



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

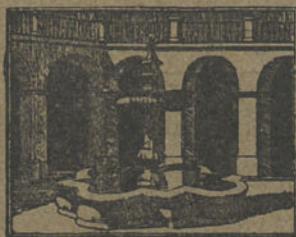
*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

# Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CHRYST.

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

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 65



Tónico regenerador do sangue  
de base opoterápica

Auxiliar da reconvalescência  
após doenças depauperantes

Embalagem original:  
Frasco com ca. de 180 grs.

**E. Merck - DARMSTADT**

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
**QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA**

LISBOA  
RUA GOMES FREIRE, 96

PORTO  
RUA DO ALMADA, 59

**“A. B.” a 1.<sup>a</sup>**

- insulina europeia
- no apreço dos médicos de todo o mundo

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

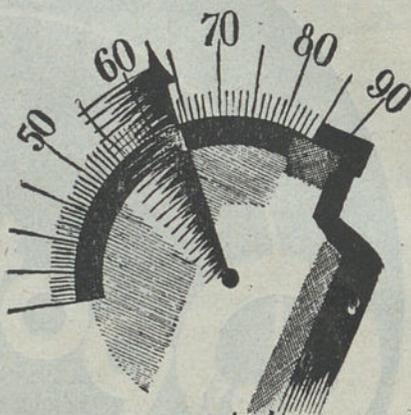
Folhetos aos Ex.mos Clínicos

Representantes:

COLL TAYLOR, L.DA  
Rua dos Douradores, 29, 1.º

LISBOA

TELE F. } 21476  
G. } DELTA

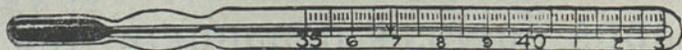


*o peso aumenta! tomando*

**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



**HICKS** O TERMÓMETRO  
DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS  
DA ÉLITE  
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA X REGISTADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA  
Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Lelos, 35 - 37

# 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.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>** 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

## TERMAS DE S. PEDRO DO SUL

Estância de cura, de repouso e de Turismo

A maior nascente termal portuguesa e a de maior termalidade (cêrca de 60° c.)

Águas sulfurosas sódicas, alcalinas, silicicatadas, radioactivas

**Indicações gerais:** Reumatismos, afecções tórpidas da pele, das mucosas (rino-faringites, laringites, bronquites, asma, metrites, anexites). Sífilis, linfatismo, atonia gastro-intestinal

**Indicações especiais:** Reumatismos crónicos de lesões não estabilizadas (A. Narciso)

**Contra indicações:** Estado agudo das doenças referidas, tuberculose, cardiopatias descompensadas, doenças infecto-contagiosas, cancerose.  
Tôdas as applicações hidroterápicas

**Especialidade:** Banhos de vapôr directos da nascente

Clima ameno — região encantadora e exuberante

**Telégrafo — Telefones — Estação do caminho de Ferro — Automóveis de aluguer**

**Hotéis — Pensões — Casas de hóspedes e de aluguer**  
**Vasta rede de estradas alcatroadas**

INFORMAÇÕES — Junta de Turismo

# 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 calcáreo

**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.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa**





## SUMÁRIO

### Artigos originaes

|   |          |
|---|----------|
| <i>The angioarchitecture of the glioblastoma multiforme type of tumour and its bearing on angiography</i> , by James Hardman. F. R. C. S. | Pág. 329 |
| <i>La recherche du bacille de Koch dans les selles</i> , par A. Carvalho, J. Rocheta et C. Vidal  | " 340    |
| <i>Teratoma da região sacro-coxígea com formações ósseas articuladas</i> , por J. da Silva Horta  | " 351    |
| <i>Recherches fermentaires sur le placenta</i> , par D. Pedro da Cunha et Kurt P. Jacobsohn   | " 359    |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i>  | " 365    |
| <i>Noticias &amp; Informaçoes</i>   | " XXIX   |

## THE ANGIOARCHITECTURE OF THE GLIOBLASTOMA MULTIFORME TYPE OF TUMOUR AND ITS BEARING ON ANGIOGRAPHY

BY

JAMES HARDMAN. F. R. C. S.

This paper comes as a belated tribute to the work of Professor EGAS MONIZ. In angiography we have a method of diagnosing not only the situation of a tumour, but in some cases even its nature. Pneumography had clearly shown itself to be most useful in tumour localisation in cases where the classical methods of clinical neurology had failed, but only rarely did it give a definite clue to the type of tumour present. It is becoming recognised, that only on rare occasions can surgery help patients with glioblastoma multiforme, thus it would be an important advance if we were able to distinguish these tumours without having to recourse to craniotomy. W. TÖNNIS (1937) published three angiograms of cases in which the presence of glioblastoma multiforme had been diagnosed preoperatively. He pointed out that at operation the veins in the neighbourhood of this type of tumour frequently were seen to contain arterial blood, and postulated the existence of arteriovenous anastomoses in the vicinity of these tumours.

The work that follows, though briefly recorded, represents an attempt to correlate the angiographic picture with the angioarchitecture of this type of tumour. TÖNNIS has suggested that such a comparison can be made, but was unable to demonstrate



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

the arteriovenous anastomoses. In addition, it is important to ascertain whether every tumour of this nature might be expected to show changes, recognisable in the angiogram, and if these are specific for the tumour type.

In the past the vessels of cerebral tumours have been studied by ordinary histological stains, or by Perdrau's impregnation of the reticular structure of blood vessels. By these methods an indication of the distribution, size and number of vessels can be obtained, but it is difficult to form a conception of the type of the vessels and the way an arteriole is related to the capillary net-

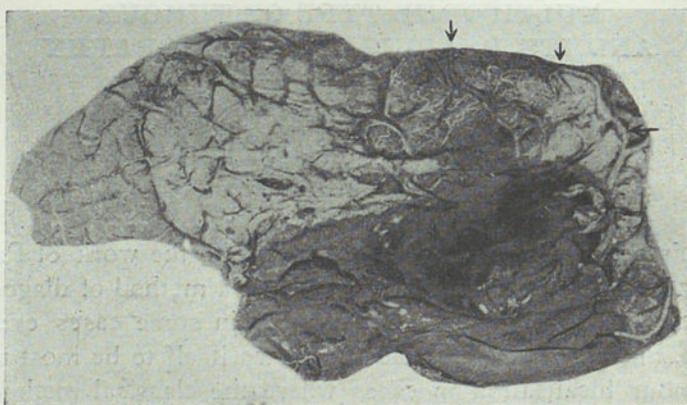


Fig. 1

Sagittal section of the brain after carotid injection with barium-gelatin, showing a tumour of the corpus callosum. Arrows indicate the anterior cerebral veins filled with barium.

work and this to the venules. The author, appreciating this difficulty, first attempted to overcome it by injecting the cerebral vessels of the cadaver, via the internal carotid, with a suspension of barium in hot gelatin. Then the brain was removed, fixed in formalin, sectioned into slices, one centimeter in thickness and each slice radiographed. It quickly became evident that one could distinguish only arteries, arterioles, venous sinusoids and veins in the radiographs. It was necessary microscopically to examine sections of  $250\ \mu$  thickness to obtain any information of the capillary network. After using this method on twenty occasions it was found impossible to obtain uniform results. Extravasations occurred around the periphery of tumours or in the distribution of the

lenticulo-striate vessels. Further even in specimens which had been fairly well injected the capillary bed was found to be very incompletely delineated. The method was abandoned but one case is reported because it indicates the way arterial blood enters the venous side of the cerebral circulation in brains the seat of glioblastoma multiforme.

CASE 1.—J. A. M. aged 41, was admitted to the Neurosurgical Service of the Manchester Royal Infirmary, 15th March 1937, under the care of Mr G. JEFFERSON. His illness had been very acute commencing nine weeks previously with headache, vomiting, staggering gait and difficulty in expressing himself. He was found to have papilloedema and bilateral pyramidal signs. On admission he was comatose and died within fortyeight hours. Autopsy was performed and the brain removed after it had been injected with barium gelatin. The anterior cerebral veins of both hemispheres were found to contain barium. Section of the brain revealed a tumour of the corpus callosum which had extensively infiltrated both hemispheres (fig. 1). Microscopically this proved to be a glioblastoma multiforme. A radiograph taken of a section of the brain containing tumour revealed four zones (fig. 2). From without inwards these were (A) normal brain, which showed only arterioles injected, this gradually merged into (B) the region of active tumour, which contained vessels much larger and more numerous than those seen in the surrounding brain. In the deepest portions of this layer were large sinusoids (C). In marked contrast the centre of the tumour (D) appeared to be free from injected barium. The vessel (E) is the tortuous and grossly displaced anterior cerebral artery, while the vessel (F) represents one of the anterior cerebral veins that had filled with barium.



Fig. 2

Radiograph of portion of the left cerebral hemisphere in the region of the callosal tumour. A, B, C, D indicate different zones of the vascular pattern. E is the anterior cerebral artery. F the anterior cerebral vein.

Ordinary histological methods showed that the necrotic tumour centre

consisted of cell debris with pyknotic and fragmented nuclei. More peripherally, cells showing cloudy swelling and occasional small vessels were seen, filled with blood corpuscles. Surrounding the necrosed area were many large vessels whose walls showed adventitial proliferation thus tending to produce an incomplete barrier, separating necrosed from active tumour. The large vessel (C) seen in the radiograph proved to have a very thin wall, varying a little in thickness. Outside the region of large venous sinusoids, there were many smaller sized thin walled vessels which showed early endothelial and

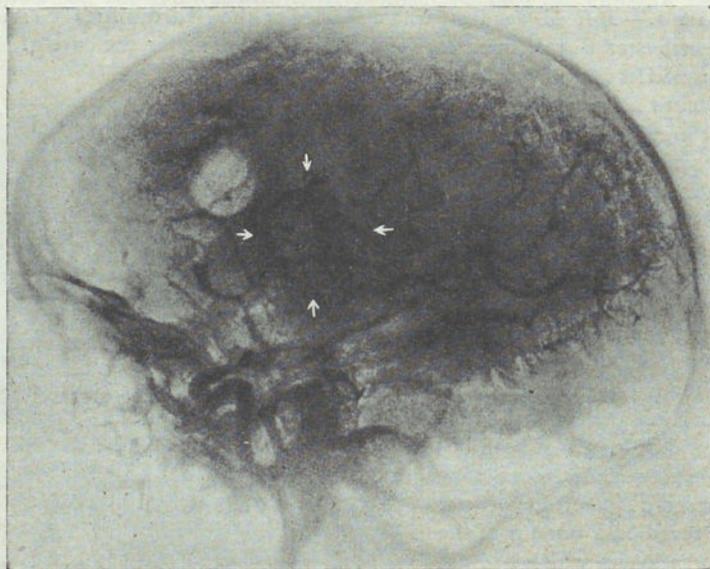


Fig. 3

Angiogram of case 2. A small trephine hole had been made to facilitate biopsy puncture of tumour. Arrows indicate the region of the tumour as demonstrated by abnormal vascular markings.

adventitial changes. This zone contained active tumour cells. Examination of successively more peripherally placed fields demonstrated that the tumour merged imperceptibly with normal brain.

Every effort was made to demonstrate the arteriovenous anastomoses postulated by TÖNNIS, by careful examination of the radiographs, and microscopical examination of the thick sections, but without success. It is suggested that the abnormally patent vascular bed of the active tumour permitted the barium-gelatin to enter the large venous sinusoids in the depths of the tumour, and thence into the veins draining into the longitudinal sinus. Nor-



# EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

**Dermatoses  
Pruridos  
Anafilaxias  
Intoxicações**

**A s m a**

3 hostias por dia  
Casos agudos :  
Injeções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

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



# Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"  
(Granulado solúvel)

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

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

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



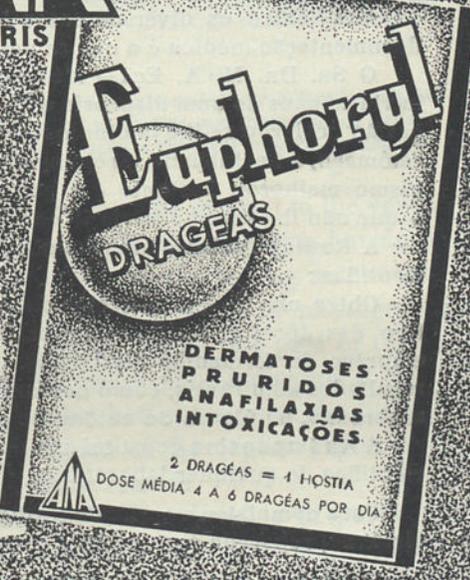

# Hirudinase

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

**Insuficiências venosas  
Infecções  
Vasculo-sanguíneas  
Fiebriles  
Amenorreias**

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - P



# Euphoryl

## DRAGEAS

**DERMATOSES  
PRURIDOS  
ANAFILAXIAS  
INTOXICAÇÕES**

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



# RADIOPEPSINA

## Tratamento das dispepsias do estômago

**S**ÃO já numerosos os médicos que confirmam os excelentes resultados obtidos com o emprêgo da **RADIOPEPSINA** no tratamento das dispepsias do estômago, a qual permite actuar com os tópicos da mucosa gástrica e sedativo das dores, permitindo assim que se faça uma digestão artificial, durante o tempo suficiente em que as glândulas recuperem a sua secreção normal.

Alguns médicos já têm confirmado pessoalmente os benefícios que devem à acção da **RADIOPEPSINA** e entre êles podemos citar os nomes dos Srs.:

DR. JAIME CAMPOS, da Covilhã — declarou que êste medicamento lhe restituiu o regular funcionamento do aparelho digestivo.

DR. MANUEL FEIJÃO, de Santarém — atestou que a **Radiopepsina** lhe curou uma gastrite, de que sofreu durante alguns tempos, e para a qual não tinha conseguido encontrar remédio.

DR. CARLOS COSTA — médico no Barreiro — sofreu horrivelmente durante longos anos de uma dispepsia, que o impossibilitava de trabalhar e lhe causava dores insuportáveis e pelos resultados obtidos com a **Radiopepsina** achou que cumpria um dever, comunicar aos seus colegas o reconhecimento que confessou ao **Laboratório Farmacológico**.

Mas, entre os diversos casos importantes que se registam, com documentação médica é o que se passou com:

O SR. DR. M. A. EÇA — Médico em Esgueira (Aveiro), que sofria havia 40 anos de uma dispepsia e que obteve melhoras notáveis. «A digestão acelerou-se-lhe diminuindo muito a demora dos alimentos no estômago, a flatulência raro o apoquento e o estado geral do seu organismo melhorou bastante e a prisão de ventre deixou de se produzir, o que não lhe sucedia havia 10 anos».

A **Radiopepsina** é um produto estudado com a seguinte orientação científica:

Obter um tópico protector da mucosa gástrica, um poderoso sedativo das dôres permitindo assim fazer uma digestão artificial com o emprêgo de fermentos diastáticos. E assim a **Radiopepsina**, dá os resultados admiráveis, como nenhum outro medicamento nas **gastrites ulcerosas**, na **úlcera do estômago** e na **hipercloridria** a mais rebelde.

A **Radiopepsina** constitui um dos maiores triunfos da investigação científica de qualquer laboratório.

Para completar a acção da **Radiopepsina** convém empregar a água alcalina preparada com os **Sais oxidantes**.

Produto português do **Laboratório Farmacológico, Rua Alves Correia, 187**. Não esqueçam a **Lipobiase**, o **Cerimalte** e a **Lactobiase**, incomparáveis produtos da estação de verão.

mal brain remote from tumour showed a capillary network which was very poorly injected. It is thought that the open vascular network allowed the injected barium to be shortcircuited into the venous side of the circulation, while the normal sized capillaries offered greater resistance to the barium suspension.

The appreciation of these difficulties lead the author to discontinue the use of this method, in favour of a microchemical process evolved by F. A. PICKWORTH (1932) for demonstrating the capillaries in brains of subjects of mental disorder. Sections of  $250\ \mu$  thickness are treated with benzidine, sodium nitroprusside and hydrogen peroxide. If the vessels contain blood corpuscles their haemoglobin interacts with the reagents to produce a black precipitate. The sections are cleared and mounted. It will be appreciated that all vessels are stained by this procedure: arterioles, capillaries, venules, venous sinusoids and veins. Thus it is sometimes possible in the thick sections

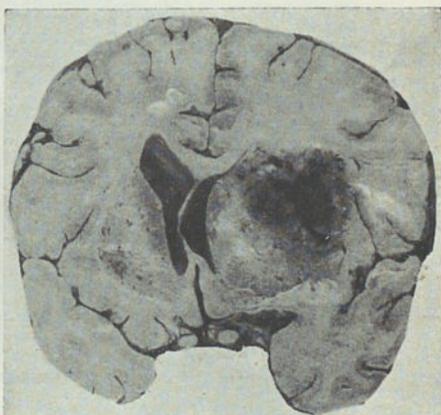


Fig. 4

Coronal section of the brain just behind the temporal poles. The tumour containing a cystic cavity is seen in the right cerebral hemisphere.

to trace the course taken by blood from the arterial to the venous side of the circulation. By using a uniform technique, having all sections of the same thickness, microphotographing and magnifying to the same degree, one obtains a series of photographs which can be utilised for the comparison of one part of the tumour with another, and case with case. A good indication is obtained of the variations in the vascular bed throughout the tumour, and in addition stains can be obtained of the capillary plexus of the brain adjoining and remote from tumour.

The case in which this method was utilised is of particular interest because an angiogram was made during life and the changes demonstrated can be compared with microphotographs of the vessels responsible for them.

