

requer objecto, que não pode ser substituído por um simples adverbio. Deve-se, pois, pensar na sífilis, mas nunca **sifiliticamente**.

Um homem prudente deve pensar sempre nas **excepções**, mas seria desastroso se pensasse **excepcionalmente**.

—:o:—

Imprensa Medica

Os "Archivos Rio Grandenses de Medicina", recebem, actualmente, em permuta as seguintes revistas medicas, nacionaes e estrangeiras:

NACIONAES

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, São Paulo.

A Folha Medica, Rio de Janeiro.

Laboratorio Clinico, Rio de Janeiro.

Pharmacologo, Florianopolis.

Archivos Brasileiros de Neuriatria, Rio de Janeiro.

Archivos Paranaenses de Medicina, Paraná.

A Tribuna Medica, Rio de Janeiro.

Boletim Mundial, Rio de Janeiro.

Gazeta Clinica, São Paulo.

Amazonas Medico, Amazonas.

ESTRANGEIRAS

La Clinica Castelaña, Valladolid, Hespanha.

The Journal of the Maine Medical Association, Maine, E. U.

La Crónica Medica, Lima, Perú.

Gazette des Hôpitaux, Paris.

Revista de Medicina y Cirurgia, Barcelona, Hespanha.

Journal de Médecine de Bordeaux, Bordeaux.

La Chirurgie dell'Ernia e dell'Addome, Napoles, Italia.

The Southwest Journal of Medicine and Surgery, El Reno, E. U.

La Grèce Médicale, Grecia.

La Médecine, Paris.

Revista Farmaceutica de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, Madrid.

La Pediatria, Napoles, Italia.

The Journal of the American Medical Association, (ed. Hesp.), E. U.

Spitalul, Bucarest, Rumania.

La Juventud Medica, Guatemala.

Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana, Havana.

Revista del Circulo Medico Argentino, Buenos-Ayres.

The Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis, E. U.

Long Island Medical Journal, E. U.

Pathologia, Genova, Italia.

A Medicina Moderna, Porto, Portugal.

Endocrinology, Ohio, E. U.

Repertorio de Medicina y Cirurgia, Bogotá, Columbia.

Anales de la Facultad de Medicina de Lima, Lima, Perú.

Revista Sanitaria Siciliana, Italia.

Archivos Españoles de Pediatria, Madrid, Hespanha.

L'Italia Sanitaria, Roma.

Cronica Medico-Quirurgica de la Habana, Havana.

Anales de la Direccion de Sanidad Nacional, Caracas, Venezuela.

Revista del Centro Estudiantes de Medicina Quito.

Revista das Revistas

Osteochondrite deformante infantil da epiphyse superior do femur (Albert Mouchet et Georges *fil* "Revue d'orthopédie" — 1921. — Mouchet — Journ. de Chirurgie, Agosto 1921.) *fil*

A interessante memoria de Etienne Sorrel chama attenção sobre uma affecção isolada, sómente desde uma dezena de annos, do grupo das coxalgias, cujo estudo é por demais importante, tanto na pratica como na paternidade.

Os americanos reivindicam a prioridade — **Molestia de Legg** (de Boston) e os alemães — **Molestia de Perthes** (de Tübingen.)

Mouchet e Georges *fil* expõe o estado actual da questão na "Revue générale", acompanhada de um indice bibliographico completo dos trabalhos após a these de doutoramento de Mérine (1919.) *fil*

Não foi Perthes quem descreveu primeiro a doença, foi Legg: porém, já em 1909 Calvé (de Berck) e Waldenström (de Stockolm) a suspeitavam.

Calvé havia comunicado a sua impressão clínica a Sourdat e se referido em sua these sobre "coxalgias, algumas observações de pseudo-coxalgias", e Waldenström acreditava em uma forma particular e benigna de tuberculose do collo.

