

A neurocrinía colóide é diréta ou indiréta e esta abrange diferentes processos: a perihemoneurocrinía, a hemoneurocrinía, a neurohidrencefalocrinía, a hemohidrencefalocrinía e a meningocrinía.

2.º) No desenrolar da hiperneurocrinía experimental, a colóide hipofisária tem tendência a caminhar ao longo dos vias nervosas, dirigindo-se para territórios afastados do hipotálamo (tálamo, mesencéfalo, formações olfativas). Esta imigração da colóide ao longo dos feixes nervosos é comparavel, pensamos nós, à tendência apresentada por certas toxinas de atingir os centros nervosos (neuroprobasia de Levaditi).

3.º) Pela neurocrinía, a hipófise pode agir sôbre a totalidade do sistema nervoso, mas age mais particularmente a) sôbre os centros neurovegetativos superiores do hipotálamo; b) sobre certas formações motoras extrapiramidais do subtálamo; c) sôbre seus próprios centros excitossecretores.

4.º) A ação da hipófise sobre seus centros excitossecretores mostra que existe uma verdadeira autorregulação das glândulas endócrinas.

5.º) A hiperneurocrinía experimental determina reações neuronais muito intensas, indo até à degeneração das células nervosas.

6.º) A neurocrinía hipofisária é apenas uma modalidade particular de um processo endocrínico muito geral. Por êste processo os hormônios estimulam o funcionamento do sistema nervoso, agindo, seja diretamente sôbre os centros nervosos (mecanismo hormonioneural central) seja sôbre as determinações nervosas (mecanismo hormonioneural periférico).

Oscar Geyer

CLÍNICA CIRÚRGICA

Dr. Walter Abel (Hamburg) — A patologia e terapêutica do divertículo do duodeno (Pathologie und Therapie der Duodenallivertikel). — Der Chirurgie — N.º 5 — 1938 — página 149.

Acha que o divertículo do duodeno é uma afeção relativamente frequente, pois nos tres últimos anos, encontrou na literatura médica, uma relação de 30 casos citados.

O diagnóstico quasi que sómente pode ser feito, radiologicamente, pois os sintomas se confundem com os da úlcera juxta-pilórica, da úlcera duodenal e às vezes das afeções hepato-biliares. — Radiologicamente, a formação é típica e como sinal de valor o autor cita as dobras de mucosa que se dirigem perpendicularmente para o divertículo.

Existem tres espécies de divertículos: 1.º — os congêntos, que correspondem aos de Meckel no íleo, muito raros; 2.º — os falsos divertículos, muito mais frequentes, e que correspondem aos divertículos de Graser no intestino grosso; 3.º — os pseudos divertículos, formados à custa de aderências.

Os pequenos divertículos somente trazem perturbações quando próximo à papila de Vater, por compressão do colédoco, com icterícia e infeção ascendente. — Os divertículos maiores podem trazer perturbações por retenção, infeção e compressão do duodeno pelo divertículo. Por esta razão, interessa também saber pelo exame radioscópico, a posição, o tamanho, retenção e a dôr à pressão sôbre o divertículo.

Aconselha sempre iniciar o tratamento por uma cura médica, que nos pequenos divertículos sempre dá bons resultados. Quando se fizer mistér a intervenção cirúrgica, esta será determinada pela séde do divertículo. —

Os divertículos isolados do joelho superior podem ser extirpados livremente, fazendo-se após uma sutura em tres camadas na brecha duodenal. O mesmo se dá nos divertículos grandes e que não tenham aderido ao tecido pancreático, quando situados na parte inferior, ascendente e angulo duodeno-jejunal. — Nos pequenos, deve ser feita a invaginação e sutura da camada muscular. — Deverá ser pesquisada a possibilidade da concomitância duma úlcera. — Nos divertículos próximos à papila de Valter, que são inextirpáveis, deveremos lançar mão da ressecção gástrica com exclusão do duodeno.

G. Secco Eichenberg

Prof. H. Haxthausen (Kopenhagen) — Experimentos em torno das condições das correntes circulatórias nas varizes, por meio de injeções intravenosas de corantes. — (Untersuchungen ueber die Stroemungsverhältnisse bei Varicen mittels intravenoeser Farbstoff-Injektionen). — Der Chirurg — N.º 2 — 1938 — pág. 41.

Estudos anteriores do autor em torno da circulação cutânea capilar, em portadores de varices, permitiram firmar as seguintes conclusões: 1.º — não existe uma verdadeira estase nos capilares cutâneos; a velocidade da corrente circulatória nos capilares não é modificada pela mudança de posição do indivíduo; 2.º — a torrente sanguínea corre, na posição erecta do indivíduo, com uma pressão anormal muito elevada, o que dá lugar ao edema de filtragem. — 3.º — conforme verificações procedidas, êste edema verifica-se com muito mais facilidade no terço inferior da perna, que no terço superior e no pé; 4.º — êstes edemas aparecem mais facilmente na posição erecta, desaparecem facilmente no início, mas com o tempo trazem modificações para os tecidos infiltrados.