CASE 2.—J. R. aged 44, was admitted to the Neurological Service of the Manchester Royal Infirmary, 6th October 1937, under the care of Mr G. JEFFERSON. The patient had been perfectly well until two months previously when he complained of tiredness and a nasty taste in his mouth. Four days before admission, he experienced headache, vomiting and drowsiness. His condition deteriorated and he was admitted to hospital in an unconscious state. On examination he was found to have early papilloedema and left pyramidal signs. Radiographs of the skull showed the pineal displaced a little to the left. On 12th October 1937, angiography was carried out on the right

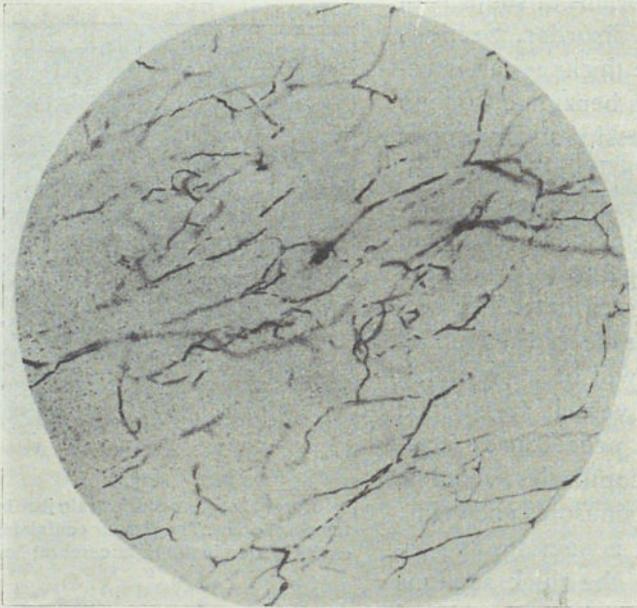


Fig. 5

The capillary bed as seen in the white matter outside the periphery of tumour. The capillaries are fine and the network interrupted indicating the oedema present in this region. PICKWORTH technique,  $250\mu \times 100$ .

side and reported on by Dr E. W. TWINING. «The carotid syphon and the SYLVIAN group of vessels are well outlined. Above and behind the carotid syphon in an area measuring  $3\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$  cms, there is increased density due to a tangled group of vessels which do not present the normal arterial pattern and are probably venous. These run in a very irregular fashion, showing localised dilatations and short loops. They appear to surround a relatively avascular area about  $1\frac{1}{2}$  cm in diameter, which may possibly be a cyst cavity. There seems to be no doubt that the vascular area represents the site of the tumour (fig. 3). The patient died twenty-four hours later. At autopsy

the convolutions of the right hemisphere were flattened. Coronal sections revealed a widespread oedema of the right centrum ovale. A spherical tumour measuring  $4 \times 4 \times 5$  cms was found deeply placed in the same hemisphere lying external to the anterior horn of the lateral ventricle. Its centre was cystic and contained three ccs of yellowish fluid. The tumour had a variegated appearance and a few large vessels were seen in its periphery. The outer limits were indefinable there being no evidence of pseudo encapsulation in any part of its circumference (fig. 4).

Histological examination proved that the tumour was a glioblastoma



Fig. 6

Arrows indicate aneurysmal dilatations of capillaries in transverse section, seen in the peripheral portion of the tumour. Haematoxylin and eosin,  $\times 400$ .

multiforme containing astrocytes, giant cells and spongioblasts which in the deeper parts showed pseudo-palisading. The walls of the vessels were of varying degrees of thickness. Endothelial proliferation was only an occasional finding. Centrally the tumour was necrosed and consisted of cell debris, or cells with a poor outline and pyknotic nuclei. This region showed areas of blood extravasation and vessels whose lumen was completely blocked by tissue which had undergone hyaline degeneration. Immediately surrounding the necrotic centre were large vessels with thick fibrotic walls. There had been so much adventitial proliferation that broad sheets of fibrous tissue replaced the tumour cells. Sections, stained by the PICKWORTH technique showed the

largest vessels, bordering upon the necrotic centre, divided transversely. In the surrounding active tumour the vessels have a calibre many times greater than that of the normal capillary, they are spaced more widely and appear to twist in an unusual fashion. The diameter of these vessels is fairly uniform but not so constant as that seen in capillaries or arterioles. There can be no doubt that these vessels are of the nature of venous sinusoids. Where these occur no capillaries can be detected. More peripherally the venous sinusoids have a smaller calibre and capillaries can be seen joining them. As the tumour edge is reached capillaries alone are present, they form a network



Fig. 7

Microphotographs of tissue adjoining that seen in fig. 6. This shows the aneurysmal dilatations on the capillary loops, together with the capillaries and venules serving them. PICKWORTH technique,  $250\mu \times 100$ .

which is characteristic of white matter, its only deviation from normal being that its continuity is a little broken. This may be an indication of the œdema present throughout this hemisphere (fig. 5). A striking feature noted in the peripheral part of this tumour is the reaction of the capillaries to the invasion of the brain by tumour. Ordinary histology reveals a series of locally dilated capillaries, whose walls show early adventitial changes (fig. 6). This reaction was only found in sections taken from the anterior extremity of the tumour. In the PICKWORTH stained material, capillaries can be traced to the region where small aneurysmal dilatations occur on their loops, before

they become continuous with venules whose lumen widen as they leave the area (fig. 7).

The vessels of that part of the tumour bordering the cyst show the most exaggerated changes. Histology reveals them as large vessels divided transversely, packed with corpuscles. Their walls consist of wide areas of fibrous tissue which completely replaces the tumour. More peripherally the venous sinusoids still have a wide fibrous wall, but tumour cells now appear as narrow columns separating each vessel. The PICKWORTH material of corresponding sections show the most central vessels as large spherical masses

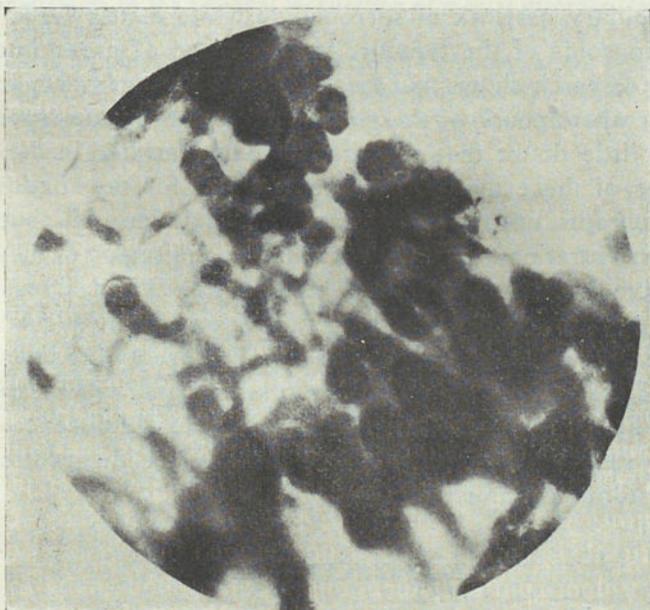


Fig. 8

Large venous sinusoids bordering the cystic cavity. It is suggested that vessels of this type are responsible for the angiographic changes seen in this case. PICKWORTH technique,  $250 \mu \times 100$ .

which are continuous with vessels of very wide calibre, the latter are so numerous and so closely packed that they remind one of the pampiniform plexus of veins (fig. 8). Peripherally, one sees the venous sinusoids which have been described as occurring in the active parts of the tumour.

It is obvious that the vessel changes seen in this tumour are exactly similar to those demonstrated by the radiographic method, used in the first case, recorded in this paper. It is equally certain that they were responsible for the changes noted in the angiogram.

## CONCLUSION

In both these cases, endothelial proliferation was not so pronounced as described by E. M. DERRY (1932), A. ELVIDGE, W. PENFIELD and CONE (1937). Adventitial changes predominated and were most pronounced at the boundary zone between necrotic and active tumour, this region also contained the largest vessels. Large venous sinusoids ramified throughout the most cellular parts of the tumour. It would appear that the comparatively normal capillary network of surrounding white matter feeds the venous sinusoids of the tumour. It will prove of great interest if further research shows that these vascular arrangements are constant for all tumours of the glioblastoma multiforme type. There can be little doubt that the changes demonstrated in the deeper portions of these tumours are responsible for the shadows cast in angiograms, not necessarily as individual sinusoids, but rather as a concentration of thorotrast which in the region of the tumour may have a mottled or flecked appearance. When assessing the size of any tumour by this method, it is important to realise that the area shown in the angiogram only represents the deeper portions of the tumour. With further research and wider experience it may be shown as TÖNNIS suggests, that in the absence of congenital racemose angioma, these changes are diagnostic of the glioblastoma multiforme.

## ACKNOWLEDGEMENTS

I wish to record my indebtedness to Mr G. JEFFERSON, who gave me every facility for investigating the pathological material, in addition to advice and criticism when carrying out this work. My thanks are also due to the Honorary Radiologists of Manchester Royal Infirmary for help they afforded in the investigation of the first twenty cases. This research work was made possible by the grant of a Research Fellowship, in clinical science and experimental pathology, by the Medical Research Council of Great Britain during 1938.

## REFERENCES

- 1) CARMICAL, E. A. — Cerebral Gliomata. *Journal of Pathology and Bacteriology*. 31:493. 1928.

- 2) DEERY, E. M. — Some Features of Glioblastoma Multiforme. *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. 2 : 157. 1932.
- 3) ELVIDGE, A, PENFIELD, W. and CONE, W. — Gliomas of the Central Nervous System. Tumours of the Nervous System. Williams and Wilkins. 1937.
- 4) ELSBERG, C. A. and HARE, C. C. — The Blood Supply of the Gliomas. *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. 2 : 210. 1932.
- 5) MONIZ, E — Diagnostic des Tumeurs Cérébrales et epreuve de L'Encéphalographie Artérielle. Masson et Cie. Paris, 1931.
- 6) MONIZ, E. — L'Angiographie Cérébrale. Masson et Cie. Paris, 1934.
- 7) PICKWORTH, F. A. — A new method of study of the brain capillaries and its application to the regional localisation of mental disorder. *Journal of Anatomy*. 69 : 61. 1934.
- 8) TÖNNIS, W. and ZULCH, K. J. — Personal Communication. 1937.
- 9) TÖNNIS, W. — Die Bedeutung der Angiographie cerebrale für die Indikationsstellung zur Operation von Hirngeswülsten. *Lisboa Médica* 14 : 773. 1937.

*Institut Rocha Cabral — Lisbonne*

---

## LA RECHERCHE DU BACILLE DE KOCH DANS LES SELLES

PAR

A. CARVALHO, J. ROCHETA et C. VIDAL

Immédiatement après les travaux de ROBERT KOCH, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'existence de batonnets acide-résistants fut démontrée dans les selles, tant d'individus humains que d'animaux tuberculeux (bovidés, lapins, cobayes, etc.). On doit à MEUNIER (de Pau) la généralisation de cette méthode laboratoriale aux matières fécales; mais c'est surtout dans les douze dernières années que ce procédé est entré dans la pratique habituelle de la clinique, après les travaux de ARMAND-DELILLE et VIBERT.

Dès le commencement, on a mis en doute si les corpuscules décrits seraient de vrais bacilles de KOCH (b. K.) ou ne seraient que des formations acide-résistantes, si abondantes dans les matières fécales. Nous devons dire déjà que, outre les caractères microscopiques et culturels, l'inoculation ôte tous les doutes.

Une fois acceptée l'hypothèse qu'ils sont de vrais agents de la tuberculose, il manquait de savoir s'ils provenaient de l'expectoration déglutie ou de lésions intestinales.

Comme les lésions de nature bacillaire au niveau de l'intestin de l'adulte sont rares ou n'existent pas, pour la majorité des auteurs, sans affection du parenchyme pulmonaire, la présence de b. K. dans les selles laisse toujours dans l'esprit de l'homme de laboratoire le doute s'il y a réellement des lésions spécifiques intestinales ou s'il s'agit à peine de la déglutition de crachats

LISBOA MÉDICA



# PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



# PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS  
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



# POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL  
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY - 67, Avenue Wagram PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

LISBOA MÉDICA

ODETT  
1949

**Prevenção**  
E  
**tratamento**  
DA  
**TOSSE CONVULSA**  
PELO

**néo-dmètys**  
STOCK VACINA ATÓXICA

NENHUMA DOR LOCAL  
NENHUMA REACÇÃO  
MESMO NAS CRIANÇAS  
DE PEITO

Em caixas de 6 empôtas de 1 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**specia**

Marques Poulenc frères & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon  
PARIS (8<sup>ème</sup>)

bacillifères. L'unique caractère distinctif pour la présomption de lésions intestinales est l'élimination de la bactérie en agglomérés; ceux-ci peuvent seulement bien se révéler par l'examen direct, qui est très faillible, comme nous le savons. Beaucoup d'auteurs veulent attribuer les b. K. de la matière fécale à l'existence de lésions intestinales, lorsque l'examen de l'appareil pulmonaire est négatif; or, nous savons que nous pouvons nous tromper en portant cette conclusion. D'autre part, les expériences de quelques chercheurs (JOEST et EMSHOFF, TITZE et JAHN, LYDIA RABINOVITCH) nous font admettre que des b. K. circulants peuvent être éliminés par le foie, étant lancés dans l'intestin avec la bile, hypothèse qui expliquerait la possibilité de trouver la bactérie dans la matière fécale dans l'absence de lésions spécifiques pulmonaires ou intestinales. Mais ce sujet est en discussion, tant pour le cas de l'homme, que pour celui des autres animaux.

Seulement, pour indiquer quelques opinions tant sur la question de l'élimination du b. K. dans les matières fécales d'individus sains, comme sur le pourcentage de la même bactérie dans les cas de tuberculose bien déterminée, nous citerons :

ALEXANDER, qui n'a jamais trouvé de b. K. dans la matière fécale de 129 individus sains, tandis que la recherche fut positive 23 fois sur 24 cas de tuberculose pulmonaire (T. P.). La bactérie s'est montrée aussi 52 fois en 74 individus souffrant de diverses formes de tuberculose dont l'expectoration était négative (pleurésie, granulie, adénite, méningite, ostéite, arthrite).

LAIR, KITE et STEWART (cités par CALMETTE) ont trouvé la bactérie 48 fois en 87 matières fécales.

Mais pour NÜSSEL, FRIED, MIKULOWSKI et d'autres auteurs contemporains, la recherche du b. K. dans les selles est toujours positive quand cette bactérie existe dans l'expectoration (KOLLE, KRAUS et UHLENHUTH).

On voit déjà que, dans la clinique, la recherche du b. K. dans la matière fécale est spécialement indiquée pour les enfants qui crachent rarement (les lavages gastriques étant souvent difficiles, comme MISHULOW l'a montré récemment) et pour les adultes avec bacilloscopie négative dans l'expectoration.

En s'appuyant sur l'opinion de différents chercheurs (FRERICHE, HÖNING, HERSCHEIMER, LOUIS), CALMETTE dit que dans la T. P. chronique on rencontre en 90 % des cas des nodules lymphati-

ques sous-muqueux au niveau de l'intestin de nature spécifique, qui peuvent causer ou non l'ulcération de la paroi.

Considérant la difficulté de mettre en évidence le b. K. dans la matière fécale, plusieurs méthodes ont été proposés dans ce but, que nous énumérons rapidement, en nous basant surtout sur l'important travail de CARNOT, LAVERGNE et FIEHRER, réalisé à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris et publié en 1935-36 :

#### I — EXAMEN DIRECT :

a) Procédé de ANGLADE et CHAREAUX, qui colore la matière fécale par le ZIEHL-NEELSEN, sans traitement antérieur. Nous voyons ainsi l'impossibilité fréquente de distinguer le b. K. des autres acide-résistants.

b) Procédé de STRASBURGER et LOLL, qui traite la matière fécale par l'alcool.

c) Procédé de SCHWANN, qui conseille l'usage de l'éther.

d) Procédé de NABIAS, où l'on doit additionner de l'alcool et après de l'éther, avant la coloration vulgaire.

e) Procédé de GARDÈRE et LACROIX, qui traitent la matière fécale avec de l'eau de JAVEL et de l'alcool.

Nous devons dire toute de suite que les méthodes de l'homogénéisation de l'expectoration ne peuvent pas être appliquées directement à la matière fécale, puisque la quantité de substances grasses qui y existent se combineraient aux réactifs en formant des savons, qui empêcheraient ou rendaient difficile la recherche de la bactérie (BEZANÇON et BRAUN).

f) Procédé de MOREAU, BEZANÇON et JONG, avec de l'éther et de la ligroïne.

g) Procédé de HAUPTMANN et CLOSE, avec de l'antiformine ; cette méthode est connue en France, spécialement pour l'inoculation, sous les noms de CALMETTE, GUÉRIN et THIERINGE et en Allemagne sous les de JOEST et SCHOFF.

h) Procédé de FRIED, à la benzine et à l'éther.

i) Procédé de FALCI, à l'éther de pétrole.

j) Procédé de ALEXANDER : la matière fécale est seulement triturée avec du sérum physiologique.

l) Procédé de GABBANO, proposé en 1927 pour l'inoculation,

employant de la soude, dont l'excès est neutralisé. Cette méthode a le même fondement que celle proposée quatre ans avant par AUBERTIN et FONTANT.

m) Procédé de CHIN KUG CHUN et KURT KRUG, à l'acide sulfurique, publié en 1933; il est presque aussi vanté que celui de OGAWA (voir ci-dessous).

Plusieurs de ces auteurs font le traitement des matières fécales, non seulement pour l'examen direct, mais aussi pour la culture ou pour l'inoculation au cobaye. Si nous les avons déjà cités, c'est seulement dans le but de laisser isolée pour une référence plus large, la méthode qui nous semble préférable et que nous avons employée dans notre travail — la méthode de OGAWA.

## II — CULTURE :

C'est avec raison que la copro-culture a toujours été considérée comme difficile, à cause de l'abondance des autres bactéries qui, couvrant le milieu nutritif, peuvent empêcher le développement du b. K, qui y est généralement rare.

CARNOT, LAVERGNE et FIEHRER ont employé la copro-culture proposée par OGAWA, avec de légères modifications, méthode que nous suivons dans nos investigations.

Les médecins de l'Hôtel-Dieu conseillent :

«Les matières, recueillies dans un récipient stérile, seront traitées etensemencées le jour même. Il vaut mieux qu'elles ne soient pas trop dures et, s'il y a lieu, on administrera la veille un laxatif au malade.

«Environ 1 cc. de matières fécales est émulsionné, dans un mortier stérile, dans 12 à 15 cc. d'une solution de trypaflavine à 1 p. 1000. On filtre sur une compresse stérile de six épaisseurs de gaze. Si l'émulsion a été réussie, on obtient un liquide homogène et franchement trouble. Le filtrat est additionné d'une quantité double d'acide sulfurique à 1 p. 100. On laisse en contact une heure. On centrifuge énergiquement dans un tube stérile, muni d'un capuchon métallique. On décante et on égoute en renversant le tube pendant 5 minutes sur une compresse stérile.

«Le culot est alorsensemencé sur milieu de LOEWENSTEIN au vert de malaquite. Chaque tube doit recevoir la valeur d'un grain

de chènevis et l'ensemencement est effectué au moyen d'une spatule métallique. Les tubes, soigneusement bouchés, sont placés presque horizontaux à l'étuve à 38°. Chaque ensemencement doit être sur quatre à six tubes. Il vaut mieux augmenter ce nombre que le réduire, non seulement pour augmenter la quantité des matières fécales ensemencées, mais aussi pour se mettre à l'abri des contaminations. Celles-ci sont faciles à voir dès le deuxième ou troisième jour; dans ce cas il faut recommencer la copro-culture.

«L'ensemencement du culot est effectué sans lavage ni neutralisation de l'acide sulfurique. Cet acide, dilué à 1 p. 150 environ, fait momentanément virer au vert foncé le milieu de LOEWENSTEIN, mais n'entrave en aucune façon le développement ultérieur du bacille de KOCH. La trypaflavine ne gêne pas davantage, mais donne aux colonies une teinte jaune verdâtre.»

### III — COPRO-INOCULATION :

Pour la recherche du b. K. dans quelque matériel la culture et l'inoculation sont toujours bien plus sensibles que l'examen direct. Aujourd'hui seulement ont fait discussion sur la valeur comparatif de la culture et de l'inoculation; mais il est avéré que si la culture est moins coûteuse, plus précoce et moins accessible à la destruction du matériel (l'infection des tubes et la morbidité des animaux), l'inoculation a une plus grande sensibilité et peut donner déjà une réponse depuis 15 jours (tuberculino-réaction).