Em 17 de Fevereiro de 1910 Legg individualizou nitidamente a molestia sobre o nome de "affecção obscura do quadril". Foi, o primeiro trabalho de conjunto, seguido logo, em 10 de Julho, de uma importante memoria de Calvé que, ignorando a publicação de Legg, relata na "Revue de Chirurgie" 10 observações de *une forme particulière de pseudo-coxalgie greiffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur*, e attribuida ao rachitismo.

O allemão Perthes (de Tübingen) seguiu mais tarde, em 1913, o recém-nascido nas pias baptismaes, propondo o nome de — *ostéochondrite déformante de l'épiphyse supérieure du fémur*. A confusão se fez com a consequencia entre o padrinho e o pae e o desagradavel uso, contra o qual protestamos, pela nova, prevaleceu, além do Rheno, chamar Molestia de Perthes esta osteochondrite.

De todos os nomes que tem sido propostos para designar esta affecção o de osteochondrite deformante infantil da epiphyse superior do femur, embora longo que seja, parece o mais adequado; ella traduz nitidamente o character anatomico da molestia e não significa uma censura a Waldenström, indicando muito bem, a terminação "ite" uma origem infectuosa que é, talvez, a verdadeira.

A affecção é relativamente para (1 a 2 casos de osteochondrite para 100 casos de coxalgias, opinião da maioria dos autores). E' preciso retirar do quadro desta affecção os casos numerosos descriptos por Legg, Perthes e outros, ou a osteochondrite se apresenta na cabeça do femur com uma luxação congenita do quadril que foi reduzida.

As alterações da cabeça e do collo do

femur que apparecem, depois desta redução geralmente mais ou menos traumatica, não podem ser consideradas como verdadeiras osteochondrites. Trata-se de meninos nos dois terços dos casos. A idade oscilla, entre 3, 12 a 13 annos, nunca mais tarde, com um maximo de frequencia entre 5 a 9 annos.

A unilateralidade é a regra, attingindo tanto o lado direito como o esquerdo. Mérine, em suas 14 observações só encontrou uma vez a bilateralidade; uma das nossas observações é de osteochondrite bilateral. Phélip (de Vichy) apresentou á Sociedade Anatomica (de Paris) um caso bilateral, de um menino de 5 annos.

Os paes trazem o filho porque couxea, ou porque sente dores em ambos os lados. Claudica algumas vezes, depois de alguns mezes, arrasta a perna, a coxa, caminhando, fatiga-se depressa.

Em outros casos a creança soffre, queixa-se de dores no quadril, no joelho, notando a mãe que, ao apalpar o quadril, a creança accusava certa sensibilidade.

Enfomos diante de nós a creança caminhar; arrasta muito pouco a perna, a claudicação é leve, excepcionalmente, teriamos observado um ligeiro descadeiramento, lembrando o da luxação congenita do quadril.

Quando collocamos de pé sobre o lado doente, a creança inclina o tronco para o lado são (signal de Trendelenburg que indica o enfraquecimento do musculo médio gluteo). O grande trochanter parece algumas vezes saliente e elevado (Calvé, Lamy, Kidner, Perthes.)

Examinamos a creança em decubito dorsal: verificamos uma atrophia muscular da coxa, mais raramente da nadeга, e não sentimos geralmente esta hypotonia dos gluteos que, constitue um bom signal do começo da coxalgia. Provocamos, porém, uma dôr mais ou menos viva, pouco intensa em geral á pressão do collo femural.

Em compensação, não verificamos, senão excepcionalmente, um empastamento ao nível do triangulo de Scarpa ou uma adenite inguinal ou iliaca.

Em casos adiantados, podemos observar uma saliencia exagerada do grande tro-

chanter, produzida pela sua elevação e consecutiva inclinação do collo em "coxa varra" (Mérine, Sorrel, Calvé não admittem esta "coxa vara" que affirmam Froehlich, Mouchet e Georges *ou* um collo hypertrophiado, fazendo saliencia na base do triangulo de Scarpa).