O autor procurou verificar por injeções intravenosas de substâncias corantes, as condições circulatórias nas próprias varices. Para tal empregou o corante T 1824 de autoria de Gregersen (São Francisco), cuja composição desconhece, mas que se emprega numa solução a 1% — 2 a 3 cc, e é completamente inócuo, corando facilmente de azul o sôro. — Numas experiências injetou na veia do cotovelo e observou o sangue retirado nas varices, e noutras operou de modo inverso, tomando os indivíduos as mais variadas posições (de pé, deitados, caminhando, etc.).

Resume os resultados de suas experiências nas seguintes afirmações: a) existe uma corrente circulatória bem apreciavel nas varices superficiais, o que demonstra que só excepcionalmente poder-se-á falar na “exclusão” das varices do sistema circulatório; b) a corrente é mais intensa ao caminhar, que parado o indivíduo; c) corrente retrógrada sómente uma vez foi observada, estando o paciente a caminhar. Assim, pois, êstes experimentos falam contra a teoria da “circulação privada” das varices.

G. Secco Eichenberg

Touraine et Duperrat. — Os Angiomas, Tumores Evolutivos. — Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. — 7.ª Série, tomo 9, n.º 7, Julho 938, pág. 545.

Os autores fazem um estudo de conjunto dos diversos tipos de angioma, de acôrdo com as idéias expostas por um dêles em sua recente tése: — Estudo dos Angiomas, tumores evolutivos — Paris 1938.

Segundo a etiologia e os caracteres anatomoclínicos, os autores propõem uma classificação dos angiomas, da seguinte maneira:

Grupo I: Angiomas determinados por uma inflamação local; nestes, o tecido intersticial é o de todos os processos inflamatórios subagudos ou crônicos do mesênquima, com os aspetos habituais de diapedese e macrofagia. Neste grupo estão incluídos os brotos carnudos cicatriciais, as dermatoses vegetantes de aspeto angiomatoso (papilomas, pêfigo vegetante, sarcóides angiomatosos, angiolutóides, angioqueratonias) o granuloma telangiectásico ou pseudobotriomicoma e as telangiectasias e angiomas das cicatrizes, das angioescleroses e das esclerodermias.

Grupo II: Angiomas mixtos em que o fator local inflamatório se associa ao fator constitucional disembrionoplástico: há um fator local agindo sobre tecidos com lesões do tipo da “**status varicosus**”. Nêstes, o processo histológico perde seus caracteres inflamatórios francos e toma o de uma organização metódica de sistema retículo-endotelial construtivo.

Há a considerar nêste grupo, três sub grupos:

1.º) Angiomas em que predomina o fator etiológico inflamatório, o fator constitucional, tendo papel reduzido; são os processos de capilarite ectasiante: púrpura anular telangiectásico de Mayo-Chi, angioma serpiginoso de Crocúer ou nervos lupus de Hutchinson; a “**telangiectasia macularis eruptiva preta**” de Parkes Weler e a angiomatose miliar de Steiner e Vorner, além das estrêlas vasculares de Hanot e Gilbert.

2.º) Angiomas com discriminação etiológica difícil entre fatores adquiridos e congênitos; manchas rubis, angiomas senís ou telangiectasias papilosas disseminadas de Siemens e os angioneuromiomas arteriais ou tumores gliômicos de Masson.

3.º) Angiomas em cuja etiologia mixta predominam os fatores constitucionais sobre os inflamatórios: são as telangiectasias, quer em placas, quer regionais.

Grupo III: Angiomas cujo fator etiológico ocasional, quer local, quer geral, passa habitualmente despercebido ou é de reduzida importância, e cujo fator congênito, disembrionoplástico é, ao contrário, evidente. O processo histológico é, então, ou de simples hiperplasia com conservação das relações habituais entre os componentes dos tecidos, ou pode constituir por uma proliferação excessiva, verdadeiro processos tumoral. Êste grupo compreende dois tipos secundários: 1.º hiperplasias benignas, abrangendo: a) angiomas simples, monoteciduais, telangiectasias congênitas, angiomas estrelados ou “**Nevi-Aranei**”, angomas planos, angiomas tuberosos, cavernosos, hipertróficos (celulares ou vasculares e b) angiomas complexos ou pluri-teciduais, que podem ser locais ou parcelares (angioqueratomas, angiofibromas, angiolipomas, angiomixomas, angioadenomas ou generalizados (neviangiomatoses, angiomatose ou pseudosarcomatose de Raposi e as facomatoses de Van der Hoeve.

Finalmente, em 2.º subgrupo, o das hiperplasias malignas que são os angiomas malignos e os angiossarcomas.

Dr. René Marino Flores