CARNOT, LAVERGNE et FIEHRER, qui employent aussi la méthode de OGAWA pour la copro-inoculation, ont dit :

«Les souillures passent à l'arrière-plan et ne gênent pas les résultats finaux.

«En d'autres termes, le principal inconvénient de la copro-culture disparaît.

«Le mélange trypaflavine-matières fécales-acide sulfurique est très peu toxique pour le cobaye : on dilue simplement une partie du culot final dans du sérum physiologique. Nous injectons à chaque cobaye la valeur de trois anses de platine dans 2 cc. environ de sérum physiologique.

«On augmente ainsi considérablement les chances de pourcentage positif : on sait, en effet, que le cobaye est plus sensible que la culture pour l'isolement du bacille de KOCH (SAENZ).

« En appliquant la méthode à la trypaflavine pour l'inoculation des matières fécales au cobaye on a une méthode excellente, évitant les infections associées et même les abcès au point d'inoculation, presque inévitables avec les autres méthodes. Autre avantage : la même manipulation servira pour préparer l'inoculation au cobaye et la culture, si l'on désire faire les deux simultanément »

Ces auteurs ont aussi fait l'examen direct, mais ont vérifié sa faible sensibilité, outre l'impossibilité de reconnaître les différents bacilles acide-résistants. Par la copro-culture, ils ont constaté le développement des colonies à partir du 14<sup>e</sup> jour.

« Enfin copro-inoculation, « disent-ils », lors de la même manipulation par la méthode à la trypaflavine-acide-sulfurique. La copro-inoculation est toujours utile : elle vérifie la virulence des bacilles ; elle seule peut parfois donner des résultats en cas de tubes souillés ; elle constitue alors un moyen de contrôle ; elle seule peut parfois donner des résultats positifs, en cas de matières fécales paucibacillifères.

« Copro-cultures et copro-inoculation se complètent heureusement. »

Et ces auteurs continuent :

#### APPLICATIONS CLINIQUES

Schématiquement, on peut distinguer deux cas :

1<sup>er</sup> cas. — Il y a des bacilles dans les crachats. MM. VENOT et LOREAU, E. SERGENT et H. DURAND ont montré depuis longtemps l'importance de la recherche du bacille tuberculeux dans les selles. En particulier elle peut rendre de grands services en cas de *simulation* (soldats, infirmiers). « Les soldats les plus avertis pourront plus difficilement échanger leurs selles que leurs crachats avec ceux d'un camarade tuberculeux » (VENOT et MOREAU). En cas de *tuberculose intestinale secondaire* les bacilles tuberculeux des fèces peuvent avoir une *triple origine* : crachats déglutis, élimination biliaire, élimination par la paroi intestinale. Or, si l'on ne peut tirer aucune conclusion des variantes culturelles des souches humaines de bacilles de KOCH isolées à partir des selles, si la virulence même des souches n'entre pas en ligne de compte pour le diagnostic de localisation intestinale tuber-

culeuse, le nombre des macrocolonies obtenues par copro-culture peut orienter le diagnostic. Certes, seule l'observation ultérieure de nombreux cas pourra définitivement trancher la question, mais une différence importante entre le nombre de colonies obtenu par culture à partir des crachats et des fèces, des macrocolonies nombreuses et confluentes obtenues à partir des selles doivent faire soupçonner l'existence de lésions intestinales.»

2° cas. — Il n'y a pas de bacilles dans les crachats:

a) Il y a des lésions pulmonaires. — Plusieurs auteurs insistent alors sur l'intérêt de la recherche des bacilles de KOCH dans les mucosités de l'arrière-gorge, et dans le liquide de lavage de l'estomac. Nous ferons à ce sujet plusieurs remarques: le lavage de l'estomac par ses manipulations successives peut exposer à des contaminations extérieures; le lavage de l'estomac, pas toujours facile, n'est pas sans inconvénient chez certains enfants; il est parfois systématiquement refusé par la famille; il n'est guère plus sensible que l'examen des fèces (KERESZTURI, HAUPTMANN-BAUMANN).

«A notre avis, la recherche des bacilles tuberculeux dans les selles nous offre un procédé précis, facile, sensible et doit être employé chez l'enfant tuberculeux et dans les tuberculoses pulmonaires de l'adulte, dans les périodes non évolutives, dans les poussées avec élimination paucibacillaire dans les crachats, surtout dans la tuberculose fibreuse, et nous insistons sur ce point. Au cours de la *collapsothérapie* (GARDÈRE, LACROIX, L. ROSSI) il est nécessaire de recourir à l'examen des selles, à intervalles plus ou moins éloignés, surtout lorsque se pose la question de la *cessation du pneumothorax*.

b) Il n'y a pas de lésions pulmonaires. — Dans ces cas, par la recherche des bacilles de KOCH dans les matières fécales on réussit l'étude des éliminations biliaire et intestinale.

«Nous avons à ce sujet une observation démonstrative de tuberculose intestinale cliniquement primitive (leçon du 30 décembre 1932, clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). Les examens directs furent toujours négatifs. La copro-inoculation fit la preuve de la tuberculose.

«T. OGAWA signale 2 casos sur 7 de pleuropéritonites tuberculeuses avec copro-cultures positives.

«V. MIKULOWSKI rapporté un cas de tuberculose ostéo-gan-

glionnaire infantile, sans lésions pulmonaires, vérifié à l'autopsie et avec copro-inoculation positive. Remarquons que la copro-culture et la copro-inoculation, comme toutes les méthodes nouvelles de recherche du bacille de Koch, peuvent rendre de grands services dans certaines formes torpides ou atypiques de tuberculose.

«La bacillémie tuberculeuse, si difficile à mettre en évidence par hémoculture, peut être révélé par les copro-cultures et copro-inoculation, comme nous l'avons démontré expérimentalement.»

Les mêmes auteurs terminent ainsi :

*«En définitive, les procédés modernes de recherche des bacilles tuberculeux dans les matières fécales, simples et précis, par les renseignements qu'ils peuvent nous donner, doivent entrer dans la pratique bactériologique courante.»*

#### PARTIE EXPÉRIMENTALE

Les matières fécales d'individus internés dans la clinique des Maladies Pulmonaires de l'Hôpital de la Faculté de Médecine (Prof. LOPO DE CARVALHO), tous avec T. P. ouverte, furent cueillies le plus aseptiquement possible. Elles ont été le jour même soumises au traitement décrit ci-dessus, chaque échantillon étant inoculé à deux cobayes etensemencé aussi dans 6 tubes du milieu nutritif.

La méthode employée par nous diffère de celle qui est conseillée par les médecins de l'Hôtel-Dieu dans ce qui suit :

Le sédiment obtenu par centrifugation étaitensemencé avec une pipette stérilisée de 1 cc., comme LOEWENSTEIN a conseillé pour l'hémoculture (pour mieux utiliser le sédiment et pour rendre la contamination moins facile); le milieu employé fut aussi celui de cet auteur, mais coloré en rouge (que nous avons préféré au milieu vert, parce que, les deux étant également sensibles au b. K., les colonies se remarquent précocement au milieu rouge). Les tubes ont été placés presque horizontalement, comme le recommande le professeur de Vienne, mais dans l'étuve à 37°.

Nous résumons nos expériences dans le tableau suivant :

| Cas   |          |              | Ensemencement<br>Tubes |      |      |      |      |      | Cobayes<br>N <sup>os</sup> | Autopsie | Notes          |
|-------|----------|--------------|------------------------|------|------|------|------|------|----------------------------|----------|----------------|
|       |          |              | 1                      | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    |                            |          |                |
| F. 1  | E. P.    | 3. P. A. (*) | +                      | +    | +    | +    | +    | +    | 286                        | +        | Même cas F. 21 |
| F. 2  | J. G.    | 1. P. A.     | +                      | +    | o    | +    | o    | Inf. | 281<br>380                 | +        |                |
| F. 3  | A. L.    | 12. P. A.    | o                      | o    | o    | o    | o    | o    | 381<br>382<br>385          | o<br>+   |                |
| F. 4  | A. S.    | 5. P. A.     | +                      | +    | +    | +    | +    | +    | 377                        | +        | Même cas F. 14 |
| F. 5  | A. A. C. | 8. P. A.     | o                      | o    | o    | o    | o    | o    | 379<br>284                 | +        |                |
| F. 6  | A. M. S. | 7. P. A.     | Inf.                   | Inf. | Inf. | Inf. | Inf. | o    | 298<br>209                 | o        |                |
| F. 7  | M. L. R. | 13. P. A.    | o                      | o    | o    | o    | o    | o    | 213<br>60                  | +        | Même cas F. 6  |
| F. 8  | O. J. P. | 6. P. A.     | +                      | +    | +    | +    | +    | +    | 68<br>241                  | +        |                |
| F. 9  | J. V.    | 15. P. A.    | +                      | +    | +    | +    | +    | +    | 243<br>248                 | +        |                |
| F. 10 | A. V. S. | 16. P. A.    | Inf.                   | Inf. | Inf. | o    | Inf. | o    | 225<br>395                 | +        | Même cas F. 6  |
| F. 11 | A. F. S. | 14. P. A.    | +                      | +    | +    | +    | +    | +    | 397<br>383                 | o<br>+   |                |
| F. 12 | A. P.    | 2. P. A.     | o                      | o    | +    | o    | o    | o    | 387<br>391                 | +        |                |
| F. 13 | E. S. P. | 1. P. A.     | o                      | o    | Inf. | o    | o    | o    | 394<br>398                 | +        | Même cas F. 6  |
| F. 14 | A. M. S. | 7. P. A.     | o                      | o    | o    | o    | Inf. | Inf. | 399<br>400                 | +        |                |
| F. 15 | A. T.    | 9. P. A.     | Inf.                   | Inf. | Inf. | Inf. | Inf. | Inf. | 392<br>390                 | +        |                |
| F. 16 | J. F. C. | 11. P. A.    | o                      | o    | o    | o    | Inf. | Inf. | 388<br>386                 | +        | Même cas F. 6  |
| F. 17 | J. E. M. | 10. P. A.    | o                      | o    | o    | o    | o    | o    | 306<br>290                 | +        |                |
| F. 18 | F. S. V. | 3. P. A. (*) | +                      | +    | o    | +    | o    | +    | 293<br>242                 | o<br>+   |                |
| F. 19 | A. J. M. | 9. P. A.     | +                      | +    | +    | +    | +    | o    | 243<br>244                 | +        | (X)            |
| F. 20 | A. J. P. | 4. P. A.     | +                      | +    | +    | +    | Inf. | Inf. | 245<br>246                 | +        |                |
|       |          |              |                        |      |      |      |      |      | 247                        | +        |                |

(\*) Malade avec de la tuberculose intestinale, vérifiée à l'autopsie.

“**Ceregumil**”  
**Fernández**

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

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

**DIGIBAINÉ**

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

**TUBERCULOSE**

**VITADONE**

**INJECTÁVEL**

**VITAMINAS A & D**

**fisiològicamente tituladas**

Caixas de 6 empôlas de 2 centímetros cúbicos

Contendo cada uma { 20.000 u. i. de Vitamina A  
20.000 u. i. de Vitamina D

**2 Injecções intra-musculares por semana**

**Etablissements BYLA—26, Avenue de l'Observatoire — PARIS**

Literatura e amostras nos Representantes:

**Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA**

**TERMAS DE MONTE REAL** /// Telefone 3

→ A 2 quilómetros da Estação de Monte Real (Oeste)

**ESTANCIA DOS ARTRÍNICOS E DOS GASTRO INTESTINAIS**

**AS ÁGUAS MAIS SULFATADAS CÁLCICAS DA PENÍNSULA**

As águas das Termas de Monte Real são um tipo novo, ainda não encontrado em Portugal.

A este respeito diz o Ex.<sup>mo</sup> Sr. Charles Lepierre no seu boletim da análise:

I—A água minero-medicinal das Termas de Monte Real, é fria mesosalina, sulfidricada cálcica, sulfatada cálcica e magnésica, clorada e bicarbonatada mixta. Contém também elementos raros, de valor em quantidade,

ponderáveis (iodo, brómio, fluor, sílica, arsénio, lítio, etc.).

II—Sob o ponto de vista higiénico: E' água muito pura e isenta de contaminação.

III—Sob o ponto de vista da Rádio-actividade: E' bastante rádio-activa, sendo a sua acção devida à emanação do Rádio.

IV—Sob o ponto de vista minero-medicinal: A água de Monte Real constitui um tipo hidro-mineral novo, ainda não encontrado ou descrito em Portugal.

**As termas melhor situadas do País**

Aguas sem rival na cura de doenças do estômago, fígado, intestinos, aparelho respiratório e tódas as manifestações artríticas

**MUITO RADIO-ACTIVAS — Médicos hidrologistas permanentes**

**HOTEIS COM REGIMEM DE DIETA E A PRÇOS MODICOS**

As termas de Monte Real estão situadas perto dos mais lindos monumentos do País, tais como: Leiria, Batalha, Fátima, Tomar, Lourçal e praias como Vieira de Leiria (a 7 kil.), S. Pedro de Muel, Figueira da Foz, Pedrogão, etc.

Dirigir tóda a correspondência ao proprietário gerente: Olimpio Duarte Alves — Monte Real

| Cas   |          |           | Ensemencement Tubes |   |      |      |   |   | Cobayes N <sup>o</sup> | Autopsie | Notes                |
|-------|----------|-----------|---------------------|---|------|------|---|---|------------------------|----------|----------------------|
|       |          |           | 1                   | 2 | 3    | 4    | 5 | 6 |                        |          |                      |
| F. 21 | J. G.    | 1. P. A.  | o                   | o | o    | o    | o | o | 265                    | o        | (✕)<br>Même cas F. 2 |
|       |          |           |                     |   |      |      |   |   | 266                    |          |                      |
| F. 22 | E. S. P. | 6. P. A.  | +                   | + | -    | +    | + | - | 270                    | +        |                      |
|       |          |           |                     |   |      |      |   |   | 271                    |          |                      |
| F. 23 | A. M. S. | 7. P. A.  | o                   | o | Inf. | Inf. | o | o | 380                    |          | (✕)<br>(✕)           |
|       |          |           |                     |   |      |      |   |   | 310                    |          |                      |
| F. 24 | J. F. C. | 11. P. A. | o                   | o | o    | o    | o | o | 266                    | +        |                      |
|       |          |           |                     |   |      |      |   |   | 269                    |          |                      |
| F. 25 | O. F.    | 3. P. B.  | o                   | o | o    | o    | o | o | 99                     |          | (✕)<br>(✕)           |
|       |          |           |                     |   |      |      |   |   | 83                     |          |                      |

(✕) Cobaye mort par maladie intercurrente.

Par la lecture de ce tableau on arrive aux conclusions suivantes :

Contamination des cultures — Dans un cas (F. 15) tous les tubes de culture furent infectés secondairement ; dans un autre cas (F. 10) 4 tubes furent infectés et 2 restèrent stériles ; dans 4 cas (F. 14, F. 16, F. 20 et F. 23) 2 tubes s'infectèrent, 3 furent stériles et positif le restant ; dans un cas (F. 2) seul un tube au milieu fut infecté, 3 furent positifs et 2 négatifs.

En 25 matières fécalesensemencées, chacune en 6 tubes, 11 fois l'ensemencement fut positif : 5 fois dans tous les tubes de culture, 1 fois en 5 tubes, 3 fois en 4 tubes de culture, 1 fois en 3 tubes et 1 fois en 1 seul tube.

Dans ces matières fécales, l'inoculation fut positive en 20 cas : sur les deux cobayes inoculés en 15 cas, dans les 5 cas restants un seul cobaye fut positif et l'autre fut négatif ou mort par infection secondaire avant la date de l'autopsie (2 cas).

Tous les résultats positifs à l'ensemencement furent positifs à l'inoculation, mais en 9 cas nous avons obtenu des résultats positifs à l'autopsie des animaux inoculés et négatifs à l'ensemencement.

Nous n'avons jamais obtenu un résultat positif par ensemencement et négatif par inoculation.

*Résumé.* — Pour l'investigation de l'existence du b. K. dans les matières fécales d'individus avec T. P., en nous fondant sur la

méthode de OGAWA, nous avons obtenu 80 % de résultats positifs par l'inoculation, tandis que par ensemencement le pourcentage fut à peine de 44 %.

Nous pouvons conclure que la méthode de OGAWA est satisfaisant, que l'inoculation continue à se montrer bien plus sensible que la culture, et que de la présence du b. K. dans les matières fécales nous ne devons pas déduire l'existence de lésions tuberculeuses intestinales.

#### BIBLIOGRAPHIE

- AJO. — *C. R. Soc. Biol.* Vol. 124. Pag. 614 (1937).
- ALEXANDER. — *J. of Hygiene*. Pag. 37 (1910).
- BEZANÇON et BRAUN. — *Presse Méd.* Pag. 1755 (1936) et en *C. R. Soc. Biol.* Vol. 122. Pag. 772 (1936).
- CALMETTE. — *L'infection bacillaire et la tuberculose*. Paris, 1920.
- CARNOT, LAVERGNE et FIEHRER. — *C. R. Soc. Biol.* Vol. 119. Pag. 809 (1935).
- Idem, vol. 120. Pag. 710 (1935) et *Paris Méd.* I. Pag. 300 (1936).
- COSTA. — *C. R. Soc. Biol.* Vol. 95. Pag. 330 (1926).
- GUYON. — *C. R. Soc. Biol.* Vol. 108. Pag. 1225 (1931).
- KERESZTURI, HAUPTMANN, SCHICK and MISHULOW. — *J. A. Med. Ass.* Vol. 100. Pag. 1481 (1933).
- KLOSE. — *Mün. M. Woch.* I. S. 133 (1910).
- KOLLE, KRAUS und UHLENHUTH. — *Handbuch der Pathog. Mikroorg.* Berlin, 1928.
- LEREBOULET et GAVOIS. — *Paris Méd.* I. Pag. 6. (1936).
- MISHULOW, LUCY, KERESZTURI, CAMILLE, HAUPTMANN, DAVID. — *Am. Rev. Tbc.* Pag. 481 (1934).
- RABINOWITSCH. — *Deut. M. Woch.* S. 103 (1913).
- RITTEL-WILENKO. — *Wien. Klin. Woch.* Bd 24. S. 527 (1911).

2.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica  
(Prof. AUGUSTO MONJARDINO)  
Prosectorado de Anatomia Patológica  
(Prof. WOHLWILL)

## TERATOMA DA REGIÃO SACRO-COXÍGEA COM FORMAÇÕES ÓSSEAS ARTICULADAS (1)

POR

J. DA SILVA HORTA  
Chefe do laboratório da 2.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica

Vamos apresentar um teratoma sacro-coxígeo, limitando-nos a descrever as suas particularidades macro- e microscópicas, fazendo apenas mínimas considerações de ordem embriológica, as necessárias para, segundo este aspecto, não deixar o caso incompleto. Queremos focar em especial o facto de aparecerem cinco ossos articulados e um dêles, o segundo do esquema II, apresentar características radiológicas interessantes, confirmadas pelo exame da superfície de secção.