Os movimentos do quadril são pouco limitados. A extensão tem geralmente a sua amplitude normal; a flexão e a rotação externa ou interna apenas são notados; a abducção é constantemente pouco ou muito limitada. No começo da affecção nota-se um signal muito importante — é a contractura dos adductores que pôde desaparecer sob a anesthesia geral; no período adiantado, são sem duvida as lesões da ca-

beça do femur, que constituem um obstaculo mecanico.

A primeira idéa que occorre ao clinico é de uma coxalgia, de forma benigna — coxite tuberculosa em começo; e é preciso confessar que, sem a radiographia, a bilateralidade que nos poderia revelar a lesão — excepional, não se tem outro diagnostico a formular. E' assim que, são enviados á Berck creanças atacadas de simples osteochondrites.

"La clinique n'est presque rien dans l'ostéochondrite, la radiographie est tout" (Mouchet). Esta nos mostra, com effeito, um aspecto muito particular da cabeça do femur, da cartilagem epiphysaria e do collo femural.

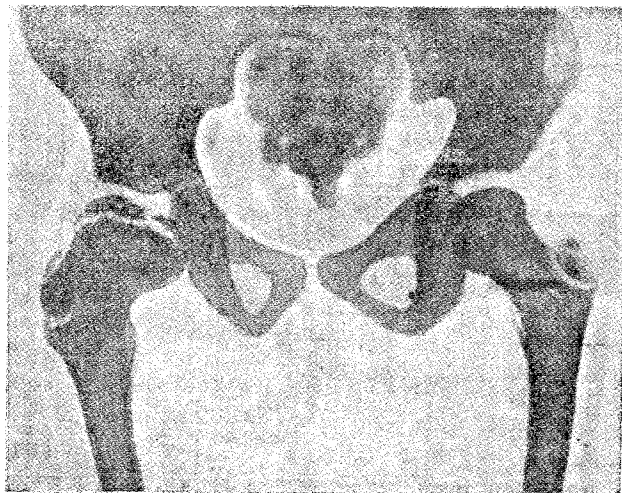


Fig. 1

1.º A cabeça do femur tem seu nucleo epiphysario, muitas vezes fragmentado, principalmente no começo, dividido em dous, tres ou mais nucleos, e de volume desigual; é sempre deformada, achatada, em forma de *capite*, de bolo, de crescente e de cogumelo. Este nucleo epiphysario é

alterado em sua estrutura, apresentando zonas claras, como que descalcificadas, no meio, zonas sombrias (fig. 1) ao menos no começo.

Posteriormente, a transparencia *ou* pode *a/p* tornar-se uniforme.

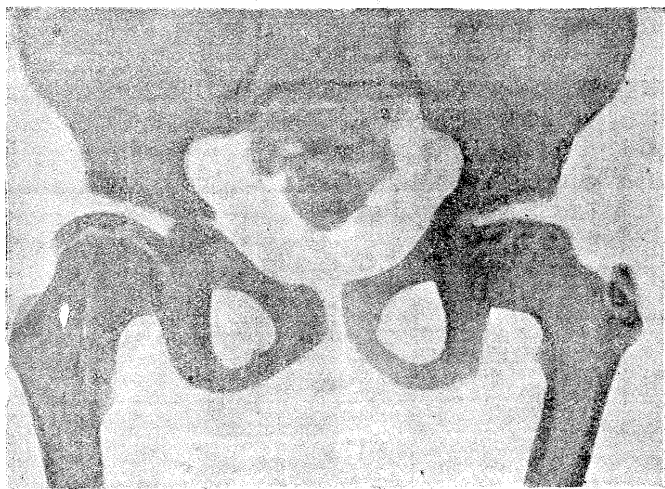


Fig. 2

2.º A cartilagem epiphysaria é muito irregular, denteada, interrompida em varios pontos e seus limites nitidos (fig. 2).



