes, provocada em parte pelo enfisema compensador do tecido vizinho, desaparece e pode curar com formação de tecido cicatricial, a não ser que a cavidade se encontre no meio duma infiltração caseosa progressiva ou extensa ou que a parede se tenha endurecido por fibrose que já não permita o achatamento do seu volume. Quando, pelo contrário, a obstrução é incompleta e toma as características duma obstrução valvular, permitindo que a corrente aérea se restabeleça predominantemente num sentido, da traqueia para a cavidade, então esta irá aumentando progressivamente por hiper-pressão do seu conteúdo, mesmo quando aplicado um pneumotorax segundo tôdas as regras técnicas.

Das cinco histórias clínicas expostas pelo A., três apresentaram a evo-

lução correspondente a uma obstrução completa e duas a de uma obstrução incompleta valvular; uma destas últimas adquiriu um volume considerável até oferecer o aspecto radiográfico de um quisto aéreo volumoso, que por fim curou, após um derrame sero-fibrinoso consecutivo ao pneumotorax que se tinha realizado.

J. ROCHETA.

«Contrôle» dos resultados da toracoplastia por meio dos cortes radiográficos. (*Toracoplastia. Control de los resultados por medio de los cortes radiograficos*), por M. MALENCHINI e O. VACCOREZZA. — *La Prensa Médica Argentina*. N.º 27. 1938.

Mais um trabalho que prova a grande vantagem da tomografia e a sua superioridade sôbre a radiografia vulgar, na análise a fazer nos resultados da toracoplastia.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Coimbra

Para o cargo de assistente da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina de Coimbra nomeou-se o Dr. Francisco Gonçalves Ferreira.

Hospitais

Civis de Lisboa

Terminou no dia 12 de Setembro o prazo para entrega de requerimentos e mais documentos para os concursos dos internatos geral e complementar dos Hospitais Civis de Lisboa.

Da Universidade de Coimbra

Em substituição do Prof. Angelo da Fonseca, que se encontra em gôzo de licença, assumiu as funções de Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra o Prof. João Duarte de Oliveira.

Da Marinha

Encerrou-se, provisoriamente, a consulta externa de Estomatologia, no Hospital da Marinha.

XXV Congresso Francês de Medicina

De 26 a 28 de Setembro de 1938 realiza-se, em Marselha, o XXV Congresso Francês de Medicina, com o seguinte programa :

Segunda-feira, 26 de Setembro. — Às 9,15: sessão solene de abertura, presidida pelo Dr. Gan, Reitor da Universidade d'Aix-Marseille (Faculdade de Medicina, Palácio Pharo, Anfiteatro grande). Às 10,30: primeiro relatório, «A

espiroquetose icterigénia». Exposição dos relatores: 1.º Profs. J. Monges e J. Olmer, médicos dos Hospitais de Marselha, «A espiroquetose icterohemorrágica: epidemiologia, formas ictericas». 2.º Prof. J. Troisier e Prof. agreg. H. Bariety (Paris), «As leptospiroses anictéricas: leptospiroses meníngea, renal e febril pura». 3.º Drs. Bordes e Rivoalen, Profs. agreg. do Serviço de Saúde Colonial, «A espiroquetose icterohemorrágica na França do Ultramar». Às 14,15: discussão dos relatórios e comunicações. Às 16,45: recepção na Câmara de Comércio de Marselha (Palácio da Bôlsa) e visita aos portos, oferecida pela Câmara de Comércio. Às 21,30: serão oferecido pelo Presidente do Congresso nos Salões Massilia.

Têrça-feira, 27. — Às 9,15: segundo relatório, «As hipocloremias». Exposição dos relatores. 1.º Profs. L. Ambard J. Stahl e D. Kuhlmann (Estrasburgo), «Fenômenos fisiopatológicos relacionados com os *deficits* de cloro». 2.º Dr. R. S. Mach (Genebra), «As hipocloremias medicas». 3.º Prof. Bourde (Marselha), «As hipocloremias em clínica cirúrgica». 4.º Prof. Bigwood Mayer e Van Dorven (Bruxelas), «Hipocloremia post-operatória». Discussão dos relatórios. Às 14,15: continuação da discussão e comunicações relativas a hipocloremias. Às 16,30: partida em auto-carros para Aix-en-Provence e visita ao estabelecimento termal. Às 19: merenda oferecida pela Sociedade do Casino Municipal das Termas de Aix.