Laura A., de 20 anos de idade, solteira, doméstica. Operação em 25 de Janeiro de 1936. Cama 34. C. 2. C. D.

*Resumo da história.* — Conta a doente que possui um tumor de nascença, que tem vindo a aumentar de volume, não lhe produzindo dores.

*Observação clínica.* — Sobre a região sagrada nota-se um tumor de volume de um melão pequeno, móvel sobre os planos profundos e não aderente à pele. É mole, de consistência gordurosa e pendente na posição de pé, sem haver pedículo. Para cada lado deste tumor e aderente a êle há novo tumor, mais pequeno e com a mesma consistência. Sobre o rafe nota-se sinal de fístula cicatrizada (COUTO VIANA).

Ainda do boletim clínico tiramos os seguintes dados: após a extirpação reconhece-se um grande lipoma e, aderente a êle, um quisto com dentes e pêlos. À palpação numa zona diametralmente oposta ao retalho cutâneo, reconhecem-se peças de dureza óssea, parecendo articuladas.

(1) Trabalho apresentado em 1937, na Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, realizada em Coimbra.

O esquema I reproduz a topografia das diferentes partes do tumor, que na sua maior parte é constituído por gordura. É envolvido por uma cápsula fibrosa delgada, que envia bastantes septos que o divide em várias locas preenchidas por substância gorda. Os ossos são em número de cinco, unidos por verdadeiras cápsulas articulares. A classificação destas articulações não parece possível; referem-se a ossos patológicos e portanto difícil de incluir

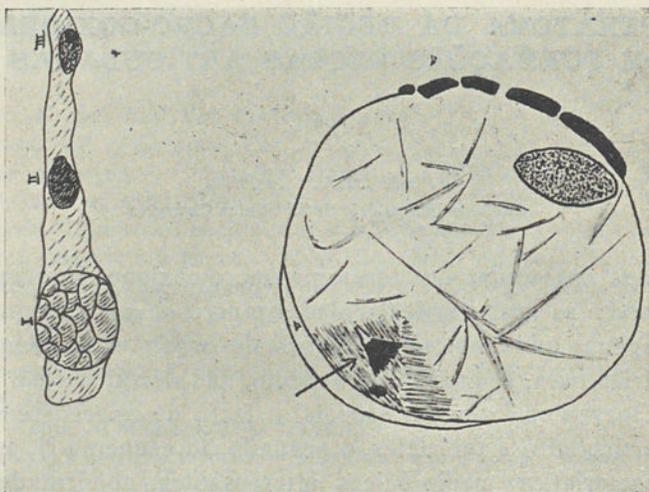


Fig. 1

Esquemas das duas porções do tumor. Na porção superior vê-se a bolsa epidermóide. A seta indica o tendão e o músculo

nalguns dos grupos das classificações clássicas. Parece-nos todavia que três delas se aproximam de condilartroses.

A segunda peça óssea é um osso achatado e na radiografia mostra algumas cavidades bem limitadas (figs. 3 e 4 — setas), semelhantes a quistos. Ao corte mostra-se como osso esponjoso de trabéculas mal calcificadas, observando-se entre outras uma cavidade revestida de paredes lisas e do tamanho duma grande ervilha.

O exame histológico mostra que o osso é sede de um activo processo de remodelação. O processo de reabsorção é evidente e manifesta-se pela formação de lacunas. Nestas porém não há osteoblastos e algumas delas são preenchidas por um vaso de

paredes delgadas, bastante dilatado. Nestes pontos as linhas de união são onduladas; é uma autêntica reabsorção lacunar — mas sem participação de osteoclastos. Estes processos de reabsorção conduzem à formação de cavidades quísticas — no interior das quais encostados às paredes — mesmo intimamente aderentes a elas se vêem vasos dilatados e hiperémicos. Há mesmo, numa das preparações, um vaso que atravessa por completo, dum lado ao



## AS SUBSTITUIÇÕES DOS PREPARADOS DE VALERIANA

NÃO SÃO TÃO  
CALMANTES  
COMO ESSES  
PREPARADOS

A **VABROMINA**  
É O MELHOR CALMANTE NERVOSO

junção normal e mais profundamente tecido adiposo. Para o lado de fora do epitélio há uma substância amorfa, acinzentada, que corresponde, certamente, ao sêbo.

Subjacente ao retalho cutâneo (A — fig. 1) há um pequeno tendão, ao qual se segue um tecido com aspecto de músculo estriado; o exame histológico confirmou a existência de tecido tendinoso (seta).

Junto a estes tecidos há uma pequena formação dura, que in-

O esquema I reproduz a topografia das diferentes partes do tumor, que na sua maior parte é constituído por gordura. É envolvido por uma cápsula fibrosa delgada, que envia bastantes septos que o divide em várias locas preenchidas por substância gorda. Os ossos são em número de cinco, unidos por verdadeiras cápsulas articulares. A classificação destas articulações não parece possível; referem-se a ossos patológicos e portanto difícil de incluir

# VABROMINA

(K Br. C<sup>5</sup> H<sup>9</sup> O<sup>2</sup> Az H<sup>4</sup>)

A **VABROMINA SANITAS** é uma associação do valerianato de amónio ao brometo de potássio.

O seu emprêgo nas afecções nervosas é altamente recomendável. Tem sobre o valerianato de amónio a superioridade de ter um gosto agradável e sôbre o brometo de potássio, a de não provocar ardores gástricos, vomitos, diarréa, perturbações mentais (**embriaguez bromica**), erupções cutaneas, catarros, etc., etc.

A vantagem da **Vabromina Sanitas** consiste em provocar uma rápida acalmia de tôdas as manifestações de excitação, **sem provocar depressão geral do organismo**, como sucede com outros calmantes.

Nos doentes com insomnias nervosas, produz um agradável sôno reparador, restaurando as forças.

meimantes a quistos. Ao corte mostra-se como osso esponjoso de trabéculas mal calcificadas, observando-se entre outras uma cavidade revestida de paredes lisas e do tamanho duma grande ervilha.

O exame histológico mostra que o ôsso é sede de um activo processo de remodelação. O processo de reabsorção é evidente e manifesta-se pela formação de lacunas. Nestas porém não há osteoblastos e algumas delas são preenchidas por um vaso de

paredes delgadas, bastante dilatado. Nestes pontos as linhas de união são onduladas; é uma autêntica reabsorção lacunar — mas sem participação de osteoclastos. Estes processos de reabsorção conduzem à formação de cavidades quísticas — no interior das quais encostados às paredes — mesmo intimamente aderentes a elas se vêem vasos dilatados e hiperémicos. Há mesmo, numa das preparações, um vaso que atravessa por completo, dum lado ao

Nos doentes excitados, irritados, produz igualmente uma calma, que lhes permite continuar a tratar da sua profissão. A sua eficácia é particularmente notável na **hysteria simples**, espasmos, fraqueza do pulso, vertigens, insomnias anémicas e vertigens asténicas.

Convém ainda nos casos de hypocondria, astenia nervosa e anaphrodisia e em todos os casos de excitação nervosa.

**DOSE** — 2 a 6 colheres de chá por dia, conforme indicação médica (cada colher contém 0,50 de bromovalerianato de sódio). Deve tomar-se em um calice de água com assúcar, no principio de cada refeição.

O seu cheiro é desagradável, mas não tem mau sabor. Os doentes a quem repugne o seu cheiro, devem-a tomar sem a aspirar, isto é com as narinas fechadas.

**É o medicamento ideal dos excitados!**

**LABORATÓRIO SANITAS**

**LISBOA**

juntivo fibrillar e mais profundamente tecido adiposo. Para o lado de fora do epitélio há uma substância amorfa, acinzentada, que corresponde, certamente, ao sêbo.

Subjacente ao retalho cutâneo (A — fig. 1) há um pequeno tendão, ao qual se segue um tecido com aspecto de músculo estriado; o exame histológico confirmou a existência de tecido tendinoso (seta).

Junto a estes tecidos há uma pequena formação dura, que in-

O esquema I reproduz a topografia das diferentes partes do tumor, que na sua maior parte é constituído por gordura. É envolvido por uma cápsula fibrosa delgada, que envia bastantes séptos que o divide em várias locas preenchidas por substância gorda. Os ossos são em número de cinco, unidos por verdadeiras cápsulas articulares. A classificação destas articulações não parece possível; referem-se a ossos patológicos e portanto difícil de incluir



ALGUNS MÉDICOS  
 TINHAM ABANDONADO OS  
 PREPARADOS DE VALERIANA  
 POR CAUSA DO SEU CHEIRO  
 DESAGRADAVEL, SUBSTITUINDO-OS  
 PELOS DE PASSIFLORA E OUTROS.  
 EM VIRTUDE POREM DA SUA  
 SUPERIORIDADE ESTÃO HOJE NOVAMENTE  
 A PREFERIR OS PREPARADOS  
 DE VALERIANA POR  
 SEREM MAIS EFICAZES.

**A VABROMINA**  
 UMA PREPARAÇÃO PERFEITA,  
 EFICAZ E ECONÓMICA

membranas e quistos. Ao corte mostra-se como osso esponjoso de trabéculas mal calcificadas, observando-se entre outras uma cavidade revestida de paredes lisas e do tamanho duma grande ervilha.

O exame histológico mostra que o osso é sede de um activo processo de remodelação. O processo de reabsorção é evidente e manifesta-se pela formação de lacunas. Nestas porém não há osteoblastos e algumas delas são preenchidas por um vaso de

paredes delgadas, bastante dilatado. Nestes pontos as linhas de união são onduladas; é uma autêntica reabsorção lacunar — mas sem participação de osteoclastos. Estes processos de reabsorção conduzem à formação de cavidades quísticas — no interior das quais encostados às paredes — mesmo intimamente aderentes a elas se vêem vasos dilatados e hiperémicos. Há mesmo, numa das preparações, um vaso que atravessa por completo, dum lado ao outro, a espessura da cortical. Há também múltiplos canais perfurantes de WOLKMANN.

O processo de neoformação óssea, apesar de menos evidente que o anterior, manifesta-se pelo preenchimento das lacunas por tecido neoformado —, pelas linhas de união sinuosas — cujas extremidades tocam na superfície da lâmina óssea, pela aposição de células mesenquimatosas dispostas em fileira à superfície das lâminas e por existir substância osteóide. Há também uma certa reacção conjuntiva — para preenchimento das zonas reabsorvidas.

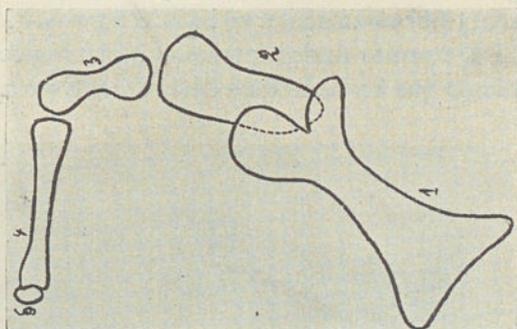


Fig. 2  
Esquema das peças ósseas articuladas

Junto à extremidade livre do primeiro osso (vide esquema I) e aderente a êle há uma formação do tamanho duma grande bolota, cheia de substância sebácea. A sua superfície interna é lisa, branca, sem outros pormenores.

Junto à extremidade livre do primeiro osso (vide esquema I) e aderente a êle há uma formação do tamanho duma grande bolota, cheia de substância sebácea. A sua superfície interna é lisa, branca, sem outros pormenores.

O exame microscópico da parede desta bolsa mostra um epitélio pavimentoso estratificado, subjacente ao qual há tecido conjuntivo fibrillar e mais profundamente tecido adiposo. Para o lado de fora do epitélio há uma substância amorfa, acinzentada, que corresponde, certamente, ao sêbo.

Subjacente ao retalho cutâneo (A — fig. 1) há um pequeno tendão, ao qual se segue um tecido com aspecto de músculo estriado; o exame histológico confirmou a existência de tecido tendinoso (seta).

Junto a estes tecidos há uma pequena formação dura, que in-

terpretámos como cartilagem. A observação microscópica, porém, mostrou um tecido conjuntivo fibrillar calcificado em certos pontos. Êste tecido conjuntivo tem como elementos celulares, principalmente, fibroblastos; todavia num ponto estes rareiam, fazendo lugar a células estreladas, com prolongamentos, contidas no interior de cavidades — numa palavra células com aspecto de osteoblastos. A substância intercelular que separa estas células não é calcificada, a não ser numa região limitada na superfície do fragmento. Uma zona esbranquiçada que rodeia êste tendão apresenta fibras musculares lisas e nervos.

De muito maior interêsse morfológico é o prolongamento do tumor que acabamos de descrever. Êsse prolongamento apresenta

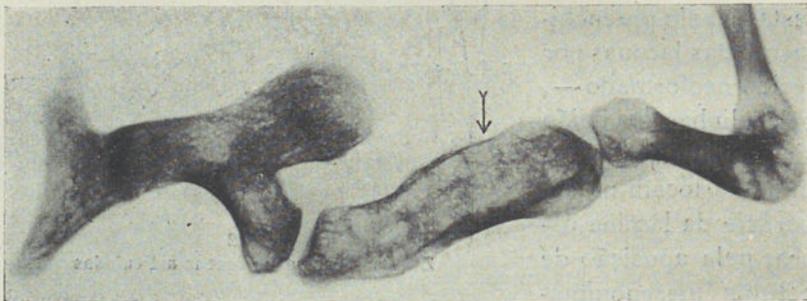


Fig. 3

Radiografia. A seta indica o ósso 2 do esquema anterior

três formações tumorais unidas por tecido de aspecto franjado (vide fig. 1). A maior (I) tem as dimensões duma pequena tangerina, é envolvida por um tecido de côr branca, levemente rosada; ao corte apresenta-se formada por gordura.

O exame histológico mostra que a referida substância branca superficial tem a seguinte constituição: a superfície é formada por um epitélio pavimentoso estratificado, com camada córnea que repousa sôbre tecido conjuntivo fibroso. No epitélio as células da basal são cilíndricas, baixas, não se reconhecendo grânulos de pigmento melânico; só algumas células apresentam uma côr amarelada. Acima da camada basal há um extracto celular com núcleos e bordos paralelos à superfície; o limite entre as células dêste extracto é nítido, não se observando pontes de SCHULTZE. As células quanto mais próximas da periferia estão, mais

achatadas se mostram; mesmo junto à substância córnea encontram-se grânulos de querato-hialina, que desenham uma estreita faixa. O tecido conjuntivo subepitelial, conforme os pontos, é mais ou menos rico em tecido fibroso e tem alguns vasos de tipo capilar. Não há folículos pilosos nem glândulas sebáceas, nem sudoríparas.

A formação tumoral média (II) é do tamanho dum caroço de nêspera, não sendo bem limitada dos tecidos vizinhos; ao corte apresenta-se uma côr branca nacarada. Microscòpicamente reconhece-se que é formada por tecidos fibroso e muscular liso.

Neste tecido observam-se muitos vasos, principalmente artérias e veias de parede já bastante espessa, sendo raros os capila-

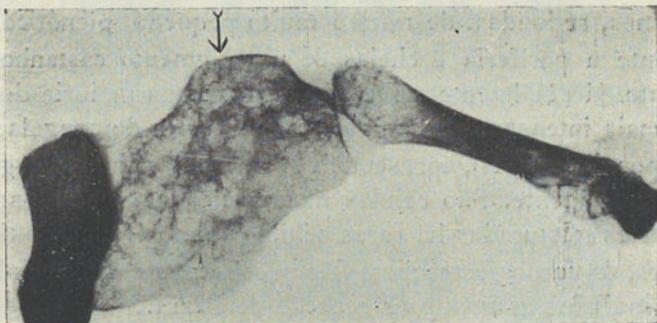


Fig. 4  
Radiografia. O mesmo osso visto de face

res. Entre os feixes conjuntivos e mesmo no interior de cavidades, formadas por fibras colagêneas, há células de aspecto esponjoso, de núcleo ovóide, redondo e bem corado pela hematoxilina. O limite entre estas células é difícil de estabelecer, parecendo em certos pontos uma massa esponjosa, com vários núcleos dispersos. Noutros pontos há mesmo «sincícios».

A terceira formação tumoral é constituída por um quisto, cuja parede é lisa e brilhante, semelhante a uma massa e com múltiplas pontuações castanhas-escuras. Contígua a êste quisto há uma pequena formação constituída por muitas e muito pequenas papilas.

É o exame histológico desta terceira formação tumoral que maior interêsse apresenta.

*Formação papilomatosa.* — Observam-se várias papilas, cortadas tanto longitudinal como transversalmente. Nalguns pontos são bastante profundas e estreitas, semelhantes a criptas. São revestidas por um epitélio simples de células cúbicas e cilíndricas, esboçando em certos pontos a formação de um prato estriado e noutros a de cílios. Nos cortes de congelação, corados por SUDAM (III), as células epiteliais mostram-se carregadas de pequeníssimas gotas de gordura não birrefringentes. Abaixo do epitélio há células especiais, em tão grande número — que dão uma feição especial — da qual não encontrámos imagens correspondentes na histologia normal ou patológica.

As referidas células são grandes, encostadas umas às outras (sem no entanto parecerem epitélio), de forma vária, alongadas, fusiformes, redondas, de núcleo muito pequeno, picnótico, habitualmente à periferia e cheias de um pigmento castanho. Êste pigmento dá debilmente a reacção de PERLS na maioria das células e mais intensamente em raras. Nos cortes de congelação corados por SUDAM (III), apresentam estas células cheias de gordura não birrefringente. São células mononucleadas, mas a-par delas e com elas misturadas há raras células polinucleadas do tipo das gigantes, de corpos estranhos. São precisamente estas células que coram mais intensamente na reacção de PERLS.

Entre elas há fibras colagêneas, muito delgadas, bem coradas pelos métodos de VAN GIESON e MALLORY — que as separam em pequenos grupos ou uma a uma. É de acentuar que estas células com gordura e pigmento castanho se dispõem em certos pontos duma maneira muito singular: concêntricamente às criptas epiteliais (vide microfotografia fig. 5).

Em certos pontos subjacentes ao epitélio há aglomerados de linfócitos que fazem lembrar folículos linfóides. Um dêles é particularmente interessante por estar centrado por uma pequena artéria assemelhando-se a um corpúsculo de MALPIGHI, do baço.

Na zona sub-epitelial observam-se ainda formações epiteliais fechadas, ecinosas e tubulares, revestidas por epitélio simples, cúbico ou cilíndrico. Em raros pontos o epitélio parece constituir duas camadas. Dentro das cavidades há células descamadas, redondas, de protoplasma vasto — e mesmo células gigantes de corpos estranhos.

