

Ao que nos consta, em nenhuma das nossas Faculdades de Medicina, na seriação de seus cursos ainda não penetrou o estudo da RADIOLOGIA MEDICA.

Numa epoca em que o R. X. desenvolve tão largamente a sua influencia, positivamente, torna-se impressionante o confronto entre o que se observa nos grandes e pequenos centros e o que acabamos de assignalar.

Si tal particularidade é de molde a ser salientada, que dizemos de factos aberrantes e de facil observação?

A' sombra de uma liberalidade sui

generis, não têm vegetado, em nosso meio, *Institutos* rotulados de *Ensino Superior* e que não dispõem de elementos para o mister a que se destinam? Não vemos Escolas formando medicos e que não dispõem de hospitaes ou clinicas para o ensino consciente da Medicina?

Tão dolorosas perguntas encontram como resposta a realidade de seus proprios enunciations, e, sem duvida, por si dispensam maiores commentarios.

Egualmente, justificam o titulo que encima as presentes considerações.

A. G.

A etiologia das leucemias agudas. (*Etiology of acute leucemias*), por A. S. RUBNITZ. — *The Jour. Lab. Cli. Med.* Março 1929. (Transcripto da Revista Lisboa Médica N.º 5 — Ano VI — Maio 1929).

Morais David.

A classificação actual das leucemias fundamenta-se na morfologia diferente dos elementos celulares da fórmula hematológica e também na evolução clínica da doença. Não possuímos ainda um critério patogénico ou etiológico que sirva para a distinção das formas clínicas.

Nas leucemias agudas assim como nas crónicas é tradicional distinguir o tipo linfático e o tipo mielóide, consoante os elementos embrionários predominantes provêm da série linfática ou granulocítica, respectivamente. Todavia esta diferenciação em muitos casos é de todo impossível. A semelhança da marcha clínica e do quadro sintomático nas formas de leucemia aguda tendem a explicar a sua classificação em um tipo comum.

A reacção da oxidase só tem valor quando positiva e há tipos de leucemia mielóide em que ela é negativa.

As leucemias agudas traduzem-se por sinais tóxicos intensos, processos sépticos das mucosas, particularmente da mucosa bucal, e grave discrásia hemorrágica.

Os resultados negativos de toda a investigação orientada no campo da hipótese inflamatória conduzem à impossibilidade de aplicar os fenómenos predominantes do cortejo sintomático da doença em função de um agente séptico especial.

Schutz e Weise descreveram um quadro de agranulocitose que, pela sua fisiologia

clínica, bastante se parece com as leucemias agudas: os mesmos sinais sépticos, as mesmas lesões necróticas nas mucosas, a mesma terminação pela morte. Sómente a numeração globular, em contraste com as leucemias, mostra uma diminuição dos glóbulos brancos a números bastante inferiores ao normal com desaparecimento dos elementos da série granulocítica.

Poderiam conciliar-se estes dois aspectos sob a mesma égide patogénica, supondo que tanto em uma como em outra condição, e após os fenómenos necróticos com que se abrem os quadros clínicos, se daria a absorção de determinadas citotoxinas aí produzidas, com acção citolítica marcada sobre os glóbulos brancos e sobre os órgãos hematopoiéticos. Na agranulocitose, por uma absorção de maior quantidade de uma *leucocitolisina*, haveria destruição globular e sideração dos órgãos hematopoiéticos, ao passo que nas leucemias agudas a acção citolítica exercida sobre os glóbulos não impediria a regeneração compensadora e desordenada dos órgãos leucopoiéticos.

Dr. Sarmiento Leite Filho

Prof. de Pathologia e Clinica Medica da Faculdade
Doenças internas e nervosas

Cons.: Andradas 395, ás 17 h. Res.: S. Raphael, 112.

Dr. Thomaz Mariante

Clinica Geral

Estomago, coração e rins.

Consultorio: Rua dos Andradas 495, das 16 ás 18 h.