Quarta-feira, 28. — Às 9,15: terceiro relatório, «Terapêutica das avitaminoses do adulto». Exposição dos relatores. 1.º Prof. J. Mouriquand (Lyon), «Introdução ao estudo da terapêutica das avitaminoses». 2.º Prof. A. Chevalier (Marselha), «As bases do tratamento das avitaminoses A». 3.º Prof. Toulec e Riou (Hanoï), «Sôbre a terapêutica das avitaminoses do adulto nos países tropicais (béri-béri, sprue)». 4.º Prof. agreg. A. Giroud e Dr. Leblond (Paris), «Terapêutica da avitaminose C». 5.º Dr. J. Nitzulescu, docente da Faculdade de Medicina de Jassy (Roménia), «Terapêutica da pelagra». 6.º Prof. H. Willstaedt (Upsala, Suécia), «Terapêutica das avitaminoses D do adulto». Às 14,15: discussão dos relatórios e comunicações relativas à terapêutica das avitaminoses do adulto. Às 17,30: assembleia geral da Associação dos Médicos de Língua Francesa. Às 18: encerramento do Congresso pelo Ministro da Educação Nacional. Às 20: banquete presidido pelo Ministro da Educação Nacional.

Para quaisquer esclarecimentos dirigir-se ao Prof. Henri Roger, secretário geral, 66, Boulevard Notre-Dame, Marselha.

Conferências

Promovidas pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, realizaram-se no Clube dos Fenianos Portuêses e no Centro Comercial do Pôrto, mais duas conferências, uma pelo Dr. João Baptista da Silva Freire, médico-veterinário, sôbre «O mundo vivo das águas como alimento»; outra pela Dr.ª D. Alcinda de Aguiar, intitulada «Um estudo sôbre mil crianças portuguesas».

Partido médico

A Câmara Municipal de Salvaterra de Magos abriu concurso para o provimento de um lugar de médico do primeiro partido, com sede naquela vila.

Higiene municipal

O Dr. José Chaves Ferreira tomou posse do cargo de chefe da 2.ª Repartição — Higiene urbana — da direcção dos Serviços de Salubridade do Município de Lisboa.

Ao acto assistiram o Director Geral de Saúde, o Dr. Rola Hill, representante da Fundação Rockefeller, e outras entidades.

— Presidida pelo Dr. Formosinho Sanches, reuniu-se, nos Paços do Concelho, a Comissão Municipal de Higiene, que tratou dum projecto de posturas sôbre a higiene das ruas de Lisboa, no qual deverá ser compilada e reformada tôda a legislação municipal existente acêrca dêste assunto.

Viagens de estudo

O Prof. Reinaldo dos Santos, director de serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa, vai, em comissão gratuita de serviço público, pelo espaço de trinta dias, desempenhar as suas funções de delegado português ao Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, que se realiza de 17 a 22 de Setembro, e assistir aos Congressos das Associações Francesas de Cirurgia e Urologia, de que é sócio, que se realizam na primeira semana de Outubro, em Paris.

— O Dr. Carlos Artur da Silva, director de serviço clínico da especialidade de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas dos Hospitais Civis de Lisboa, assistirá, em comissão gratuita de serviço público, aos Congressos de Urologia Francesa e ao Congresso Internacional de Terapêutica, que se realizam em Paris, e visitará os serviços da especialidade em França, Itália, Bélgica, Holanda e Inglaterra, por espaço de sessenta e cinco dias.

— Equiparou-se a bolseira em França, de 15 de Setembro a 30 de Novembro, a médica escolar do Liceu Maria Amália Vaz de Carvalho, Dr.ª D. Isabel Baptista Pereira.

Medicina naval

Abriu-se concurso para médicos da Armada. Os candidatos prestaram as suas provas de higiene naval e sanidade marítima, em 5 de Setembro, ao meio



dia; de técnica laboratorial, em 7 e 8, às 11 horas; de patologia (parte teórica), em 9, à mesma hora; de técnica operatória, em 12 e 13, às 9 horas, e a prova prática de patologia, em 15, às 11.

Reuniões de curso

Realizou-se uma reunião do curso médico de Lisboa de 1918-1923, com visita à Faculdade de Medicina e ao Instituto Português de Oncologia.

— O curso médico do Pôrto, de 1910-1911, comemorou o seu aniversário com uma visita às termas da Curia.

Contrato

A fim de desempenhar, até ao fim do corrente ano económico, serviços clínicos na Escola Prática de Artilharia, contratou-se o Dr. Francisco Romeiras da Costa.

Homenagem

No Hospital Militar do Pôrto prestou-se homenagem ao Dr. António Pereira Barbosa, coronel-médico, que durante vinte e cinco anos exerceu o cargo de director da clínica de urologia e venereologia daquele hospital.

Necrologia

Faleceu, em Lisboa, o Dr. João José Luiz Damas, médico no distrito de Santarém e antigo deputado.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE  D. PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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

AS CÉLULAS REPARADORAS TANTO AS ERRANTES COMO AS FIXAS

*respondem ao estímulo do calor e ás qualidades terapêuticas
da*

Antiphlogistine



Estágios sucessivos do desenvolvimento das células polimorfonucleares e linfocitos, a começar pelas células dos tecidos conectivos

A actividade dessas células, assim como a melhoria da circulação capilar, são importantes factores fundamentais em todo o curativo.

Prospectos descriptivos e amostra gratuita aos senhores clínicos

The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodre, 8, 1.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º