LISBOA MÉDICA



**GLEFINA**  
PODEROSO RECONSTITUINTE  
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



**LASA**  
PARA AS DOENÇAS DAS  
VIAS RESPIRATORIAS



**CLAVITAM**  
TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

***Veinosine***

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

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

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

LISBOA MÉDICA

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.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

## CALDAS DAS TAIPAS

### ESTANCIA TERMAL DAS TAIPAS

Cura, Repouso, Vilegiatura e Turismo.—*Estabelecimento Termal*.—As melhores instalações hidroterápicas para duche, imersão, inalações, pulverizações irrigações, etc.

Desinfecção pelo vapor a 180°.—Tratamento anti sifiliticos.—Diatermia raios ultra vermelhos e infra-vermelhos

### HOTEL DAS TERMAS

Instalações modernas e confortáveis, reunindo tôdas as condições de hygiene e comodidade para os seus hóspedes. Ligação directa com o Estabelecimento Termal. Correspondência: Empresa Termal das Taipas — Taipas  
Telefone Guimarães 198

Mais profundamente há tecido conjuntivo fibroso com bastantes vasos, do tipo das pequenas artérias e veias.

*Formação pigmentada.* — Epitélio simples — cilíndrico, alto, com o núcleo colocado na base das células. O protoplasma destas células está cheio de granulações de pimento castanho-amarelado; na extremidade livre há cílios. Há pontos em que os elementos epiteliais estão dissociados, reconhecendo-se muito melhor as suas características. São todas células bastante altas, de base

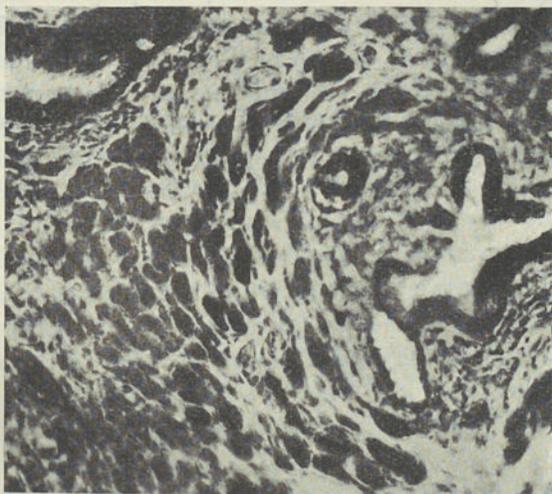


Fig. 5

Microfotografia que mostra células alongadas e escuras, dispostas concêntricamente às criptas glandulares

muito delgada, aumentando muito de espessura para a extremidade, em baqueta — formando uma intumescência — cheia de pigmento castanho. Outras, após a dilatação terminal, tornam-se adelgaçar, partindo os cílios desta extremidade. Julgamos tratar-se de células semelhantes às da retina.

Abaixo do epitélio há tecido conjuntivo e fibras musculares lisas que em certos pontos se dispõem à maneira de muscularis-mucosa.

#### RESUMO E CONSIDERAÇÕES

Apresentamos um tumor congênito da região sacro-coxígea onde se observam tecidos derivados dos três folhetos embrionários.

rios. Queremos destacar duas particularidades: a não-existência de cartilagem, tão freqüente neste género de tumores, e o achado de peças ósseas unidas por verdadeiras articulações.

Vários são os rudimentos de órgãos e de outras partes do organismo que têm sido descritas como fazendo parte destes tumores. EWING cita: segmentos de intestino, de esôfago, cavidade bucal com glândulas salivares, brônquios, com cartilagens. DANZEL cita um caso com esbôço de rudimento de cérebro; FELDEMANN, dedos dos pés; GERALDINO DE BRITES, um pequeno dedo, etc. . .

Os achados que maior interêsse teem neste caso são colhidos dos exames histológicos das peças ósseas. Trata-se de modificações de ordem estática e limitamo-nos apenas a apontá-las, em virtude de estarmos reunindo uma série de casos idênticos que publicaremos em conjunto mais tarde.

*Institut Rocha Cabral — Lisbonne*

## RECHERCHES FERMENTAIRES SUR LE PLACENTA

PAR

D. PEDRO DA CUNHA et KURT P. JACOBSON

Il y a plusieurs problèmes à résoudre dans le mécanisme biochimique du métabolisme fétal. On peut porter ses recherches sur l'organisme de la mère et les altérations biochimiques dues à la grossesse, ou sur l'organisme du fœtus, dans le but de vérifier le degré de son indépendance de la vie maternelle, ou sur le placenta soit comme organe intermédiaire entre la mère et l'enfant, soit comme organe indépendant et indispensable pour le métabolisme fétal. Dans ce dernier cas, c'est surtout la contenu fermentaire du placenta qui doit révéler l'action physiologique de l'organisme; voilà pourquoi les enzymes placentaires ont fait l'objet de tant de travaux (1).

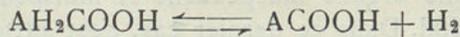
Nous nous sommes occupés des enzymes qui interviennent dans le métabolisme oxydatif et déterminent la respiration cellulaire du fœtus. Les études biochimiques sur l'oxydation métabolique ne se limitent pas à l'intervention aérobique de l'oxygène moléculaire, c'est-à-dire à celle des ferments de respiration, intermédiaires de la réaction de l'oxygène avec son substratum, qui est l'hydrogène dégagé des substances alimentaires. C'est plutôt cette déhydrogénation anaérobique, équivalente à une oxydation véritable et déterminée par une série considérable d'enzymes spécifiques (les déshydrases et leurs ferments auxiliaires), qui constitue l'objet principal des travaux enzymologiques sur la respiration cellulaire.

Un mécanisme important du métabolisme oxydatif anaérobie c'est celui de la glycolyse. C'est pourquoi nous avons entrepris des travaux expérimentaux dans le but de constater l'existence dans le placenta des ferments agissant sur les produits intermé-

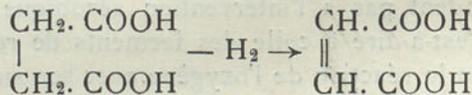
diaires de la glycolyse. Nous avons vérifié (2) la présence de la glycérophosphate-déhydrase responsable de l'oxydation de l'acide glycéro-phosphorique dans des extraits placentaires.

Également nous avons pu démontrer (3) la présence d'un système fermentaire auxiliaire du métabolisme oxydatif, d'une phosphatase hydrolysant des éthers phosphoriques dont l'importance physiologique a été mise en évidence par les travaux de HARDEN, V. EULER, NEUBERG, EMBDEN et MEYERHOF. Comme substratum fermentaire nous n'avons pas employé le glycéro-phosphate dont le dédoublement par un enzyme placentaire est déjà connu (13), mais un éther pyro-phosphorique, l'acide di-phényl-pyro-phosphorique, en considérant l'importance biochimique des pyro-phosphates révélée par les travaux récents sur le problème co-enzymatique. En effet, le co-ferment de la glycolyse contient de l'acide pyro-phosphorique en combinaison organique.

Notre attention a été particulièrement attirée sur le problème des acido-déhydrases du placenta qui produisent l'oxydation de leurs substratums d'après le schéma :



Ainsi nous avons vérifié que la glycérophosphate déhydrase de notre extrait placentaire est accompagnée par la succino-déhydrase qui effectue la transformation de l'acide succinique en acide fumarique dont l'importance dans le métabolisme oxydatif est assez connue (7, 8) :



En continuation de ces études (1) nous avons employé comme substratums des déhydrases, dont l'existence dans le tissu du placenta nous avons présumé, les acides suivants : lactique, malique, oxybutyrique et citrique.

Il est vrai que la méthode de la décoloration du bleu de méthylène (THUNBERG), employée par nous, n'a pas révélé l'existence des déhydrases correspondentes dans les extraits placentaires. Nous attribuons ces résultats négatifs, confirmés par des travaux de THUNBERG (4), à une inactivation de ces enzymes très sensibles,

due au processus de l'extraction et, en outre, à la possibilité que la corrélation entre ces ferments et le système co-enzymatique indispensable à leur action ait été troublée par le lavage indispensable du tissu placentaire.

En effet, nous avons pu vérifier (5) dans le placenta l'activité d'un autre ferment, la fumarico-hydratase, qui, d'après les travaux de JACOBSON et BELLO PEREIRA (6), n'a pas besoin d'une collaboration co-fermentaire. Les propriétés de cet enzyme et son mécanisme d'action biochimique ont été étudiées en détail par JACOBSON et ses collaborateurs (7) dans des travaux enzymologiques, dont l'importance physiologique est mise en évidence par les découvertes récentes des écoles de SZENT-GYÖRGYI et de KREBS. D'après ces auteurs, l'acide fumarique aurait une importance physiologique particulière comme catalyseur de la dégradation aérobie des glucides. KREBS et JOHNSON (8) présentent l'hypothèse que, surtout dans le muscle, des trioses seraient condensés avec l'acide oxalo-acétique, ce qui conduit à la formation de l'acide citrique, considéré, de ce fait, comme un produit important de la physiologie animale. L'acide citrique serait oxydé d'après KNOOP et MARTIUS (9) avec formation de l'acide oxalo-succinique, celui-ci décarboxylé ensuite en acide  $\alpha$ -cétoglutarique, lequel serait déshydraté avec production d'acide succinique et  $\text{CO}_2$ . Or, l'acide succinique est transformé, comme nous avons déjà constaté, en acide fumarique, et celui-ci, sous l'action de la fumarico-hydratase, est hydratésé avec formation d'acide l-malique, lequel, à son tour, produit acide oxalo-acétique, par oxydation, recommençant le cycle que nous venons de décrire.

La présence de la succino-déhydrase et celle de la fumarico-hydratase dans les extraits placentaires rendent possible un mécanisme métabolique analogue de l'action placentaire.

Mais d'après les observations de JACOBSON et SOARES (10), l'acide fumarique subit encore d'autres transformations enzymatiques importantes en physiologie, qui sont produites par des ferments spécifiques. C'est pourquoi JACOBSON (11) a proposé d'employer le vieux nom de fumarase, par lequel BATTELLI et STERN ont désigné l'enzyme hydratant l'acide fumarique, comme une dénomination commune à tous les enzymes s'attaquant à la double liaison de ce substratum. D'après JACOBSON, la fumarase spécifique de BATTELLI et STERN devrait prendre le nom de fuma-

rico-hydratase. Parmi les autres fumarases quelques enzymes sont intéressants parce qu'ils produisent la transformation d'un acide appartenant à la série grasse et dérivé des glucides en acides aminés, c'est-à-dire dans des dérivés protéiques. JACOBSONH et SOARES (12) ont trouvé dans le foie une fumarico-diaminase et une fumarico oxy-aminase (\*), la première fixant l'hydrazine, la deuxième l'hydroxylamine sur la double liaison de l'acide fumarique, avec formation respective d'un acide diamino-succinique et d'un acide oxy-aspartique. L'importance biochimique de ces composés n'est pas encore bien éclaircie (10), mais on peut tenir comme probable qu'ils soient des produits physiologiques.

Ces ferments se trouvent également dans des bactéries (10) à côté de la fumarico-aminase (ancienne aspartase) qui produit la formation de l'acide aspartique à partir du fumarate. Ils doivent être différents de celle-ci et aussi de la fumarico-hydratase. En effet, la fumarico-aminase n'existe pas dans l'extrait de foie qui contiennent la fumarico-diaminase et la fumarico-oxyaminase. D'un autre côté, on connaît plusieurs tissus végétaux riches en fumarico hydratase qui n'effectuent pas la fixation de l'hydrazine et de l'hydroxylamine (et non plus celle de l'ammoniaque) sur le fumarate, c'est-à-dire ne contiennent pas les enzymes correspondants.

Dans le but de vérifier la présence éventuelle de ces ferments dans le placenta, nous avons suivi la méthode employée par JACOBSONH et SOARES (12) pour le foie. Nous avons fait des extraits aqueux de cet organe, auxquels on a additionné un peu de toluène (1). Comme substratum de cette préparation fermentaire, on n'a pas employé directement l'acide fumarique, mais l'acide l-malique, accessible à l'analyse polarimétrique. La fumarico-hydratase, toujours présente dans le suc placentaire, transforme un cinquième du malate en fumarate et la fixation des bases azotées sur celui-ci peut être vérifiée facilement par une diminution de la valeur rotatoire initiale des liqueurs d'essai au delà de la valeur correspondante au système de la fumarico-hydratase employée tout seule; c'est-à-dire on devrait trouver une rotation inférieure à  $4/5$  de la valeur initiale.

En effet, en présence de l'hydrazine et de l'hydroxylamine,

---

(\*) On pourrait admettre que ces deux enzymes sont identiques (voir p. 364).

mais non de l'ion ammonium, on a observé la continuation de la fermentation du substratum, même quand l'équilibre caractéristique (Malate: Fumarate = 4; à 37°) de la fumarico-hydratase est établi. Il est vrai que le processus fermentaire finit bientôt, ce que nous attribuons à l'action toxique des bases azotées, mais on est parvenu à des résultats satisfaisants en ajoutant du tissu placentaire frais aux liqueurs d'essais. Il nous faut admettre que, dans les conditions physiologiques, cette action toxique ne se manifeste pas, les petites quantités de l'hydroxylamine et de hydrazine formées dans l'organisme étant immédiatement fixées sur le fumarate.

Dans ces conditions nous pouvons affirmer que le placenta, par un mécanisme fermentaire, produit une transition physiologique entre la série grasse et des acides azotés, qui sont dérivés protéiques.

Quant à la disposition de nos essais et les méthodes analytiques, nous renvoyons aux travaux de JACOBSON et ses collaborateurs pour les détails non reproduits dans les tableaux suivants.

|  |    | I   | II  | III | IV  |
|--|----|-----|-----|-----|-----|
| Liqueurs d'essai: l-malate m . . . . .   | cc | 20  | 20  | 20  | 20  |
| Tampon véronal (pH = 6,9) . . . . .      | cc | 10  | 10  | 10  | 10  |
| Hydrazine m (chlorhydrate) . . . . .     | cc | 20  | —   | —   | —   |
| Hydroxylamine m (chlorhydrate) . . . . . | cc | —   | 20  | —   | —   |
| Ammoniaque m (chlorhydrate) . . . . .    | cc | —   | —   | 20  | —   |
| Tissu placentaire . . . . .              | cc | 20  | 20  | 20  | 20  |
| Toluène . . . . .                        | cc | 5   | 5   | 5   | 5   |
| Suc placentaire jusqu'à un volume        |    |     |     |     |     |
| total de . . . . .                       | cc | 100 | 100 | 100 | 100 |

Rotations observées dans 10 cc de liqueur d'essai ( $d=2$ ), en présence d'acétate uranyl (10):

|                           | I     | II     | III   | IV     |
|---------------------------|-------|--------|-------|--------|
| Au commencement . . . . . | 17,8° | 18,45° | 18,5° | 17,8°  |
| Après 2 jours . . . . .   | 13,2° | 12,80° | 14,6° | 14,2°  |
| » 5 » . . . . .           | 10,8° | 11,5°  | 14,5° | 14,25° |

Dans ces tableaux on a reproduit les valeurs rotatoires correspondantes à la concentration initiale, en corrigeant les valeurs obtenues, après la dilution des liqueurs d'essai, par l'addition de

tissu frais placentaire. Cette opération n'est pas considérée dans les tableaux dans un but de simplification.

En évaluant les résultats reproduits dans les tableaux ci-dessus, on observe que, dans les liqueurs d'essai III et IV, la fumarico-hydratase seule est active, les valeurs rotatoires s'élevant aux 4/5 des valeurs initiales; dans les liqueurs I et II toutefois qui contiennent de l'hydrazine et de l'hydroxylamine, on constate que les valeurs rotatoires correspondentes au système de la fumarico-hydratase sont surpassées, ce que nous attribuons à l'action d'un ou deux enzymes placentaires qui fixent ces bases sur la double liaison de l'acide fumarique formé à partir du l-malate. Dans ces essais on n'a pas attendu la fin de la fermentation qui serait parvenu, sans doute, jusqu'à l'équilibre enzymatique observé dans des travaux antérieurs.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1) D. P. DA CUNHA. — *Arch. Portug. Sci. Biol.* T. IV. Pag. 134. 1938.
- 2) — *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXXV. Pag. 549. 1937.
- 3) — *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXXIV. Pag. 1023. 1937.
- 4) T. THUNBERG — *Biochemia.* T. II. Pag. 413. 1937.
- 5) D. P. DA CUNHA et K. P. JACOBSON. — *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXXIII, Pag. 609. 1936.
- 6) K. P. JACOBSON et F. B. PEREIRA. — *Biochem. Z.* T. CCXLIII. Pag. 1. 1931.  
— *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXVI. Pag. 24. 1934.
- 7) K. P. JACOBSON. — Voir v. Euler, *Chemie der Enzyme.* T. II (3). Pag. 529, 1934.
- 8) H. KREBS et W. A. JOHNSON. — *Enzymologia.* T. IV. Pag. 148. 1937.
- 9) F. KNOOP et G. MARTINS. — *Zeitschr. f. Physiol. Chem.* T. CCXLI. Pag. 1, 1936. T. CCXLVII. Pag. 104. 1937.
- 10) K. P. JACOBSON et M. SOARES. — *Enzymologia.* T. I. Pag. 183. 1936.
- 11) K. P. JACOBSON. — *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXXIV. Pag. 1028. 1937.
- 12) K. P. JACOBSON et SOARES. — *C. R. de la Soc. de Biol.* T. CXXIV. Pag. 1026, 1937.
- 13) C. CALTEANO, G. SCOZ et M. C. GABRIELLI. — *Boll. della Soc. Ital. di Biol.* T. XII. 1937.

# UROCRASINA

The advertisement features a central illustration of a glass of water with bubbles rising from it. To the right is a bottle of UROCRASINA with a detailed label. The label text is as follows:

**UROCRASINA**

Éster  
Monocristalino  
de Uroclorato de Sódio  
de Uroclorato de Sódio

**Indicações**  
ARTERITIDE, ALGUMAS FORMAS DE  
ARTERIOESCLEROSE, COLICOS BILIARES,  
COLICOS RENALES, GOTA, GRAVAME  
NEFRITICO

**Dose**  
Adultos: 1 colher de chá  
de 3 a 4 vezes ao dia, com  
água, após as refeições.  
Crianças: 1 colher de chá  
de 3 a 4 vezes ao dia, com  
água, após as refeições.

**Contra-indicações**  
NÃO USAR em caso de  
doença renal grave.

**UROCRASINA**

The background of the illustration includes anatomical diagrams of a heart and a kidney, connected by a network of lines and spheres, suggesting a scientific or medical theme. A small circle is visible in the lower-left corner of the illustration area.

anti-úrico  
por excelência

destinado a combater a uricemia nas suas diferentes formas e manifestações — **reumatismo, gôta, litíase**, etc.

# UROCRASINA

COM  
CÓLQUICO

# GOOZA

No  
REUMATISMO  
AGUDO

CONTRA INDICADO:  
NOS ESTADOS GÁSTRICOS  
OU INTESTINAIS;  
NEFRITES .