Fig. 3

3.º O collo femural apresenta emfim, manchas claras acima da cartilagem epiphysaria (fig. 3); augmenta notavelmente de volume sobretudo em um periodo adiantado da doença; pode finalmente se modificar em sua inclinação o mais das vezes, em "coxa vara", facto sobre o qual Froehlich (de Nancy) tem muito insistido e que

mostra nitidamente, um doente de Mouchet, porém, algumas vezes em "coxa valga", do mesmo modo que podemos observá-la em outro quadril do mesmo doente.

A interlinha articular parece augmentada nas radiographias; 6 vezes sobre 14 nas observações de Sorrel e Mouchet. A abobada cotyloidéa é em varias observações, irregular. Além disso, as diferenças de aspecto radiographico estão em relação com as diferentes phases na evolução da affecção.

A affecção tem uma duração de um anno, dezoito mezes; não termina nem por destruição ossea, nem por abcesso e nem por ankylose; tem uma tendencia natural para a cura, mas apresenta algumas sequencias de ordem anatomica e funccional: anatomicas (collo desviado em "coxa vara" mais raramente em "coxa valga", espessamento constante deste collo); functionaes (ataques dolorosos, após uma longa marcha e limitação da adubecção do quadril).

Muitos casos de quadril deformado no adulto com cabeça do femur achatada, collo grosso, que não se acompanham, senão de leve atrophia muscular e que fornecem, como symptoma funccional, apenas uma fadiga ossea, rapida do membro com limitação da adubecção, são simplesmente osteochondrites da infancia, curados.

"La radiographie est la clef du diagnostic".

E' indispensavel que todos praticos conheçam a osteochondrite deformante do quadril e não a confundam com a coxalgia; evitarão assim, suscitar a perturbação e a anciedade nas familias e impôr ao doente um tratamento longo e inutil. O tratamento da osteochondrite é simples: repouso, e se a creança tem dores, a immobilisação do membro feita em aparelho gessado ou em extensão continua, segundo a vontade do cirurgião. A immobilisação não deve ser prolongada. A massagem dos musculos é recommendavel; as precauções hygienicas são rigorosas.

A natureza da osteochondrite deformante infantil não está ainda elucidada. E' provavel que se trate de uma osteite epiphy-saria de crescimento da cabeça do femur, da mesma classe da escaphoidite tarsica das tenras creanças (Mouchet e Roederer), e da "coxa vara" (Froehlich).

Talvez mesmo, sejam para Froehlich e Mouchet a osteochondrite e a arthrite deformante do quadril, um unico e mesmo processo, havendo apenas uma questão de grau.

N. Flores

Calot (de Berck) — Como deve ser o tratamento da luxação congenita do quadril? (Bull et Mémoires de l'Académie de Médecine n.º 16, 1920); A. B. — Jour. de Radiologie et E'lectrologie — Fev. 1921.

Segundo o A. os radiologistas e cirurgiões se enganam quasi sempre no verdadeiro limite superior do cotylo primitivo, onde se deve collocar finalmente, a cabeça do femur, si se pretende verdadeiras curas. Localisaram este limite superior ao nivel do ponto mais elevado e mais externo do Y eschematico do apice interno, que figura nos livros de radiologia, a região do cotylo em todas as creanças, emquanto, na realidade o limite superior do cotylo primitivo corresponde ao apice d'este Y, isto é, na parte superior da cartilagem em Y. Illudiram-se tambem, dando ao eixo da cabeça e do collo, direcção obliqua.

Na realidade, eis o que se deve ter na radiographia: 1.º o eixo do collo e da cabeça deve ser horizontal e transversal; 2.º a cabeça deve corresponder a peça do ischion e não a peça do ilion do osso coxal; 3.º o collo deve se apresentar no seu maior comprimento; 4.º é preciso obter o contacto da cabeça e do collo, uma abobada solida ou melhor sem encaixe.

Cousa outra se pôde, seguindo o methodo que descreve, crear em oito a dez ou doze mezes, acima do cotylo, uma abobada tão solida, tão horizontal como a do lado sã e no mesmo nivel. O criterio para julgar isso, é o apparecimento, na radiographia, acima da cabeça do femur, estalactites osseas, ilhotas osseas a principio disseminadas, depois confluentes, que testemunham a neoformação de uma abobada horizontal assaz longa.

N. Flores

Côrle Roederer (Paris) — A proposito do diagnostico differencial da coxalgia (Bull. et Mémoires de la Soc. de Médecine de Paris, n.º 15, 1920) Loulier. Journ. de Radiologie et E'lectrologie, Fevereiro - 1921.

Nenhum signal clinico formal pôde fornecer, em começo, certeza do diagnostico. A radiographia não nos dá esclarecimentos neste periodo pre-coxalgico.

A leve sombra ou o nublado, "flou" da interlinha e ~~a sua belliscadura~~ o aspecto confuso das cartilagens de incrustação e a falta do seu parallelismo, a desmineralisação mesmo limitada á aresta da abobada, não são, no começo nitidos, em geral se mostram no 4.º mez de molestia.

O A. cita treis casos typicos de lesões da vizinhança que tomavam a marcha de verdadeira coxalgia.

sem pinçamento N. Flores

Calcio no sangue das crianças. — (W. Denis e Fritz Tallot. — "American Journal of diseases of children". Janeiro — 1921.)

Essa importante questão, os autores, durante dois annos, inspirados pelas novas aquisições nesse terreno, estudaram-na,

sobretudo, em relação ao rachitismo e á tetania, não esquecendo, porém, de colleccionar dados do conteúdo de calcio no sangue de crianças portadoras de condições pathologicas varias.

As determinações das percentagens de calcio foram feitas pelo processo de Syman, modificado em pequenos detalhes pelos autores, onde empregaram o plasma citratado.

No detalhado trabalho, publicam seis quadros estatísticos minuciosos, onde o conteúdo de calcio no sangue foi comparado entre diferentes modalidades clinicas, como diathese espasmopholica, rachitismo, broncho-pneumonia, pneumonia lobar, escorbuto, hydrocephalia, infecções intestinaes, etc. . . .

O quadro I se refere a 116 crianças observadas, nesse sentido.

Como resultado de suas observações, os autores concluem que uma percentagem baixa de calcio, no sôro sanguineo, ocorre, frequentemente, na tetania infantil, no rachitismo e na pneumonia.

Em um caso de tetania, houve um augmento consideravel do calcio sanguineo, depois da administração de chloreto de calcio "per os".

Varios casos de epilepsia têm uma proporção inferior de calcio no sangue.

A significação dessas pesquisas são, por enquanto, incertas.

R. M.

A enxaqueca nas crianças. (Dr. J. Comby.

— "Archives de Médecine des enfants". — Janeiro de 1921.)

Notando a ausencia quasi absoluta desse ponto da pratica pediatria nos tratados classicos, poudo o autor, em magnifico artigo, esclarecer nitidamente a questão, trazendo idéas novas e pontos novos, tendendo a eliminar do quadro morbido as cephaléas da infancia, as dôres de crescimento, dôres dos anemicos, dos dyspepticos, dos neuropathas, etc. . . .

Traz á publicidade 15 observações, onde faz resaltar o caracter hereditario da afecção.

Abordando a symptomologia, a etiolo-

gia e o diagnostico, accentúa que a enxaqueca não é rara na criança e que a fórma de hemi-crania é menos frequente na infancia que na idade adulta.

Encontram-se dôres que se irradiam á orbita, a photophobia, as visões coloridas, as nauseas e os vomitos.

Ella pôde-se iniciar desde a idade de dois mezes, um anno, dois annos.

Varia o accesso de algumas horas, a um dia, podendo ir além, até dois dias, havendo, por vezes, prostração, delirio.

A sua duração é indeterminada, mas sempre muito longa. O prognostico, ante a impotencia da therapeutica, é serio, sendo benigno, porém, quando a enxaqueca nunca é mortal.

Sempre é hereditaria, sobrevindo a manifestação, sobretudo, da parte materna.

Assignalam-se, como causas occasionaes: o esfalfamento escolar, a vida sedentaria, as fadigas, as contrariedades, as vigílias, as indigestões.

Procura-se attenuar os paroxysmos, por meio de boa hygiene, de repouso physico e intellectual, da vida ao ar livre.

Duchas frias ou quentes, bromureto de potassio, a natação bons resultados produzem, não esquecendo a quinina, a antipyrina, o chloral, a cafeina.

Conservar-se-á a criança em quarto escuro, ao abrigo dos rumores e da luz, enquanto durar o accesso agudo.

R. M.

Lições sobre o modo de conduzir-se na diphteria. (George H. Weauer — "The Journal of the american medical association" — Junho, 11, n.º 24 — 1921)

O atilado artigo do autor veiu á publicidade, para chamar attenção sobre pontos de magna importancia, no tratamento da diphteria, ante estatisticas que coordenou, evidenciando, maximé em Chicago, que a mortalidade por essa entidade morbida pouco decresceu, de 1897 á 1919.

De facto, durante os ultimos vinte annos, não houve diminuição notavel na mortalidade por diphteria, nessa cidade norte-americana.

Assim, de 1897 a 1906, registrou-se 3,72 por 10.000 habitantes, e de 1907 a 1916 — 3,34 por 10.000 habitantes.

Divide o seu artigo em tres partes: as condições observadas, as causas e as recommendações.

Na primeira parte conclui que:

a) o maior numero de pacientes, mortos por diphteria não haviam recebido a injeção de sôro correspondente, sobretudo em domicilio;

b) foram dadas doses relativamente pequenas;

c) a primeira administração do sôro foi feita tardiamente.

Aborda, em seguida, a segunda parte, chamando atenção, maximé para o descuido dos paes, em não procurar o medico a tempo; e a inefficacia dos cuidados profissionais.

Termina, fazendo varias recommendações importantes.

E diz:

“De nosso estudo, pode-se, naturalmente, concluir que o factor importante e essencial em reduzir as mortes por diphteria, deve ser a educação.”

E a esse respeito lembra o papel predominante das mães, em serem bem instruidas para suspeitarem um caso de diphteria, quando existe qualquer affecção para o lado da garganta e do nariz.

Faz accentuar que a educação ainda pôde ser feita por artigos populares, em varios jornaes e em varias linguas, com quadros elustrativos, em conferencias, e o ensino nas escolas, cujos alumnos podem chegar a ser os instructores dos cuidados necessarios nesse sentido.

Os medicos devem examinar a garganta em cada caso mostrando condições anormaes do nariz, e em cada criança enferma, e fazer culturas de placas, por ventura existentes. Administrar sôro anti-diphterico em todos os casos suspeitos, mesmo sem o exame bacteriologico. Acompanhar attentamente todos os casos de pharyngite até que a diphteria tenha sido eliminada. Nunca contentar-se só com uma dose de antitoxima, em caso de diphteria, porém acompanhar o doente até que tenha sido eliminado o mal. Injectar to-

das as doses therapeuticas de sôro intramuscularmente ou, occasionalmente, nas veias. Tratar como diphteria cada caso que não seja de prompto esclarecido.

R. M.

Glycosuria cerebral no decurso da syphilis do neuraxe. Drs. Urechia e Josephi.

Sob tal epigraphie, publicaram os Drs. C. I. Urechia e Ar. Josephi, o primeiro professor de clinica psychiatrica, o segundo chefe dos trabalhos, em Cluj (Rumania), interessante estudo original, dado a lume em “Annales de Médecine”, n.º 2, do corrente anno.

Esteiados em grande numero de observações pessoais, fazem os auctores os seguintes commentarios, que aqui reproduzo litteralmente.

E' conhecida de longa data a glycosuria cerebral que se encontra em numerosas affecções organicas do cerebro e do bulbo. Até nas affecções, rotuladas, provisoriamente, de funcçionaes, se observa tal phenomeno. Verifica-se ainda nas psychoses, mania, melancholia, demencia precoce, hypochondria. Postas á margem estas glycosurias, os auctores se occupam apenas com as observadas na syphilis do neuraxe.

E' bem conhecida a glycosuria notada no correr da tabes e da paralysisa geral.

Siegmund encontra-a em 27 por 100 dos casos da dicta affecção; Bond, tres vezes em 62 casos; Naunnyn em 5. Bouillard encontrou assucar na phase inicial della. Além destes, outros auctores.

Em uma epocha, em que eram conhecidas as radiculites, Brown, Frohsihn, Schiff, Eulemburg, Hallerworden, assignalam glycosurias passageiras nas sciaticas (syphiliticas?).

Na tabes, a glycosuria pode ás vezes se observar “e deve ser interpretada, quer como dependente da syphilis, quer como um signal de diabetes independente da tabes, porém favorecido, como ella, por uma tara nervosa hereditaria” (Déjerine e Thomas).

Na syphilis cerebral, a glycosuria não seria rara; seria produzida segundo For-

ster, por uma placa de meningite da base ou uma goma na região do chiasma.

Nonne descreve um caso de syphilis cerebral, havendo a glycosuria desaparecido pelo medicação anti-syphilitica, e sem regimen anti-diabetico.

Gallus (setembro 1920) descreve nove casos de diabetes syphilitico, nos quaes a glycosuria era leve e sem gravidade: todos os symptomas de diabetes faltavam; a glycosuria era transitoria; a acetena nunca foi encontrada; o tratamento anti-diabetico não deu resultado, ao passo que a medicação anti-syphilitica fez, ás mais vezes, cessar a glycosuria.

Em cinco casos, observam-se desigualdade pupillar ou irregularidades da circunferencia das pupillas, e, nos outros, alterações opthalmoscópicas. A Wassermann era positiva no sangue. A punção lombar não se praticou.

Desde novembro de 1919, os auctores procedem systematicamente á pesquisa do assucar, na urina dos individuos accommetidos de syphilis insidiosa do neuraxe.

A estatistica dos auctores versa sobre mais de cem casos.

Deixam de parte os casos de tabes e paralysisa geral, em que são bem conhecidas as glycosurias transitorias, e referem alguns casos de syphilis insidiosa do neuraxe, havendo a glycosuria desaparecido, mercê do tratamento especifico.

Segundo a experiencia dos auctores, a glycosuria se encontra em 5 ou 7 por 100 dos casos, e ora é ligeira e transitoria, ora intermitente.

Pelo que toca ao mechanismo intimo deste phenomeno, pensam os auctores ser elle de natureza cerebral, isto é, depender de uma placa ou outra lesão syphilitica no **espaço inter-peduncular**.

Pesquisas anatomo-pathologicas poderão esclarecer este ponto.

A observação clinica nos mostra que a glycosuria se encontra nos tumores hypophysarios, na syphilis basilar, na cysticerose da base, na hemiplegia que interessa os nucleos da base, nos tumores e abcessos da base, nas lesões pedunculares.

Loeb, Aschner, Leschke, Camus e Roug-

sy, descreveram, na região da base do cerebro, um centro glycosurico, situado na base do 3.º ventriculo.

Nesta mesma região ou na visinhança della, se encontra um centro sympathico pupillar, bem estabelecido pelos trabalhos de Karpluss e Kreidl; Pfeiffer, etc.

Do mesmo modo que a picada do assoalho do 4.º ventriculo, no logar determinado por Claudio Bernard, produz glycosuria bulbar, no coelho, assim tambem uma lesão ou irritação inflammatoria (placa ou goma syphilitica), na região peduncular ou subthalamica, produz glycosuria sympathica, com desigualdade pupillar.

Nos casos de radiculites, os auctores notaram glycosuria com anisocoria, porém a questão de um centro medullar glycosurico (Lépine) pôde ser discutida. May, Smith, Naunnyn, Baum, observam glycosuria nos tumores da medulla, nas myelites, espondylites; os auctores encontraram assucar em dois casos de mal de Pott da região dorsal superior, sem outro symptoma de diabetes.

S. L. F.º

Zymogeneos artificiaes, por Martin Jacoby, Biochem. Zeitschr. B. 104. — Maio 1920.

Em trabalhos anteriormente publicados, Jacoby demonstrou a possibilidade de se inactivar fermentos e em seguida reactiva-los.

Relata experiencias feitas com saliva (ptyalina) inactivada pelo sublimado e reactivada pelo cyanureto de potassio e sulfureto de potassio. Já em 1909 Hata fez as primeiras experiencias neste campo de investigações.

O sublimado forma verdadeiras combinações com os fermentos.

O auctor verificou igualmente que, 1 gr. de urease era inactivada por 1 milligr. de sublimado e, em seguida, reactivada pelo cyanureto de potassio.

São de identico interesse suas experimentações com o oxido de nickel; com effeito, esta substancia em pó, verificou Jacoby, tambem impede a acção diastastica da urease; porém, esta acção inhibitoria permanece, mesmo após exacta separação

destes dois corpos pela filtração e centrifugação, e, assim, isentas do respectivo poder diastásico, essas soluções podem ser guardadas por longo espaço de tempo; para reactival-as, basta adicionar-lhes um pouco de cyanureto de potássio ou glycolla.

Para explicar o mecanismo íntimo destes factos, Jacoby admite a hypothese que, as substancias inactivantes (sublimado, nickel), dêem lugar á combinações complexas com as moleculas de fermento, segundo a theoria das valencias de Werner; portanto admite que cada fermento tenha uma valencia que possa ser inactivada, como sóe acontecer pela sua junção com o sublimado ou o nickel.

O auctor classifica de zymogénicos artificiaes taes fermentos inactivados.

Weber

A distribuição da uréa no organismo, por Gad Andresen, *Bioch. Zeitschr. B.* 116, Maio 1921.

Ventilando esta tão debatida questão, o auctor, analysa as ultimas acquisições nesse sentido e, após um longo e bem documentado trabalho de biologia experimental, conclue:

1.º — O coefficiente de distribuição da uréa entre o plasma e os globulos, e, entre

a solução de Ringer e as hemacias é de 0,72 — 0,80.

2.º — O coefficiente de distribuição da uréa entre o plasma e as secreções do organismo é 1.

3.º — O mesmo coefficiente entre o plasma e os tecidos, exceptuando o adiposo, não foi verificado devido ás difficuldades técnicas.

4.º — Ainda o mesmo coefficiente de distribuição entre o plasma e o tecido adiposo isento d'agua é 0,07.

5.º — A concentração ureica é a mesma em todos os tecidos e no sangue, com excepção da gordura. A concentração da uréa diminue nas secreções que estão em franca actividade.

6.º — Exceptuando as lagrimas e o suor, existe um equilibrio da concentração ureica do sangue e das diversas secreções do organismo.

7.º — As investigações analyticas permitem considerar este equilibrio da concentração ureica sanguínea e tissular, como bastante precisa.

8.º — A concentração ammoniacal é igual no sangue e nas secreções.

9.º — O auctor descreve um methodo para dosar o ammoniaco nos liquidos organicos e nos tecidos.

Weber