DEPOSITÁRIOS:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>

RUA DA PRATA, 237—LISBOA

## Revista dos Jornais de Medicina

Particularidades angiográficas num caso de tumor cerebral. (*Particolarità angiografiche in un caso di tumore cerebrale*), por F. DOMINI. — *Revista di Neurologia*. Ano X. Fasc. I. Fevereiro de 1938.

O A. descreve um caso de glioblastoma multiforme do hemisfério cerebral esquerdo, no qual a angiografia cerebral pôs em evidência a circulação própria do tumor e um acentuado retardamento e dificuldade da circulação em ambos os sífões carotídeos. Os autores explicam êste facto contra a opinião corrente, não pelo obstáculo mecânico oposto pelo tumor à circulação, mas por um factor vaso-espástico carotídeo, sendo o menor calibre do sífão carotídeo esquerdo, bem visível na arteriografia, um factor predisponente.

ALMEIDA LIMA.

A-propósito da nevralgia do trigémio. (*A propos de la névralgie du trigémeau*), pelo Prof. TÖNNIS. — *Journal de Chirurg. et Annales de la Soc. Belge de Clin.* Junho de 1937.

O A. apresenta alguns casos operados por nevralgia do trigémio, que provam a perfeita segurança com que na operação de Frazier-Adson (radicotomia retrogasseriana parcial por via temporal extra-cerebral) se pode conservar o contingente das fibras oftálmicas.

Contudo, o A. prefere em todos os doentes, não muito idosos e em bom estado geral, a operação de Dandy (radicotomia juxta-protuberancial por via posterior intra-meníngea). A operação de Dandy pode, se fôr executada por um cirurgião com larga experiência das técnicas neuro-cirúrgicas, ser feita com grande simplicidade e rapidez. Além disso, tem ainda as vantagens de conservar a sensibilidade táctil da face e de, em casos em que a nevralgia é sintomática de um tumor do ângulo, permitir a extirpação da neoplasia. A-propósito o A. indica a experiência que tem de vários casos de tumores do ângulo, manifestando-se durante algum tempo apenas por uma nevralgia do trigémio. Tönnis termina a sua comunicação dizendo: «A mortalidade do método temporal, assim como a do método occipital é, em mãos experimentadas, insignificante. Nos últimos quarenta e seis casos operados por um ou outro método, não tivemos nenhum caso de morte».

ALMEIDA LIMA.

A-propósito das varizes da medula espinhal e da sua terapêutica cirúrgica. (*Zur Frage der Varices spinales und ihrer operativer Therapie*), por L. PUUSEPP. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 3. 1938.

Dos quatro tipos de dilatações venosas medulares o Prof. Puusepp apresenta três observações da forma que tem sido designada como «teleangectasia», ou varizes meníngeas medulares, e que consiste na dilatação das veias piaais, formando um enovelado de vasos tortuosos e engorgitados ocupando, em geral, apenas dois ou três segmentos medulares e podendo dar sintomas de compressão da medula ou das raízes. Os três casos foram operados; a intervenção consistiu, no primeiro, na colocação de *clips* de Cushing nas veias dilatadas. Nos dois outros casos, as veias varicosas seguiam as raízes posteriores no seu curso através do buraco intervertebral, produzindo, além doutros sintomas de compressão radicular, dores intoleráveis. Nestes casos a intervenção foi limitada ao corte das raízes posteriores. As dores desapareceram e a atrofia dos topos das raízes cortadas deve ter dado espaço suficiente para a circulação se fazer sem obstrução nas veias dilatadas.

ALMEIDA LIMA.

Atrofia óptica primária determinada por um meningioma distante da região opto-quiasmática. (*Atrophie optique primitive par meningiome à distance de la region opto-chiasmatische*), por CLIVIS VINCENT, E. HARTMANN e J. LE BEAU. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 3. 1938.

Um meningioma pode provocar uma atrofia óptica primitiva, mesmo que não comprima directamente as estruturas opto-quiasmáticas, mesmo que se localize em regiões afastadas da sela turca: zona rolândica, lobo occipital.

Não quer isto dizer que a atrofia da óptica primária não tenha um valor de localização muito importante.

Raras excepções não podem constituir regra. Os erros serão infinitamente menos frequentes se se considerar que a atrofia óptica primária tem um valor localizador absoluto, do que se se pensar de mais nas possíveis excepções.

A atrofia óptica primitiva tem muito maior valor de localização se fôr acompanhada de escotoma central, e sobretudo de hemianopsia bitemporal, se estes últimos fenómenos foram os primeiros a manifestar-se, e ainda se a atrofia primária não fôr acompanhada de sintomas em contradição com a localização opto-quiasmática do tumor, como, por exemplo, cefaleia occipital, afasia de Wernicke; e também se não houver aspectos radiológicos que denotem usura da base do crânio por hipertensão intracraniana que possa actuar a distância. Em tais casos, uma ventriculografia bem interpretada pode trazer um grande auxílio ao diagnóstico.

ALMEIDA LIMA.

*N. da R.* — Actualmente os aspectos angiográficos dos meningiomas estão tão bem estabelecidos que nenhuma hesitação de diagnóstico pode haver nos casos submetidos à angiografia cerebral.

Os tumores cerebrais e a idade. (*Hirngeschwulst und Lebensalter*), por G. SCHALTENBRAND. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 3. 1938.

O A. discute vários pontos de vista que lhe sugeriu a análise das observações clínicas e dos exames anátomo-patológicos de duzentos e cinquenta casos de tumor cerebral operados na clínica do Prof. Tönnis.

Menciona, entre outros, a especial predilecção de vários tipos tumorais por certas localizações e a sua maior frequência em determinados períodos da vida. Relata os resultados dos exames anátomo-patológicos de quatro casos de doença de Recklinghausen, pertencendo todos os doentes a uma mesma família. A êste propósito menciona a hipótese de serem, possivelmente, congénitos todos os tumores intracranianos, e que em épocas críticas da vida se tornariam activos, crescendo com maior ou menor rapidez. As recentes investigações anátomo-patológicas levam o A. a acreditar que é possível e talvez frequente a evolução de tumores benignos para formas malignas. Do mesmo modo que determinados tipos tumorais têm predilecção para certas idades, também a natureza histológica da neoplasia parece depender da idade do doente. Os exames histológicos de uma série de meningiomas provenientes de indivíduos de várias idades parecem provar esta última afirmação de Schaltenbrand. O tumor tomaria também parte no envelhecimento geral do organismo, apresentando, por exemplo, sinais de arteriosclerose nos vasos neoplásicos.

ALMEIDA LIMA.

O mecanismo da emoção. (*A proposed mechanism of emotion*), por JAMES PAPEZ. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXVIII. N.º 4. Outubro de 1937.

Partindo do princípio que a emoção é um processo fisiológico dependente de um mecanismo anatómico, o A. tenta indicar as várias estruturas anatómicas e os respectivos sintomas fisiológicos que, considerados em conjunto, estão em relação com as várias fases da dinâmica da emoção, da consciência e funções afins. Segundo o A., o hipotálamo, o núcleo talâmico anterior, o uncus e o hipocampo e as suas interconexões, constituem um mecanismo harmónico não só capaz de elaborar as funções da emoção central, mas também de participar na expressão emocional.

Êste trabalho representa uma tentativa de atribuir a uma unidade orgânica específica e limitada uma vasta organização funcional com processos reguladores muito complexos. Os factos apresentados são, na sua maioria, perfeitamente concordantes e sugestivos de que as estruturas indicadas constituem uma unidade funcional no vasto mosaico arquitectural do cérebro.

Experiências e factos contraditórios da sua teoria não são apresentados pelo A. As estruturas que descreve são normalmente consideradas como fazendo parte do mecanismo da função olfactiva. As observações clínicas, ou outras não confirmam a interpretação clássica.

A nova interpretação proposta pelo A. é confirmada por muito maior número de factos e observações, mas é evidente que uma tal teoria necessita,

antes de ter real utilidade científica, sujeitar-se ao *contrôle* da experimentação e da observação clínica.

A emoção é uma função tão importante e tão diferenciada que o seu mecanismo, seja elle qual fôr, deve ser colocado em bases estruturais.

A organização anatómica proposta é concordante com a sugerida por Cannon e Bard, na sua teoria da emoção, baseada em processos diencefalo-corticais.

Está também de acôrdo com a observação de Dandy que a localização da consciência se encontra numa posição cêrca da linha média, na região limitada pelo corpo caloso e as estruturas da base do cérebro.

ALMEIDA LIMA.

**Síndrome do ângulo ponto-cerebeloso produzido por um endimoma (tumor quístico).** (*Cerebellopontine angle signs produced by Ependymomata [Cyst tumour]*), por J. HARDMAN e GEOFFREY JEFFERSON. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 3. 1938.

Os AA. descrevem dois casos de neoplasias originadas no endimoma, que determinaram síndromas clínicos do ângulo ponto-cerebeloso. O primeiro era um quisto multiloculado, em que as paredes dos quistos eram formadas por células endimomárias.

Até à presente publicação não tinha sido referido nenhum endimoma nessa localização.

O segundo caso é de um endimoma originado no quarto ventrículo e insinuando-se pelo foramen de Luschka direito vinha fazer saliência na região do ângulo, comprimindo o quinto, sétimo e oitavo nervos cranianos do lado direito. Este caso apresenta também o interesse clínico de ser um síndrome do ângulo ponto-cerebeloso numa criança de 13 anos de idade.

O primeiro caso foi operado com êxito, o segundo doente faleceu súbitamente no dia em que se dispunham a operá-lo.

ALMEIDA LIMA.

**Injecção intracardiaca.** (*Ueber die intrakardiale Injektion*), por E. v. NOVÁK. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 250 Band 4 Heft. 1938.

A injecção intracardiaca de substâncias medicamentosas capazes de reavivarem um coração em síncope, é hoje um facto absolutamente reconhecido por todos os clínicos; mas não nos parece demais insistir sobre esta questão, referenciando um artigo com cento e vinte e cinco casos, nos quais foi necessário recorrer a este procedimento, com cinco casos de cura duradouros.

De todos os medicamentos que podem empregar-se para este fim: a cânfora, a cafeína, a dedaleira, a estrofantina, merece o primeiro lugar a adrenalina; em pequenas e médias doses é um excitante cardíaco, mas em grandes doses, pelo contrário, actua como vagotropo e, por isso, contra-indicada para o fim que se pretende. A única desvantagem deste medicamento, na dose optima, é a rapidez de acção, não tanta, de resto, que não permita, em muitos ca-

sos, a possibilidade de se empregar depois toni-cardíacos por via endovenosa.

### BULLETIN D'INSCRIPTION

ou { V<sup>e</sup> Congrès International de la Vigne et du Vin } Lisbonne 15-23  
 { II<sup>e</sup> Congrès International Médical pour l'Étude } Octobre 1938  
 Scientifique du Vin et du Raisin

(prière de remplir, si possible, à la machine)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Profession et titres éventuels: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

J'assisterai au Congrès accompagné de \_\_\_\_\_ membres de famille. M. Mme. Mlle. \_\_\_\_\_

Le montant de la cotisation: \*) Escudos \_\_\_\_\_ a été / sera transféré le \_\_\_\_\_ 1938, au compte: Caixa Geral de Depósitos, Rua do Comércio, Lisbonne, compte n.º 126.855, à l'ordre de la Commission Administrative du Congrès.

J'ai l'intention de prendre part aux excursions A, B, C, D, E.

le \_\_\_\_\_ 1938 \_\_\_\_\_  
 signature

\*) La cotisation se montera à Esc. 100 pour les congressistes et à Esc. 50 pour les membres de la famille

### RÉSERVATIONS D'HÔTELS

à l'occasion du { V<sup>e</sup> Congrès International de la Vigne et du Vin } Lisbonne 15-23  
 { II<sup>e</sup> Congrès International Médical pour l'Étude } Octobre 1938  
 Scientifique du Vin et du Raisin

Veillez me / nous réserver

\_\_\_\_\_ chambre \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ un \_\_\_\_\_ avec  
 deux \_\_\_\_\_ sans \_\_\_\_\_ salle de bain

à, l'Hotel \_\_\_\_\_ Lisbonne  
 Estoril

pour le \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_ 1938.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Profession et titres éventuels: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

(biffer les mentions inutiles)

antes de ter real utilidade científica, sujeitar-se ao *contrôle* da experimenta-

*Au* COMITÉ D'ORGANISATION

*du* V<sup>e</sup> Congrès International de la Vigne et du Vin

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Praça do Comércio

LISBONNE

**PORTUGAL**

Cie. Internationale des Wagons-Lits/Cook

Rua do Carmo, 87-C

LISBONNE

**PORTUGAL**

sos, a possibilidade de se empregar depois toni-cardíacos por via endovenosa. A melhor dose parece ser 1 miligrama, dando-o dissolvido em sôro fisiológico, e lentamente, ao nível do 4.º e 5.º espaço intercostal, imediatamente junto ao bordo do esterno, e junto do bordo superior da costela inferior e numa profundidade perpendicular de 4 a 6 cm. Uma ferida das coronárias é muito pouco provável; de resto, experimentalmente, pode verificar-se que a perfuração desta artéria, num coração parado, quasi não provoca hemorragia; a ferida dum centro excitador também não tem importância, antes pelo contrário, e de todos o que melhor se deveria atingir seria o de Keit-Flack, se não fôsse quasi impossível alcançá-lo com técnica segura. Utilizando a agulha, já montada na seringa preparada, evita-se o perigo do pneumotorax; no enfisema, especialmente, é muito possível a ferida do pulmão, mas sem conseqüências prejudiciais. A perfuração da parede cardíaca também não apresenta riscos, quando o órgão está parado, mas a situação muda completamente se este ainda funciona, porque então os movimentos dão origem a rasgamentos mais ou menos extensos, provocados pela agulha.

Grosso modo, podem dividir-se em três grupos as injeções intracardíacas: injeções na cavidade pericárdica, cuja técnica detalhada foi dada por Henschen e quasi praticamente irrealizável e de resto de pouca utilidade, nos casos de morte cardíaca pela lentidão de reabsorção de qualquer medicamento aí introduzido; injeções intramiocárdicas, em plena musculatura e injeções dentro das cavidades cardíacas. A injeção, num ou noutro destes dois últimos pontos, tem os seus particulares defensores, mas a maioria é favorável à última, sobretudo porque uma parte destes argumenta com o facto dum suposto prejuízo que a adrenalina faça à musculatura cardíaca, embora aquêlle não exista. Ora, de-facto, a injeção intramuralis provoca mais precocemente a primeira sístole do que a injeção intracavitária, e a razão reside na riqueza da rêde linfática que se encontra em tôda a musculatura, de molde a permitir que rapidamente o medicamento atinja os centros da excitação. Apesar disto, usa-se mais freqüentemente a injeção intracavitária, principalmente porque é de técnica mais fácil, de *contrôle* mais seguro pela aplicação que pode fazer-se do sangue intraventricular, e tem também ainda a vantagem da adrenalina ser expulsa, quando da primeira contracção, para a circulação, exercendo aí a sua acção hipertensiva, ao mesmo tempo que, atingindo as coronárias, as dilata.

As indicações são conhecidas de todos e também as contra-indicações. Deve acentuar-se que nunca o clínico que empregue uma injeção intracardíaca se deve contentar só com este procedimento; é indispensável a respiração artificial, com o emprêgo do oxigénio; em caso de intervenção cirúrgica abdominal e quando a síncope se deu com o ventre ainda aberto, deve recorrer-se, após a injeção, à maçagem do coração através do diafragma; além disso, não deve esquecer-se a cafena, a cânfora, a estricnina, etc., tudo elementos que podem ajudar o movimento circulatório. Em seguida à injeção da adrenalina, e depois da primeira forte contracção, segue-se um período de taqui-arritmia, variável de caso para caso; na maioria dos casos o doente só recupera a consciência passado um certo tempo depois da injeção, de resto variável de doente para doente, mas em relação directa com o período durante

o que o sistema nervoso esteve sem irrigação; sob o ponto de vista prognóstico, é mais favorável a circunstância dum retôrno precoce da consciência que o contrário. Não são raros os casos que apresentam também um período anormal de excitabilidade, com convulsões epileptiformes ou coreiformes e delírio, e há quem procure a causa na própria adrenalina, sobretudo quando esta é dada em doses altas, opinião de resto contraditada pelos casos que apresentam os mesmos sintomas e nos quais se não desprezou aquela substância. Além dos cinco casos de cura duradoiros, tem ainda o A. alguns outros de cura transitória e por períodos que se estendem desde algumas horas a alguns dias, o que, mesmo assim, representa uma vantagem apreciável.

J. ROCHETA.

**Resultados do emprêgo da plumbagem parafínica na tuberculose pulmonar.** (*Erfahrungen mit der Anwendung der Paraffinplombe bei Lungentuberkulose*), por E. HELLER e V. SCHRÖDER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 25o Band. 2 und 3 Heft. 1938.

O emprêgo do chumaço parafínico no tratamento da tuberculose pulmonar, depois dum período de certo entusiasmo, começou rapidamente a cair em desuso, principalmente devido à melhoria de técnica que progressivamente foi adquirindo a toracoplastia; desde que se verificou a possibilidade da caverna apical cicatrizar por plastias parciais, electivas, os cirurgiões foram naturalmente levados a preferir cada vez mais êste género de intervenções, abandonando, por seu turno, a plumbagem, que nem sempre realizava o que se pretendia, e tinha vários inconvenientes, por vezes impossíveis de evitar. Últimamente, com o emprêgo do pneumotorax extra-pleural, que, embora nos primeiros passos, começa já a apresentar alguns resultados interessantes, ainda mais duvidosa se torna a indicação para a plumbagem.

Os AA. apresentam uma casuística de quarenta e cinco casos de tuberculose pulmonar tratados com o emprêgo da parafina, referindo as indicações, a técnica e as vantagens, que são principalmente devidas ao pouco choque que esta intervenção provoca, de modo a permitir que o clínico possa intervir nos dois pulmões, quando fôr necessário, combinando naturalmente, conforme os casos, as diversas modalidades de terapêutica cirúrgica que já hoje existem.

J. ROCHETA.

**Mecânica e fisiologia patológica do colapso electivo.** (*Mecánica y fisiología del colapso electivo*), por P. N. CORYLLOS. — *La Prensa Médica Argentina*. Año XXV. N.º 16. 1938.

Discute o A., neste artigo, as razões que assistem às teorias dos melhores autores, e que pretendem explicar o mecanismo do colapso electivo, as quais podem resumir-se a três:

- a) As que se baseiam em modificações da elasticidade pulmonar.
- b) As que defendem a retracção fibrótica ou cicatricial.
- c) As que admitem a atelectasia como elemento fundamental.

Para Coryllos as duas primeiras não têm razão de ser. Não há nenhuma doença que aumente, quantitativa ou qualitativamente, o tecido elástico pulmonar, que, pelo contrário, é destruído nos processos ulcerativos; é evidente, portanto, que as teorias que se baseiam num aumento da elasticidade, para explicar uma maior retracção do pulmão ao nível das lesões, não têm fundamento, nem biológico nem mecânico. Do mesmo modo não é inconsistente a dupla elasticidade de Paroli, que admite uma elasticidade de retracção e uma elasticidade de expansão e absolutamente independente uma da outra, de tal modo que podem variar independentemente em sentido convergente ou divergente; sob o ponto de vista mecânico, só há uma espécie de elasticidade, a que permite que um corpo elástico se dilate ou se retraia de acôrdo com a direcção das forças a que está exposto; desde que assim não seja é porque o corpo não é elástico. Critica a seguir a tese Baudone, que, embora mais plausível que as outras, também considera incompleta.

Fala depois na fibrose, de facto existente nalguns casos, mas que por natureza e extensão atinge muitas vezes a pleura parietal, de maneira a impossibilitar uma maior freqüência de colapso electivo.

O conceito do A. baseia-se na circunstância de admitir que a tuberculose pulmonar apresenta sempre uma atelectasia lobular, embora a distribuição desta varie com cada paciente e no mesmo paciente durante o curso da doença; devido à predilecção da tuberculose para os vértices, as zonas atelectásicas confluentes aparecem mais freqüentemente naqueles pontos. De facto, a bronquite e a bronquiolite tuberculosa aparecem logo nos primeiros períodos da doença, quere seja de tipo alérgico-edematoso, caseoso ou proliferativo, lesões que preparam, mais tarde ou mais cedo, a obstrucção brônquica que dará origem à atelectasia. E da mesma forma a atelectasia lobar, provocada pela obliteração dos brônquios maiores. E dêste modo é fácil explicar o colapso electivo, admitindo que êste é provocado sempre pela atelectasia existente. Ao estudar aquêle, devemos-lo considerar em relação com os diversos tipos clínicos das lesões tuberculosas pulmonares, visto que a mesma classe de colapso se pode obter nos diversos tipos de doença e no mesmo tipo de doença se podem observar diferentes formas de colapso, conforme o período e a evolução do processo. Estuda então a atelectasia na pneumonia tuberculosa, na retracção de um lóbulo com ou sem cavidades, nas lesões tuberculosas disseminadas e nas partes sãs do pulmão, análise que, pela sua extensão, não pode resumir-se eficazmente; mas que merece ser lida no original.

J. ROCHETA.

**Exames electrocardiográficos em doentes para operar.** (*Electrocardiographie Examinations of Operation Patients*), por N. H. BRODERSEN.

**Importância pre-operatória da electrocardiografia.** (*Investigation of the Importance of Pre-operative Electrocardiography*), por RÜMCKE. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXXV. Fasc. I. 1938.

Qualquer dêstes dois artigos se ocupa exactamente do tema referenciado atrás, e que julgamos de bastante importância prática, para não os indicar-

mos nesta secção. O critério seguido foi sensivelmente igual em todos os autores, a saber: se o exame electrocardiográfico pre-operatório podia fornecer ao cirurgião elementos de prognóstico mais correctos do que aquêles que podem obter-se com um exame clínico cuidadoso; escolheram para isso indivíduos de mais de cinquenta anos de idade, que mais facilmente poderiam apresentar perturbações electrocardiográficas e que tinham de ser operados. As conclusões a que chegaram, depois duma casuística de quatrocentos casos, é a de que não se pode ligar uma excessiva importância às alterações do electrocardiograma quando se trata de estabelecer as indicações duma intervenção cirúrgica. As alterações duvidosas não podem representar qualquer papel, sob o ponto de vista cirúrgico, e as anomalias incontestáveis têm uma significação clínica muito variável e que não poderiam ser encaradas sob um único e mesmo ângulo. Os sintomas de insuficiência revelados pelo exame clínico ou pela anamnese, devem considerar-se como mais significativos do que as próprias anomalias electrocardiográficas. Por isso são da opinião que não deve elevar-se o exame electrocardiográfico à categoria de exame sistemático pre-operatório.

J. ROCHETA.

**Importância da electrocardiografia para a análise do risco operatório na estrumectomia por tireotoxicose e na toracoplastia por tuberculose pulmonar.** (*Importance of Electrocardiography for Judgement of Risk of operation by Strumectomy for Thyreotoxicosis and by Thoracoplasty for Pulmonary Tuberculosis*), por H. FR. HARBITZ e A. JERVELL. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXXV. Fasc. I. 1938.

A questão de saber se a electrocardiografia poderia constituir, no actual estado dos nossos conhecimentos, um elemento de valor que se não podia desprezar na análise clínica e laboratorial a que devem submeter-se os doentes indicados para intervenções cirúrgicas, tem levantado, até à data, pouco interesse, por se considerarem de deminuta importância as conclusões que de aí se pudessem tirar. Os AA., porém, abordam hoje êste problema, principalmente levados pelo interesse que se originou nos países escandinavicos, desde 1935, quando appareceu o primeiro trabalho de certa categoria, apresentado por Geil e Foged, e a que aqui fizemos referência, que trata exactamente êste problema.

Começam os AA. por declarar que para uma avaliação cuidadosa do valor da electrocardiografia, como indicador avaliativo das possibilidades cardio-circulatórias de que dispõem os doentes que precisam ser operados, é necessário estabelecer claramente os sintomas que permitem afirmar que determinada morte post-operatória foi devida à falência daquele aparelho. Assente isto, analisa o carácter do electrocardiograma, para confessar a dificuldade que ainda existe para uma classificação rigorosa das suas alterações. Todavia, podemos agrupá-las em duas classes:

a) Alterações patológicas indiscutíveis, a saber: bloqueio de ramo, bloqueio de arborização, desvio do S-T maior do que dois décimos de mili-volt,

Para a dietética da primeira infância



**Leite completo em pó, acidificado**  
(LEITE DE MARRIOTT)

**Um novo produto Nestlé**

PEDIDOS DE AMOSTRA E LITERATURA Á

**Sociedade de Produtos Lacteos**

PORTO

AVANCA

LISBOA

# “PELARGON NESTLÉ”

**DEFINIÇÃO:** Leite completo em pó, acidificado e não assucarado, possuindo as propriedades do leite de Marriott.

| <b>ANÁLISE-TIPO:</b>                              | <b>“Pelargon” em pó</b> | <b>Leite completo acidificado reconstituído com ‘Pelargon’</b> |
|---|-------------------------|--|
| Matéria gorda . . . . .                           | 26,0 % g.               | 3,50 % g.  |
| Matérias proteicas . . . . .                      | 25,2 % g.               | 3,35 % g.  |
| Lactose . . . . .                                 | 36,2 % g.               | 4,85 % g.  |
| Substâncias minerais . . . . .                    | 6,3 % g.                | 0,85 % g.  |
| (Cinzas . . . . . 5,5 %)                          |                         | (0,75 % g.)  |
| Ácido lactico . . . . .                           | 3,3 % g.                | 0,45 % g.  |
| Água . . . . .                                    | 3,0 % g.                | 87,00 % g.   |
|   | <hr/>                   | <hr/>  |
|   | 100,0 % g.              | 100,00 % g.  |
| Acidez total exprimida em ácido láctico . . . . . | 4,2 % g.                | 0,55 % g.  |
| Calorias por 100 grs.                             | 492                     | 66   |

**FABRICAÇÃO:** Dessecação instantânea, numa corrente de ar quente, de leite rigorosamente seleccionado, adicionado sómente de 0,5 % de ácido láctico.

**CARACTERÍSTICAS:** Graças ao processo de fabricação utilizado, o «Pelargon» conserva as propriedades bioquímicas do leite frêsko. Tem sobre o leite frêsko acidificado as seguintes vantagens: *emprego imediato e fácil, composição constante, (matéria gôrda e ácido), pureza bacteriológica.*

Em latas fechadas e guardadas em sítio frêsko, a conservação do «Pelargon» está assegurada durante muitos meses. Uma vez a lata aberta, o «Pelargon» conserva-se bem durante 10 a 15 dias, tendo-se o cuidado de fecha-la convenientemente e de guarda-la em sítio frêsko e sêco.

**INDICAÇÕES:** O «Pelargon» tem todas as indicações do leite frêsko acidificado (leite Marriott):

- Lactantes sãos:** Como alimento normal e como complemento do leite materno.
- Lactantes e crianças doentes:** Como alimento dietético (sómente por indicação do médico). Em razão da presença de ácido láctico, o «Pelargon» tem as mesmas indicações que o babeurre nas crianças que toleram bem a matéria gôrda. O «Pelargon» prestará, pois, excelentes serviços nas dispepsias, distrofias, etc., e em certos casos de diarreia, eczema e vômitos. Por outro lado e devido ao seu alto valor nutritivo, sob a fórmula dum pequeno volume, o «Pelargon», convenientemente diluído, convém à alimentação normal dos prematuros e dos lactantes ou crianças sofrendo de certas doenças infecciosas: pneumonia, tosse convulsa, cistopielite, etc.

inversão evidente de  $T_I$  e  $T_{II}$ , aumento do P-Q, aumento do Q R S e entalhes evidentes do R.

b) Alterações patológicas duvidosas: desvio do eixo para a esquerda, desvio para a direita, baixas voltagens, inversão do  $T_{III}$  e profundidade do  $Q_{III}$ . De modo a mostrar a importância pre-operatória da electrocardiografia, foram feitos exames a duzentos doentes que se submeteram à estrumectomia por tireotoxicose, e dêles podem tirar-se as seguintes conclusões: as alterações electrocardiográficas observadas apresentam uma certa relação com a idade do doente e com a sua actividade metabólica, e para a análise do risco operatório são mais importantes estes factores que os resultados fornecidos pela electrocardiografia. Procedeu-se também à mesma análise em oitenta e seis doentes que se submeteram depois à toracoplastia por tuberculose pulmonar; dêstes morreram dois, que nada apresentavam no electrocardiograma, e morreu um com alterações electrocardiográficas duvidosas; quatro dos doentes que apresentavam alterações indiscutíveis fizeram uma evolução post-operatória normal.

Nestas circunstâncias, concluem os AA., o valor prognóstico do electrocardiograma é tão duvidoso que não pode, por enquanto, ser incluído na lista dos exames sistemáticos.

J. ROCHETA.

O problema do tamanho dos eritrócitos. (*Das Problem der Erythrocyten-grösse*), por ALBERT ALDER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 12. 1937.

O A. cita primeiro o trabalho publicado nesta revista, em 1937, por Freerksen, em que êste estuda o problema de ser o tamanho dos eritrócitos uma questão anatómica e em que declara ver — pelo menos nas anemias e afecções sistêmicas — apenas influências fisiológico-funcionais sôbre o tamanho dos eritrócitos.

Em seguida o A. reproduz algumas observações do seu material de estudo, apresentando curvas (de Price-Jones) dos eritrócitos e eritroblastos correspondentes da medula óssea. Descreve certas características dos eritrócitos, entre as quais as que podem levar à fácil determinação da idade dos glóbulos vermelhos nucleados da medula; os eritrócitos do sangue têm um diâmetro que oscila entre 5,5 — 8,5 microns, enquanto que os eritroblastos têm diâmetros de 7 a 10 microns e até de 15, verificando-se assim que existem na medula óssea formas muito maiores do que se julgava. Nas curvas que o A. apresenta reconhece-se que o tamanho dos eritrócitos do sangue não está em relação directa com o dos eritroblastos da medula óssea, visto que na anemia aguda por hemorragia, enquanto que a curva de Price-Jones dos eritrócitos sanguíneos se desvia para a direita em virtude do considerável número de formas juvenis e maiores, sinal de grande regeneração, a curva dos eritroblastos da medula mostra elementos de tamanho extraordinariamente pequeno, metade dos quais possui diâmetros inferiores a 7,5 microns.

Sucedo o contrário na anemia aquilica, em que, em contraste com as células pequenas do sangue, a medula óssea contém sobretudo eritroblastos grandes, como na anemia perniciosa.

As oscilações citadas parecem valer para anemias hiper e hipocrômicas, de forma que se pode dizer dum modo geral : na insuficiência eritropoiética as células da medula óssea são grandes e na suficiência são pequenas. Provavelmente a causa desta particularidade está no mecanismo da desidratação que regula a formação das mitoses e a proliferação celular.

Por último o A. encara as diferenças de tamanho das células mielóides, também dependente da desidratação.

OLIVEIRA MACHADO.

Observações acerca das bases neuro-histológicas das avitaminoses. (*Bemerkungen zu den Neurohistologischen Grundlagen der Avitaminosen*), por MICHAEL H. BRÜDER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 13. 1938.

Neste trabalho o A. faz considerações baseadas na revisão de toda a vasta literatura sobre o assunto, muito aumentada nos últimos anos, e nos trabalhos experimentais por êle efectuados. Critica os resultados a que diversos autores chegaram, procurando verificar até que ponto a experiência animal é capaz de dar provas do efeito prejudicial sobre o sistema nervoso central e periférico de uma alimentação desprovida de certas vitaminas.

Utilizando nas suas pesquisas ratazanas mantidas em régimen avitaminótico (sem A e B<sub>1</sub>), ratazanas doentes de edema e ratazanas alimentadas normalmente, chega à conclusão de que não é possível demonstrar alterações específicas neuro-histológicas condicionadas pelas avitaminoses, devendo os achados obtidos considerar-se devidos, em parte, a produtos artificiais da coloração e, em parte também, a afecções espontâneas.

Dêste modo tem que se admitir que, contra as comunicações de alguns autores americanos, não valem os resultados de experiência em animais para tirar conclusões sobre afecções nervosas no homem, em especial medulares e dos nervos periféricos.

As provas da natureza avitaminótica de afecções neurológicas explicadas por estados de insuficiência vitamínica têm de ser torneadas, portanto, por outra forma.

OLIVEIRA MACHADO.

Novas pesquisas sobre o quadro sintomático da gastro-enterite crónica. (*Neuere Untersuchungen zum Krankheitsbild der Chronischen Gastro-Enteritis*), por H. BOHN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1938.

O A. diz que o catarro crónico do estômago e intestino delgado cujo quadro clínico foi descrito por Porges, em 1928, é uma doença que observa com grande frequência (Dantzig) e não só com os transtornos do lado do tubo digestivo, em primeiro plano, mas, muitas vezes, com epifenómenos que se destacam a ponto de não se dar pela doença. Neste trabalho o A. fala de dois síndromas muito característicos e já muitas vezes observados na gastro-enterite crónica : um, a que Porges chamou síndrome de choque do intestino delgado, constituído por sensações desagradáveis (de calor com congestão da cabeça, de vazio com vertigens, algumas vezes suores intensos e lipotímias

ou mesmo profundo desmaio) que aparecem, geralmente, algumas horas depois de comer, e outro, considerado como adinamia, em que os doentes se queixam de crescente falta de vontade para o trabalho, intensa diminuição da capacidade corporal, abatimento e fadiga, que pode estar no primeiro plano da sintomatologia.

Emquanto que Porges vê a causa do primeiro síndrome em perturbações da circulação periférica, o A. diz ter já apresentado nítidas provas de que se trata antes da expressão de reacções hipoglicémicas e descreve, em seguida, novas pesquisas feitas neste sentido em cinquenta e seis doentes, que confirmam a sua hipótese.

Quanto às queixas que constituem o segundo síndrome, elas deixam supor perturbações do metabolismo dos músculos do esqueleto e, a êste respeito, observações feitas pelo A., de colaboração com Schneider, em mais de cem casos, levaram a encontrar-se uma creatinúria abundante, proporcional à gravidade do caso, na maior parte dos casos de gastro-enterite crónica, creatinúria que diminui com as melhoras e desaparece com a cura da doença.

Verificaram também que, depois de carga de creatina (administração de 1,5 gr. *per os*) há um nítido aumento da eliminação de creatina na urina do doente de enterite, mesmo no caso de já ter desaparecido a creatinúria pela acção da terapêutica, ao passo que, no indivíduo são, tal quantidade de creatina não é eliminada, antes pode ser «utilizada».

O A. quis aproveitar esta prova de carga com fins diagnósticos. Por último fala na possibilidade de se reduzirem a um factor comum as alterações descritas (hipoglicemia, adinamia, creatinúria) e, neste sentido, encontra relações com estados de doença por alterações da função do córtex supra-renal. O quadro de adinamia pôde ser melhorado ou afastado pela administração de Cortin, ao mesmo tempo que melhoraram a creatinúria e o resultado da prova de carga com creatina. As pesquisas continuam.

OLIVEIRA MACHADO.

---

**Punção esternal e exame qualitativo do sangue.** (*Sternalpunktion und Qualitative Blutuntersuchung*), pelo Prof. J. ARNETH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 15. 1938.

O A. começa por dizer que é seu intento discutir neste trabalho o valor da punção esternal, que recentemente tão recomendada é, em relação ao do exame qualitativo do sangue e se os resultados obtidos com a punção explicam o seu uso em maior escala.

Cita largamente os trabalhos de Klima, Undritz e Rohr sobre o assunto. Para o primeiro será necessário fazer, pelo menos, dez esfregaços e contar quinhentas células. Undritz acentua a importância da punção esternal no diagnóstico de certas afecções (anemia perniciosa, policitemia, leucemias linfática e mielóide, especialmente nas suas formas aleucémicas, Kala-azar, agranulocitoses, estados trombopénicos, etc.). Para Rohr há diversas causas de erro a ter em conta: variável conteúdo de gordura dos ossos chatos e compridos; alterações simplesmente focais da medula; diferente distribuição da produção celular nos ossos chatos e compridos; frequente aspiração «branca»

da medula óssea, levando à conclusão errada de aplasia; aspiração quasi só de sangue, etc. Cita ainda muitas e variadas dificuldades de interpretação como, por exemplo, o facto de poder ter a medula óssea uma composição completamente heterogénea não só nos diferentes ossos, mas também em diversos sítios do mesmo ósso. No esterno normal podem existir ilhas de gordura de apreciável tamanho, pelo que deve picar-se repetidas vezes quando se encontra gordura. Domarus obteve numa anemia aplástica, depois confirmada pela autópsia, um quadro de medula esternal quasi normal em duas punções repetidas. Num outro caso, que veio a curar-se, tinha sido pôsto — também depois de duas punções — um diagnóstico de Panmielotfísica.

Depois de referir os achados de Klima em diferentes doenças, o A. acentua a importância do estudo dos processos de reacção na medula e nos outros órgãos formadores de sangue para a compreensão dos achados sanguíneos qualitativos e quantitativos nas leucocitoses e leucopenias.

A punção esternal veio negar duas noções assentes: a da existência de medula mieloblástica na anemia perniciosa e a de esta doença representar um regresso à eritropoiése embrionária com formação de megaloblastos como produto final.

Segundo opinião do A., há muito menos dificuldades diagnósticas no exame qualitativo do sangue do que na punção esternal; misturam-se no sangue, de maneira ideal, tôdas as células saídas dos órgãos hemopoéticos.

Também os incómodos causados ao doente são muito inferiores quando se trata da pesquisa no sangue. Segundo Undritz, é dolorosa a anestesia do periósteo e a aspiração de medula.

Por último, o A. faz a advertência de que talvez punções esternais, que se tornem necessárias repetidas vezes, venham a influenciar a estrutura medular de forma a poderem afectar os resultados de punções ulteriores.

---

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre perturbações da reabsorpção do cálcio e aparecimento de tetania no decurso do catarro crónico do intestino delgado. (*Ueber Störungen der Kalkresorption und Auftreten von Tetanie im Laufe des chronischen Dünndarmkatarrhs*), por G. HETÉNYI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1938.

Depois de citar por que processos pode alterar-se o metabolismo do cálcio no organismo humano e de enumerar as várias etapas do caminho do cálcio, recebido com os alimentos, no interior do organismo, qualquer delas susceptível de perturbações, o A. chama a atenção para um transtôrno do metabolismo do cálcio — até aqui desconhecido — e cujo estudo lhe foi sugerido pela observação de um doente.

Tratava-se de uma enterite crónica recidivante, com o quadro bem conhecido da dispepsia de fermentação, no qual se observou uma crise tetânica e persistiram sintomas de tetania latente durante alguns dias. A calcemia, logo determinada, deu um valor de 6,9 mgr. 0/0. Desde então, o A. investigou re-

gularmente os doentes de enterite crónica, quanto ao metabolismo do cálcio, e é o resultado das suas pesquisas que expõe em seguida :

Em vinte e sete doentes, apenas um apresentava sintomas de tetania manifesta, em sete havia sinais de tetania latente, observando-se o sinal de Erb em quatro, o de Chwostek em sete, o de Trousseau em seis, etc.

Para decidir se estes sintomas estavam em relação directa com a doença do intestino delgado, o A. examinou em todos os doentes a influência da administração de gluconato de cálcio sobre a calcémia e repetiu as suas pesquisas quando a crise de enterite dos doentes tinha passado por completo. Os resultados obtidos provam, irrefutavelmente, que em alguns casos de enterite crónica está diminuída a reabsorção dos sais de cálcio, o que pode levar ao aparecimento dos sintomas de tetania latente ou mesmo manifesta.

Este transtorno da reabsorção do cálcio tanto depende, na enterite crónica, de uma acumulação de gordura no lume intestinal, com a consequente formação de sabões de cálcio insolúveis, como da acelerada motilidade e da existência de lesões da parede do intestino delgado.

Por fim, o A. preconiza e justifica, no tratamento da enterite crónica, o uso de sais de cálcio administrados por vias oral e parentérica e da vitamina D.

OLIVEIRA MACHADO.

---

Acérra de tumores malignos primitivos da pleura (alguns casos de endotelioma pleural). (*Ueber Böartige Primärgeschwülste des Brustfelles [Einige Fälle von Endothelioma pleurae]*), por FRANZ SORENSEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1938.

Segundo o A. declara, logo no início da sua comunicação, o diagnóstico dos endoteliomas primitivos da pleura é igualmente difícil para o clínico e para o patologista.

As doenças com que mais se confunde — a pleurisia exsudativa tuberculosa ou simplex e a tuberculose — exigem um diagnóstico diferencial cuidadoso.

Tanto a histogénese como a patogenia desta afecção, são assuntos muito pouco estudados e as dúvidas começam logo na designação dos tumores, por não estar ainda assente se as células endoteliais das membranas serosas devem classificar-se como tecido epitelial, como tecido conjuntivo ou como uma modificação deste; daí, as designações de carcinomas endoteliais, sarcomas endoteliais, endoteliomas, com que indiferentemente têm sido designados. Um outro problema é o do ponto de partida exacto destes tumores malignos; alguns autores discordam de serem as células endoteliais da pleura e dos vasos e Huguenin e Ley chamam a atenção para o facto de muitos endoteliomas da pleura representarem apenas a propagação de um cancro do pulmão até à superfície pulmonar.

Entre as muitas particularidades destes tumores, que fizeram com que alguns autores duvidassem do verdadeiro carácter tumoral desta afecção, Brosch e Kaufmann chamam a atenção sobre a sua semelhança com afecções tuberculosas e Lubarsch discute casos que, a um exame histológico mais pro-

fundo, se revelaram como sendo de linfogranulomatose atípica; a inversa tem sido também relatada.

A seguir, o A. descreve, pormenorizadamente, quatro casos de endotelioma pleural, aparecidos entre cinco mil seiscentas e oitenta autópsias. Num dos casos tinham-se desenvolvido metástases linfáticas tão rapidamente e de forma generalizada que foi considerado, tanto clinicamente como na autópsia, como uma linfogranulomatose; só pelo exame histológico se fêz o verdadeiro diagnóstico. Nos outros três casos só uma vez fôra possível, clinicamente, o diagnóstico de tumor da cavidade torácica. Os dois restantes haviam sido considerados como tuberculose e pleurisia exudativa crônica.

O A. descreve, ainda, minuciosamente, as características histológicas, não só dos tumores da pleura, como das metástases, que, embora conservando uma estrutura ligada à do tumor primário, tomam, em parte, um aspecto sarcoma — ou carcinomatoso.

OLIVEIRA MACHADO.

O quadro hemático na angina de linfócitos (angina de células linfóides de Schultz). (*Das Blutbild bei Lymphocytenangina [Schultz'sche Lymphoidzellenangina]*), por G. CRAMER — *Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1938.

O A. começa por afirmar que desde que Schultz, em 1922, fêz a primeira descrição da doença como angina monocítica, muitos autores apareceram que — quanto à interpretação dos elementos que existem em grande número só trouxeram ao assunto ainda mais obscuridade.

Sabe-se como é comum a todos os hemogramas na angina de Schultz, o extraordinário aumento de células que tem sido interpretadas como linfócitos ou monócitos e se distinguem pelo seu polimorfismo. Tanto a coloração supra-vital como a reacção das oxidases, falham na caracterização das células da angina de Schultz.

Em seguida o A. descreve um caso clínico desta afecção em cujo primeiro quadro hemático havia 21.200 leucócitos com 27% de neutrófilos, 1% de formas jovens, 0% de eosinófilos e 72% de linfo- e monócitos.

Utilizando esfregaços de sangue dêste doente o A. corou um certo número dêles com Azur II-Eosina e o restante pelo método do ósmio de Schridde.

Pois bem, por qualquer dêstes processos julga ter conseguido uma solução do problema, pois encontra sempre elementos que classifica de autênticas células linfocitárias, razão porque chama a esta afecção angina linfocítica e não monocítica ou de células linfóides.

OLIVEIRA MACHADO.

Estudos sôbre a pressão sanguínea e a glicemia em coelhos enxertados de hipófise. (*Blutdruck-und Blutzuckerstudien an Hypophysentransplantierten Kaninchen*), por E. KYLIN e A. KORANYI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 19. 1938.

Os AA. trazem, neste trabalho, mais uma contribuição experimental ao problema da origem hipofisária (hiperfunção) da doença Hipertonia-Diabetes.

Já um dos AA., Kylin, em 1921, chamara a atenção para o facto de nuns certos doentes com hipertonia aparecerem hiperglicemia e glicosúria e exprimira a suposição de ser a mesma perturbação incretora a causa de tais anomalias. Ele concluiu, então, pela necessidade de uma distinção desta diabetes da diabetes puramente pancreatogénia.

Alguns anos mais tarde Houssey, por um lado, Lucke, por outro, provaram a produção de uma hormona hipofisária de efeito contrário ao da insulina (hormona contra-insulina de Lucke). Como era já sabido há muito, que a hipófise segrega uma hormona aumentadora da pressão sanguínea, Kylin supôs, então, que a doença Hipertonia-Diabetes seria produzida por uma hiperfunção hipofisária.

A comparação da symptomatologia — absolutamente oposta — da hipertonia essencial e da doença de Simmond, síndrome de hipofunção hipofisária; a titulação da secreção de algumas hormonas da hipófise na hipertonia essencial (maior eliminação de Prolan pela urina, maior percentagem de Prolan no *liquor*, achado de uma substância no líquido céfalo-raquidiano dos hipertensos capaz de produzir hiperglicemia e que Kylin interpretou como sendo a hormona contra-insulina de Lucke); o facto de Westphal ter encontrado no sangue de doentes com hipertonia essencial uma substância hipertensiva que, injectada em coelhos, consegue produzir uma prolongada hipertensão arterial, etc., tudo parece confirmar a suposição de Kylin.

Por fim os AA. descrevem os resultados obtidos com o enxêrto intraperitoneal de hipófise de vitela em coelhos, com o fim de procurarem verificar por êste meio uma doença parecida com a doença Hipertonia-Diabetes do homem.

As pesquisas foram coroadas de êxito, pois não só conseguiram obter aumentos da pressão sanguínea como também da glicemia.

Desta forma, a velha opinião de Kylin de que tal doença no homem é devida a uma hiperfunção da hipófise, encontra confirmação neste trabalho.

OLIVEIRA MACHADO.

A influência da administração prolongada, por via oral, de pequenas quantidades de hormona folicular sobre a cápsula supra-renal. (*Die Einwirkung langdauernder peroraler Verabreichung geringer Mengen von Follikelhormon auf die Nebennier*), por M. DANNER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 19. 1938.

O A. diz que as experiências feitas até agora com o intuito de se verificar o efeito da hormona folicular sobre os diversos sistemas orgânicos, assentam no emprêgo de doses relativamente grandes e por pouco tempo. Emquanto que Pierson, por exemplo, conseguiu produzir — com injeção de doses grandes desta hormona e pinçando ou não com alcatrão as orelhas dos animais de experimentação — proliferações de epitélio parimentoso no istero, com osteogénese e formação de cartilagem, Kaufmann — empregando doses grandes — e o A. — usando pequenas doses por tempo prolongado — não conseguiram mais do que uma transformação da mucosa uterina em epitélio parimentoso,

sem proliferações infiltrativas. Pelo contrário, o A. verificou, numa percentagem bastante elevada de animais de prova, a existência de grandes transtornos do estado geral ligados, certamente, às extraordinárias alterações regressivas que encontrou nas cápsulas supra-renais. Sobre estes resultados promete o A. mais larga comunicação.

Desde já, porém, chama a atenção para êles e descreve os efeitos obtidos neste particular pela administração prolongada —a ratos— de pequenas doses de Progynon. Verifica-se que, passados alguns meses (desde quatro a dezasseis nas pesquisas do A) há uma nítida influência sobre o estado geral dos animais, manifestada por grande perda de gordura e de pêso, adinamia, queda de pêlo, aumento da caquexia até à morte.

Paralelamente à intensidade destes sintomas estão os achados do exame histológico das cápsulas supra-renais, que, macroscopicamente, estão consideravelmente aumentadas e pálidas. Microscopicamente, observa-se uma sedimentação de tipo amilóide, a princípio extra-celular, em volta dos vasos e começando na zona reticular do córtex. O processo desenvolve-se, até, finalmente, não se ver somente a zona reticular destruída, mas também a fasciculade. Na medula as alterações degenerativas são mais tardias.

OLIVEIRA MACHADO.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Hospitais Cívicos de Lisboa

Abriu-se concurso documental, entre os internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa que concluíram o 4.º ano do internato em Dezembro findo, para a concessão do prémio constituído por uma bôlsa de viagem de estudo ao estrangeiro.

— Concedeu-se a medalha de ouro de bons serviços ao director de serviço clínico, Dr. Alberto Mac-Bride Fernandes.

— Publicou-se um decreto que atinge a organização dos quadros, estabelece as remunerações e gratificações e cria novos serviços de especialidades nos Hospitais Cívicos de Lisboa. Nesta organização incluem-se os serviços do Manicómio Bombarda e os de hospitalização anti-rábica e anti-diftérica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

Os novos serviços criados são: n.º 7, Cândido Loureiro (Oftalmologia); n.º 8, Teixeira Marques (Oto-rino-laringologia); n.º 9, Bordalo Pinheiro (Traumatologia), todos no Hospital de S. José, e um serviço de neurologia a instalar oportunamente, reduzindo-se, para preenchimento do seu quadro, dois lugares no de clínica médica.

## Sociedade das Ciências Médicas

Na Sociedade das Ciências Médicas realizou, por convite, o Dr. Manuel Tápiá, fisiologista espanhol, uma conferência intitulada «Las formas iniciales de la tuberculosis de reinfección».

Também o endocrinologista francês Dr. J. A. Huet pronunciou, na mesma Sociedade, uma conferência sobre as perturbações da puberdade e o seu tratamento.

— O Dr. Aleu Saldanha apresentou à Sociedade uma comunicação sobre «O valor da planigrafia no diagnóstico de algumas afecções pleuro-pulmonares».



### Instituto de Medicina Tropical

Foi nomeado, com o carácter provisório e por concurso, o Dr. João Fraga de Azevedo, primeiro-tenente médico, para o cargo de professor auxiliar da 3.ª cadeira do curso do Instituto de Medicina Tropical.

### Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia

O Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, devia realizar-se no próximo mês de Setembro em Viena com o acôrdo da Sociedade Alemã de Cirurgia, que perflhára o convite primeiro feito por Viena de Áustria.

Surgiram, porém, dificuldades que obrigaram o Comité Internacional a transferir o Congresso para Bruxelas, onde terá lugar na mesma data (19 a 22 de Setembro).

Parte dos relatórios estão já distribuídos e o nosso programa será brevemente publicado.

### XXV Congresso Francês de Medicina

O XXV Congresso Francês de Medicina realizar-se-á em Marselha, de 26 a 28 de Setembro de 1938.

Á Comissão do Congresso pertencem: o Prof. Olmer, presidente; os Profs. Andibert e Mattei e o Dr. Botreau-Roussel, vice-presidentes; o Prof. Roger, secretário geral; o Prof. Monges, tesoureiro; o Prof. agreg. Poinso, secretário geral adjunto; o Prof. agreg. Poursines, tesoureiro adjunto.

Os assuntos sôbre os quais se apresentam relatórios são:

1.º — *Espiroquitoses icterigêneas*. Relatores: J. Monges e J. Olmer (Marselha); Troisier e Bariety (Paris); Bordes e Rivoalen (Serviço de Saúde Colonial).

2.º — *Hipocloremias*. Relatores: Ambard (Estrasburgo); Mach (Genebra); Mayer, Bigwood e Van Dooren (Bruxelas).

3.º — *A terapêutica actual das avitaminoses do adulto*. Relatores: Monriquant (Lyon); Chevalier (Marselha); Nitzulescu (Jassy); Girond e Leblond (Paris); Wildstaedt (Upsala).

Os títulos das comunicações deverão dirigir-se o mais breve possível ao secretário geral.

A inscrição é de 120 francos para os membros aderentes (médicos e tódas as pessoas que se interessam pela evolução das ciências médicas) e de 60 francos para os membros associados (membros não médicos da família dos anteriores, internos ou externos dos hospitais, estudantes de medicina).

Quaisquer esclarecimentos poderão pedir-se ao Prof. Roger, secretário geral, 66, Boulevard Notre-Dame, Marselha.

Os pedidos de inscrição dirigir-se-ão ao Prof. Monges, tesoureiro, 15, Cours Pierre Puget, Marselha.

## Saúde pública

Abriu-se concurso, por trinta dias, para provimento do lugar de médico municipal do partido com sede em Sendim (Miranda do Douro).



## Medicina naval

Publicou-se um decreto que regula a forma de admissão dos médicos da Armada, em conformidade com os princípios estabelecidos nos Estatutos dos Officiais da Armada e uma portaria que estabelece as regras a observar no concurso para admissão dos mesmos médicos.



## Medicina colonial

As nossas colónias representar-se-ão no Congresso Internacional de Medicina Tropical que se realizará em Novembro próximo em Hainan (Indo-China).

— Publicou-se uma portaria que autoriza o governador de Macau a utilizar a verba de 35.000 patacas em despesas urgentes com medidas de hygiene pública extraordinárias.

— Está autorizada uma nova verba de 274 contos para a conclusão do pavilhão central do Hospital António Enes, de Moçambique.

— Desligou-se do serviço, para ser reformado, o coronel-médico que prestava serviço em Angola, Dr. Alfredo Ribeiro de Magalhães.



## Medicina escolar

Consideram-se definitivas as nomeações dos Drs. Manuel Neto Dória e João da Graça Tapadinhas para médicos escolares, respectivamente, do Liceu de Camões, de Lisboa, e da Escola Industrial de Afonso Domingues, da mesma cidade.



## Viagens de estudo

Equipararam-se a bolseiros fora do país os Drs. João Alves Portela, médico da Direcção Geral de Saúde, pelo prazo de três meses; José Espadinha Rocheta, médico escolar do Instituto Superior Técnico, pelo prazo de qua-



renta e cinco dias, e Óscar Teixeira Bastos, chefe de serviço do Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

— O Dr. Augusto Salazar Leite, médico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, foi ao estrangeiro estudar, nos principais estabelecimentos europeus, os progressos da medicina tropical.

### Conferências

O Prof. Georg Ettisch realizou no Instituto de Oncologia uma série de lições sobre físico-química, com o seguinte programa: I — As primeiras noções acerca das interações na matéria. II-III — Noções actuais sobre as interações na matéria (bases e leis). IV — Forças intermoleculares em biologia.

Ao curso assistiram numerosos professores e médicos.

— Na Faculdade de Medicina de Lisboa pronunciou o Dr. Carlos Santos uma conferência sobre «Tomografia — suas indicações clínicas». A conferência assistiu o director da Faculdade, Prof. Celestino da Costa.

— Também na Faculdade de Medicina realizou uma conferência intitulada «Filho de Almeida — A campanha eugénica de um prosador», o Dr. Almerindo Leça.

— Na Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica o Dr. J. A. Huet realizou, por convite, uma conferência sobre o tratamento das doenças endocrínicas.

— O Sindicato Nacional dos Empregados nos Escritórios de Navegação promoveu uma série de conferências sobre Medicina Preventiva, feitas pelo Dr. Assunção Teixeira.

— Promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, realizou o Dr. Alexandre de Lima Carneiro, no Clube dos Fenjanos, do Pôrto, uma conferência intitulada «Uma miséria social — as tinhas».

### Auto-Clube Médico Português

O Auto-Clube Médico Português comemorou o segundo aniversário da sua fundação com um passeio ao Pôrto, Braga, Caldelas e Gerez.

### Necrologia

Faleceram: em Mozelos, o Dr. José Fernandes Coelho de Amorim; em Lisboa, o Dr. José Maria Galvão de Melo; e no Pôrto, o Dr. António Joaquim de Sousa Júnior, professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina do Pôrto e antigo Ministro da Instrução.



**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

**HÉMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

**LABORATOIRE J. D<sup>e</sup> PLANTIER** ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

NO TRATAMENTO DE

## **furúnculos, carbúnculos**



e estados semelhantes  
de

## **inchações agúdas**

o *IDEAL* é, simultâneamente:

**Aliviar a dor.**

**Retirar as matérias  
tóxicas.**

**Estimular o curativo  
sem disseminar a in-  
fecção.**

# ***Antiphlogistine***

com o seu calor prolongado, qualidades  
higroscópicas e terapêuticas, serve effi-  
cazmente a todos êsses requisitos.



*Envio gratuito de amostras e literatura, mediante pedido*



**The Denver Chemical Mfg. Co.**

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA