

# Trabalhos originaes

## Osteite fibrogeodica generalizada.

A proposito dum caso.

Dr. E. J. Kanan

Docente de Ortopedia e Cirurgia Infantil.

A valiosa contribuição da Radiologia no dominio da Osteologia, o incremento extraordinario, nestes ultimos anos, da Endocrinologia, e o auxilio importante trazido pela Bioquimica no doseamento do calcio e fosforo, fizéram com que melhor se conhecessem certas Osteodistrófias, isolando entidades nosológicas até então confundidas grosseiramente entre si.

O esqueleto ósseo do homem não é tão sómente um arcabouço, um simples supôrte, destituído de vida, e manejado á maneira de alavancas pela musculatura dirigida pela corrente nervosa. E' um grande reservatório onde se armazenam o calcio e o fosforo, trazidos pelos alimentos ricos nêsses elementos minerais — leite, manteiga, queijo, ovos, vegetais verdes, avelãs, nózes, etc. — que são absorvidos ao nivel do intestino, e, ulteriormente, despejados na torrente circulatória, que se encarrega de distribui-los pela economia. E', pois, o sistema ósseo um tecido vivo em que, biologicamente, são depositados nêle o carbonato de calcio e os fosfátos, continuamente removidos e renovados, tanta na criança como no adulto. A mesma quantidade que é eliminada pelas fézes e urinas, no adulto, é, por sua vez, substituida por outra igual ao nivel dos intestinos.

Varios factores influem na absorção e deposição, na reabsorção e eliminação do calcio: a vitamina D, os raios ultravioletas, os esteróis irradiados, as glandulas paratireóides pelo seu hormonio, etc. Segundo Robinson e Kay com os seus colaboradores, um enzima — a fosfatase — contribúe na formação e função do osso. A vitamina D e as glandulas paratireóides exercem uma função importantissima no metabolismo do calcio e fosforo. A ausencia da vitamina D ou de raios ultravioletas determina a diminuição da absorção do calcio que, na criança em crescimento, póde originar o *raquístimo*. A vitamina D atúa sobre as paratireóides, ou estimulando uma maior secreção de hormonio, ou auxiliando este hormonio na mobilização do calcio do esqueleto (Jaffe, Bodansky — confirmados por Johnson e Wilder).

Conclúe-se, disso tudo, que é imprecindível conhecer o metabolismo dos elementos minerais, que concorrem para a constituição e função do osso, todas as vezes que o esqueleto fôr séde dum estado patológico que redunde na sua desmineralização.

*Divisão.* — A Osteite Fibrogeódica divide-se em local e generalizada. A primeira é, ainda, conhecida pelos nomes de Osteite Fibroquística Localizada dos Óssos, Quístos Benignos dos Óssos, Molestia de Mi-

kulicz, Osteodistrofia Juvenil Quística, Fôrma Localizada da Molestia de Recklinghausen, Osteíte Geóidica, Calos Soprados. A fôrma generalizada é, tambem, denominada de Osteíte Fibroquística Generalizada, Molestia Óssea ou Segunda Molestia de Recklinghausen, Osteóse Paratireoidéa, etc.

*Definição.* — A Osteíte Fibrogeóidica Generalizada é uma molestia caracterizada por uma descalcificação óssea generalizada, com multiplos focos de osteíte fibrosa e formações geóidicas, acompanhada, ás vezes, de tumores e celulas gigantes, associada á uma hiperplasia ou adenoma de uma ou mais glandulas paratireoides. Ha uma hipercalcemia, hipercaleiuria e hipofosforemia. É de marcha lenta, terminando pela morte, si não se intervir com a necessaria terapeutica.

*Historico.* — Todas as Osteodistrófias caracterizadas por um amolecimento ósseo eram confundidas, até os fins do seculo passado, sob o nome de *Osteomalacia*.

Stansky (1839) e Engel (1864) descreveram um esqueleto malacico, com formações geóidicas e tumores avermelhados.

Em 1891, von Recklinghausen descreveu pela primeira vez a Osteíte Fibrogeóidica Generalizada, distinguindo-a da Osteomalacia e da Osteíte Deformante ou Molestia de Paget, si bem que considerando todas estas Osteodistrofias como manifestações diferentes duma mesma entidade patológica.

Treze anos mais tarde, Askanazy referiu um caso associado a um tumor paratireóideu, sem tirar uma dedução pratica dessa associação.

Erdheim, em 1907, relatando tres casos de Osteomalacia em que verificou um aumento de volume das paratireóides, chegou á conclusão que estava em relação com o metabolismo do calcio, sendo a lesão óssea primitiva a provocadora da hiperplasia das glandulas paratireoides, como reação de compensação diante da necessidade do organismo em calcio.

Schlagenhauser, em 1915, em um caso de Ost. Fibrogeóidica Gen., recomenda a extirpação dos tumores das paratireóides.

Em 1925, Mandl, querendo pôr á prova a teoria de Erdheim, transplantou na parede abdominal dum homem de 38 anos quatro paratireóides, retiradas duma vitima dum acidente, assistindo, posteriormente, á uma agravação da sua molestia. Finalmente, em 1926, Mandl faz a ablação dum tumor paratireoideu e num caso de Ost. Fibrogeóidica Gen., determinando o desaparecimento dos fenomenos morbidos.

Em 1929, Bauer, Aub e Albright, provaram que o calcio mobilizado pelo hormonio paratireoideu provem dos óssos.

Edward L. Compere com os seus assistentes — baseado nos seus estudos clinicos de 124 casos, em que foi verificada a existencia dum adenoma paratireoideu, pela intervenção cirurgica ou pela necrópsia, e apoiado nos estudos de Mandl, Baar, Bulger e Dixon, Boyd, Milgram e Stearns, Hunter, Churchill e Cope, e de muitos outros — considera a Osteíte Fibrogeóidica Generalizada como uma entidade clinica provocada por um Hiperparatireoidismo associado á um adenoma de uma ou mais paratireóides. É, pela mesma razão, que a denomina de *Osteóse Paratireoidéa*.

Desde o exito de Mandl, numerosos e variados trabalhos foram publicados, aumentando espantosamente o cabedal de conhecimentos desta importante Osteodistrofia. Com a descoberta e isolamento do hormonio paratireoideu, graças aos esforços dos Americanos, entre êles Hanson e Collip (1925), numerosos foram os estudos experimentais realizados, tendentes uns para a verificação das modificações humorais causadas pelo excesso do paratormonio na circulação, outros para a produção das lesões ósseas distróficas. Collip, entre outros Americanos, demonstrou que o hormonio paratireoideu regulariza o metabolismo calcico e combate eficientemente a tetania paratireopriva. Humler e Aub, e outros, injetando o paratormonio Collip ocasionaram uma descalcificação óssea. A intoxicação, por doses elevadas de paratormonio, determina um complexo biologico caracterizado por uma hipercalcemia, hipofosforemia, aumento de excreção urinária do calcio e do fosforo, e aumento da fosfatase do plasma. As experiencias até então efetuadas nos animais do laboratorio, foram realizadas pela primeira vez num homem de 35 anos, por Johnson e Wilder, que injetaram diariamente 50 unidades de paratormonio, durante 15 dias, resultando não só a modificação do metabolismo mineral acima referido, como realizando, simultaneamente, uma miastenia com dores ósseas generalizadas semelhantes á Molestia Óssea de Recklinghausen. Os mesmos autores provaram que esta osteodistrofia não é uma molestia por carencia em vitamina D, como a Osteomalacia e o Raquítismo, e a administração simultanea da vitamina D anula o efeito das injeções de paratormonio. Jaffe e Bodansky reproduziram, pela injeção do paratormonio, as manifestações ósseas da Segunda Molestia de Recklinghausen.

Estes estudos foram confirmados por muitos autores, entre êles Greenwald e Gross, Aub e seus assistentes, Albright e Ellsworth.

O paratormonio, além da sua propriedade diuretica, determina perturbações nervosas importantes, verificando-se ao lado da miastenia uma diminuição da excitabilidade elétrica dos nervos e musculos. Bourguignon e Sinton verificaram que na Hiperparatireoidia a cronaxia está diminuida, constituindo um "test" fiel ao lado da calcemia nos casos de Hiperparatireoidismo.

*Etiologia.* — Ambos os sexos são atingidos em todas as idades, variando de 7 aos 59 anos, prevalecendo entre os 30 e 55 anos. Ha uma preponderancia para o sexo feminino.

*Anatomia patológica.* — A' autópsia, os ossos se apresentam mólés, deformados, com multiplos quistos ou geodos como querem alguns, porque a sua parede interna não é revestida por nenhuma membrana epitelial. Estes quistos contêm um liquido seroso ou sero-hemático, um pouco gomoso. Notam-se tumores avermelhados. Todo o esqueleto está afétado, parecendo ser constituído por tecido fibroso. Póde ser cortado pela faca. Fraturas patológicas pódem ser encontradas. O exame da região tireoidéa póde evidenciar a presença dum tumor lobulado paratireoideu, de cor marrão avermelhado ou amarelado, variando o tamanho de um pouco maior do que o normal até o de um ovo de galinha.

Histologicamente, Turnbull, resume as modificações esqueleticas como uma reabsorção lacunar, regeneração, fibróse da medula óssea, e a

formação de osteoclastomas e quistos. A reabsorção lacunar parece ser a lesão primordial, colimando numa osteoporóse generalizada, enquanto que uma regeneração ática explica a formação de tecido ósseo esponjoso. A medula óssea é séde duma fibrose intensa, enquanto que os quistos, geralmente numerosos, originam-se do edema e degeneração da medula fibrosa, ou da dilatação dos espaços vasculares, ou, mesmo ainda, da autólise de suas zonas osteogénéticas. Os osteoclastomas são coleções de grandes osteoclastos e de fibroцитos indiferenciados, constituindo em numerosas zonas hiperáticas de medula osteogénética.

Bauer, Aub, e Albright, em 1929, provaram por uma série de experiencias que o calcio mobilizado pelo hormonio paratireoideu provém dos óssos, e que as trabeculas do tecido esponjoso ósseo constituem a reserva mobilizavel do calcio do organismo (Pergola).

A necessidade dum exame histológico é apregoada por Jaffe e Bodansky: "Nós temos frequentemente descoberto, com grande surpresa nossa, no curso dum exame histológico uma reabsorção extensa da cortical, enquanto que o exame macroscopico não nos tinha mostrado nada de anormal; nós pensamos que os resultados de Bauer, Aub e Albright não provam a ausencia da reabsorção cortical sem o rigor dum exame histológico." Os mesmos autores pensam que a hipercalcemia não deve ser considerada como o unico criterio de Hiperparatireoidismo, que para elles é constituído pelo exame histológico.

As lesões paratireoidéas pódem ser determinadas por uma hiperplasia funcional, por um tumor benigno (adenoma ou quisto), e, segundo Sinton e Millot, por um tumor maligno. Comper, estribado em 124 casos, em que foi verificada a existencia dum tumor benigno, pela autópsia ou pela intervenção, não encontrou nenhum blastoma maligno.

*Patogenia.* — Oberling e Guérin, submetendo galinhas á um regime de carencia calcica e de supressão da luz solar, conseguiram, algum tempo depois, encontrar todas as lesões histológicas da Osteite Fibrosa, ao lado das do Raquítismo e Osteomalacia. As glandulas paratireoidéas apresentavam-se hiperplasiadas. Estes autores concluíram que é impossível estabelecer uma distincão estricτα entre o Raquítismo e a Osteomalacia duma parte, com a Osteite Fibrosa doutra parte, concordando com von Recklinghausen que estas três Osteodistrofias pertencem ao fundo comum das afeções malacicas.

Os trabalhos experimentais, assáz numerosos, permitem chegar á conclusão que a Osteodistrofia de Recklinghausen, é devida á uma hipersecreção paratireoidéa provocada por tumor benigno, maligno ou por hiperfuncionamento. Isto não quer dizer que o adenoma ou a hiperplasia paratireoidéa só se encontrem na Osteite Fibrosa, pois já foram observados em diversos casos de Osteoporóses, no Raquítismo e Osteomalacia.

A hipertrofia paratireoidéa determina uma maior secreção de parathormonio, resultando uma hipercalcemia á custa do calcio dos óssos. Para restabelecer a taxa normal do calcio sanguíneo, ha uma maior eliminação do calcio urinário, mas o estado de hiperparatireoidia mantém a hipercalcemia ás expensas das reservas ósseas.

A teoria de Erdheim considera a hipertrofia paratireoidéa como se-



TODAS AS  
NEURALGIAS  
REBELDES

SEDAÇÃO  
RÁPIDA E  
ATOXICA

TODAS AS  
NEVRAXITES  
E SEQUÊLAS

# NAÏODINE

**A**

2

FORMAS

**B**

SOLUÇÃO NORMAL

**1%**

**INTRA-MUSCULAR**

Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

**5%**

**INTRA-VENOSO**

Empolas Azues

**INJEÇÕES INDOLORES**

Dose por dia : de 10cc.a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEAIS

**R. AUBERTEL & CIA L<sup>DA</sup> - Agentes Exclusivos - CAIXA 1344 - RIO DE JANEIRO**

# Productos „SANDOZ”

## Allisatine

Anorexia — Dyspepsias — Diarrhéas — Enterites — Indigestões — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

## Belladénal

Angina de peito — Asthma — Dysmenorrhéa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.

## Bellafoline

Asthma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.

## “Calcium-Sandoz”

Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Período de amamentação, Crescimento) — Pneumonias — Diathese exsudativa — Estados tetanigenos — Dermatoses — Desequilíbrio do systema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

## Digilanide

Todas as insuficiencias cardiacas.

## Félamine

Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia).

## Gynergène

Atonia uterina — Menorrhagias — Tachycardia paroxistica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro dermatoses — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.

## Ipécopan

Tosse — Coqueluche — Bronchites.

## Lobéline

Asphyxias.

## Optalidon

Antineuralgico desprovido de toda acção entorpecente.

## Sandoptal

Insomnias.

## Scillarène

Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

### INFORMAÇÕES :

**BUREAU SCIENTIFIQUE**  
Rua da Alfandega, 201 - 2º — Tel. 24-4487  
RIO DE JANEIRO

### Concessionarios exclusivos

**Hugo Molinari & Cia. Ltda.**  
Rua da Alfandega, 201 — C. P. 161  
Rio de Janeiro

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES ci-devant SANDOZ-BALE (Suisse)

cundaria ás lesões ósseas primitivas. Ha uma hipertrofia compensadora, para satisfazer as necessidades do organismo em calcio. Basta, como no Raquítismo e na Osteomalacia, submeter os pacientes a um regime rico em calcio, vitamina D, raios ultra violetas, etc., para se assistir á regressão das lesões ósseas, e, consequentemente, o desaparecimento da hipertrofia glandular. Si fôsse verdadeira esta teoria, a ablação do tumor paratireoideu seria contraindicada por desnecessaria.

A Escola Americana se insurge contra a opinião daquêles que consideram a Osteite Fibrosa como uma afecção por carencia, tal como o Raquítismo e a Osteomalacia, porque jamais existirá a fibrose medular nas carencias calcicas, si se fornecer suficientemente vitamina D aos animais.

Segundo Comperé, patologicamente, todos os tumores relatados nos casos da sua estatística, foram classificados como adenoma ou quisto das glandulas paratireoideas; fisiologicamente, são verdadeiras hiperplasias. Recentemente, Sinton e Millot relataram uma observação com tumor maligno.

Finalmente, Braizew e Buttner admitem uma aberração funcional do mesenquima osteoblastico, encarregado de formar a medula óssea (Bastos).

Uma outra entidade patológica — a Neurofibromatose — é conhecida, ainda, pelo nome de Molestia de Recklinghausen. Os unicistas consideram a Neurofibromatose e a Osteite Fibrogeódica Generalizada como tendo a mesma etiologia. Em opposição estão os dualistas que admitem a independencia etiopatogenica, constituindo duas entidades clinicas diferentes.

As lesões ósseas manifestadas na Neurofibromatose têm sido estudadas por varios autores, entre êles Mac Crae e Osle, que as acharam em 7% dos doentes. Entre nós, Tomas Mariante e Pedro Maciel, estudaram um caso de Neurofibromatose com lesões da estrutura óssea, em um caso por mim observado no tempo em que era interno da Enfermaria Comendador Chaves Barcelos, do Hospital Santa Casa de Misericordia. Estes ultimos autores são partidarios da teoria dualista. Efetivamente, as experiencias feitas com o paratormonio Collip só têm dado como resultado manifestações ósseas, sem nenhum sinal de Neurofibromatose.

W. Boyd acha indesejavel a denominação de Molestia de Recklinghausen por trazer a confusão.

*Estudo clinico.* — Geralmente ha dôres, fragilidade e amolecimento ósseo, que explicam as deformidades e as fraturas patológicas. Ha formações quísticas e tumorais.

Além dêstes sintomas, que são os mais importantes, existem outros menos frequentes e característicos, e comparaveis aos obtidos, experimentalmente, pela injeção de paratormonio Collip. São os seguintes:

- a) hipotonia e fraqueza muscular;
- b) perturbações gastro-intestinais (náuseas, vomitos, anorexias, dôres abdominais);
- c) perturbações renais (polidipsia, poliuria, hematuria, calculóse e colica nefrética);

d) deposição anormal de sais de cálcio nos pulmões, estômago, rins e miocárdio;

e) amenorréia.

Nos casos avançados sobrevem a caquexia.

Raríssimas vezes se consegue palpar o tumor paratireoideu no pescoço. Mesmo pela autópsia, o tumor pôde passar despercebido si não se fizer uma pesquisa cuidadosa. Mais uma razão para que seja procurado pacientemente durante a operação cirúrgica, sob o risco de não ser encontrado.

*Estudo radiológico.* — As imagens radiográficas revelam uma rarefação óssea generalizada. A descalcificação se apresenta com a densidade óssea nitidamente diminuída. A cortical se apresenta adelgada, com zonas de reabsorção subperióstica nos ossos longos. O canal medular apresenta-se com um diâmetro aumentado. As imagens quísticas são frequentes, de forma e volume diversos. Notam-se, às vezes verdadeiros tumores ósseos. Os ossos são, muitas vezes, deformados.

*Estudo bioquímico.* — O estudo da calcemia e fosforemia é de grande importância, constituindo verdadeiros "tests" biológicos da afecção.

Ha uma hipercalcemia, variando entre 12 e 20 mgr. por 100 emc., podendo atingir a taxa de 23.6 mgr. (Normal: 9—11 mgr. por 100 emc. — Abel, Thomson, Hawksley).

O fosforo sanguíneo se apresenta com a taxa abaixada, entre 1.0 e 2.0 mgr. por 100 emc. (Normal: 2.5—3.5 mgr. por 100 emc. — Abel, Thomson, Hawksley).

A fosfatase do plasma é, algumas vezes, superior á 1 mgr. por 100 emc., quando a taxa normal é de 0.15.

A excreção do cálcio urinário é aumentada, na dieta ordinaria, seis a oito vezes mais que o normal. (Normal: 0.3 gr. nas 24 hs. — Abel, Thomson, Hawksley).

*Diagnostico.* — Geralmente o diagnostico da Osteite Fibrogeódica Generalizada é feito tardiamente, quando as lesões ósseas são intensas, com acentuadas deformidades esqueléticas e lesões renais importantes. Nessas condições o restabelecimento funcional não pôde ser alcançado, visto o Hiperparatireoidismo ter determinado alterações profundas da economia.

Um diagnostico precoce evita esses graves disturbios. O estudo do exame químico do cálcio e do fosforo inorganico no sangue, pôde não ser, segundo Ed. L. Compere, de um auxilio diagnostico significativo nos casos recentes de Osteose Paratireoideá. E' de grande importancia o doseamento do cálcio urinário durante as 24 hs. para a confirmação do diagnostico. Nas Osteites Fibrosas Generalizadas o balanço calcico é nitidamente positivo.

Chievitz e Olsen apresentaram um "test" funcional para o cálcio, verificando-se, nos casos de Osteose Paratireoideá, que a ingestão de cálcio não determinava um aumento na eliminação do cálcio urinário, mas havia um aumento quando se injetava endovenosamente o cloreto de cálcio. Este "test" indica uma absorção defeituosa ao nível dos intestinos, e uma capacidade do organismo diminuída para reter o cálcio.

Bourguignon, no II Congresso Anual dos Medicos Electro-Radio-

logistas de Língua Francesa (Bruxelas, julho—agosto 1935), chama a atenção do valor da cronaxia no diagnóstico diferencial da Osteíte Fibrogeódica Generalizada com a Molestia de Paget, em que, algumas vezes, a radiografia não permite resolver a situação. A cronaxia se acha diminuída, ao menos em alguns músculos, na Osteíte Fibrosa Generalizada. É muito sensível ao estado humoral, traduzindo com uma fidelidade notável o metabolismo do órgão, é um “est.” mais fiél que a análise química, mesmo a calcemia (Bourguignon). Entretanto, Compere é de opinião que não seja um “test” de hiperfunção paratireoidéa; outros estados acompanhados de fraqueza e debilidade física geral poderão ter uma cronaxia diminuída; uma simples fadiga em indivíduo normal pôde alterar os resultados da cronaxia.

*Diagnostico diferencial.* — O diagnóstico diferencial da Osteíte Fibrogeódica Generalizada se faz com as seguintes afecções:

a) *Osteíte Fibrogeódica Localizada*, em que um ou mais ossos podem ser atingidos por *alterações histológicas localizadas* semelhantes à forma generalizada. O resto do esqueleto apresenta uma estrutura normal. Ataca preferentemente as pessoas jovens, gozando aparente boa saúde. A calcemia e a fosforemia apresentam-se, invariavelmente, com as taxas normais. As radiografias mostram que, a não ser nas regiões afetadas, não ha rarefação dos ossos.

b) *Osteíte Deformante ou Molestia de Paget*, em que ha uma osteoporose generalizada, com acentuada reabsorção lacunar e aposição. A regeneração perióssea prepondera, entretanto, sobre a reabsorção, justamente o inverso do que acontece com a Molestia Óssea de Reeklinghausen. A calcemia e o fosforo inorganico no sangue são normais; a excreção do cálcio urinário está diminuída; na fase crônica, o balanço cálcico é nitidamente positivo. A fosfatase está constantemente elevada (Kay). As glandulas paratireoides não estão envolvidas, não ha evidencia de Hiperparatireoidismo. A cronaxia pôde encontrar-se normal ou levemente aumentada, nos músculos inseridos sobre os ossos doentes, conforme o processo estiver parado ou em evolução.

c) *Osteomalacia*, é uma fórmula do Raquitismo no adulto, devida à uma deficiente calcificação do tecido osteóide, em consequência duma inadequada dieta pobre em minerais e vitamina D, e dum máu regime higienico. A sua preferencia para o sexo feminino, reside, possivelmente, na influencia da gravidez e lactação, combinadas a uma vida sedentaria levada na casa. A calcemia está baixa (5.0 a 7.4 mgr. por 100 cme.), assim como a fosforemia. A tetania é comum.

Dos estudos de Wilder, Bauer e outros, resulta que a Osteomalacia no adulto, determinada por uma deficiência mineral e de vitamina D na dieta, é o equivalente do Raquitismo. E, o aumento das glandulas paratireoides, nesses casos, pôde ser, segundo Erdheim, uma hiperplasia compensadora, que regride uma vez submetidos os doentes a um regime recalcificante e rico em vitamina D, constituido por uma boa alimentação, administração de oleo de fígado de bacalhau, raios ultravioletas, ou ergosterol irradiado.

d) *Mielomatose hematógena*, é uma afecção neoplásica da medula óssea hemopoética, associada à proteinúria de Bence-Jones. Múltiplos

mielomas estão distribuídos pela medula vermelha, razão pela qual se localiza primitivamente nos ossos chatos. A destruição óssea determina uma hipercalcemia, mas a fosforemia se acha elevada em contradição á Molestia Óssea de Recklinghausen. As paratireóides pódem estar aumentadas de volume.

*Evolução e Prognostico.* — A Osteite Fibrogeódica Generalizada é uma afecção de evolução lenta, estabelecendo-se, nos casos avançados uma caquexia progressiva, que termina pela morte. Ombrédanne escreve, a este respeito, o seguinte: “A Molestia de Recklinghausen, diz-se, é debilitante. E’ exáto? E’ certo que os individuos atacados desta afecção se caquetizam progressivamente e mórrem ao cabo dum tempo variavel. Mas de que mórrem eles? Sucumbem á uma molestia inter-corrente, mórrem duma broncopneumonia, mórrem de uremia, mórrem duma afecção entre a qual não se chegou a estabelecer uma relação directa com a degeneração óssea quística. Desde então, não se poderia pensar que é *porque* se trata de pessoas profundamente infectadas ou profundamente intoxicadas, ou postas em estado de inferioridade organica por uma insuficiencia poliglandular, não se poderia pensar que é *porque* são debilitados, que fazem precisamente esta distrofia óssea de focos multiplos, e não ha um pesado engano quando se diz “a distrofia de focos multiplos é uma afecção progressiva, se terminando pela morte”?

Mas, o prognostico da Molestia Óssea de Recklinghausen sofreu uma modificação total pela intervenção cirurgica.

*Tratamento.* — Uma vez que ficou estabelecida a origem da Osteite Fibrogeódica Generalizada, uma nova via se abriu ao capitulo do seu tratamento. Os processos empregados são em numero de tres, a saber:

- a) *Ligadura da arteria tireoidéa.*
- b) *Roentgenerapia das paratireóides.*
- c) *Ablação do tumor paratireoiden.*

*Ligadura da arteria tireoidéa.* — Os ultimos estudos sobre a vascularização das glandulas paratireóides, vieram demonstrar, contrariamente á concepção classica, que não obedece ao tipo terminal. Efetivamente, ha diversas anastomóses esofagianas, e multiplas arterias paratireoidéas, que nascem dum ramo da tireoidéa em um ponto relativamente afastado do seu tronco, mas o suficiente para que se pódessa restabelecer uma circulação secundaria, após a sua ligadura. Por mais sedutora que seja esta terapeutica, a sua eficiencia é, realmente, duvidosa.

*Roentgenerapia.* — A radioterapia profunda das paratireóides tem dado, nas mãos de alguns experimentadores, algum resultado. As experiencias têm evidenciado que a função dessas glandulas não é prejudicada. E’ um método inculento de destruição dos adenomas paratireoides. Compere obteve em 10 casos 4 melhóras. Entretanto, é necessario um maior numero de observações, para se tirar conclusões decisivas dos resultados conseguidos pela applicação de tal processo.

*Ablação do tumor paratireoiden.* — Qualquer que seja a natureza do tumor determinante da Osteite Fibrogeódica Generalizada, a sua ablação cirurgica tem dado resultados admiraveis, tornando-se, dest’arte, o método de escolha. Para a sua realização é preciso, entretanto,

uma série de cuidados e de conhecimentos anatómicos da região, de importância decisiva para o bom exito da intervenção.

Tratamento préoperatório. — O paciente deve permanecer em completo repouso, durante algum tempo, antes da operação, evitando todo e qualquer esforço que traga a fadiga, ou que pôssa por um movimento intempestivo acarretar uma fratura patológica. A alimentação deve ser rica em calcio e fosfatos.

Operação. — Incisão de Kocher, partindo do bordo interno do musculo esterno-cleido-mastoideu dum lado a outro, e dois dedos acima da furcula esternal. Dissecção dos retalhos cutaneos e da aponevróse superficial. Os musculos subiodeus são afastados lateralmente, ou seccionados transversalmente entre duas pinças, afim de dar a maior exposição possível da região, depois de terem sido rebatidos para cima e para baixo os respectivos retalhos musculares. O fascia tireoideu é incisado, permitindo a dissecção do lobo tireoideu, cujo bordo é revirado para a linha mediana, iniciando-se, então, a pesquisa das paratireóides.

As paratireóides são, geralmente, em numero de 4, duas de cada lado, guardando certa simetria, de posição, volume e forma. São de forma ovalada e achatada, de côr castanha, possuindo um hilo por onde passa a arteria paratireoidéa. A paratireóide superior se acha ao nivel do pólo superior da tireóide, em relação com a arteria tireoidéa superior, entre o fascia e a capsula da glandula tireóide. A paratireóide inferior encontra-se ao nivel do pólo inferior da tireóide, em relação com a arteria tireoidéa inferior, podendo assumir duas posições diferentes: ora, ocupa a face anterior do fascia tireoideu, porém abaixo da arteria tireoidéa inferior, ora, ao contrario, jáz junto á face posterior do fascia tireoideu, mas acima da arteria tireoidéa inferior. Nesta ultima circunstancia, o fascia deve ser incisado para se chegar á glandula paratireoidéa.

A paratireóide superior tem uma posição fixa, geralmente em relação com a cartilagem cricoide, o mesmo não acontece com a inferior de localização variada. Quando se encontra adiante do fascia tireoideu, o seu desenvolvimento se faz para baixo, vindo colocar-se atraz do esterno. Quando, porém, se desenvolve atraz do fascia, o tumor passa para traz e para baixo do esofago, imediatamente adiante das primeiras vertebbras dorsais.

Estas são as posições das glandulas paratireóides externas, as mais importantes e as mais frequentes, em opposição ás internas, chamadas aberrantes ou acessórias. Pódem essas ultimas ser procuradas na área branquial, no interior do timo e no interior da glandula tireóide, neste ultimo caso de difficil reconhecimento, que só poderá ser resolvido pelo exame histológico.

Compreende-se, assim, a necessidade dum exame metódico da região rétroesternal e rétroesofagiana, assim como das zonas possivelmente ocupadas pelas paratireóides aberrantes.

E' preciso antes de mais nada acentuar um facto conhecido, porém essencial, e de importancia capital na técnica operatória: *a fragilidade do sistema paratireoideu.*

O exame histológico das glandulas paratireóides, extirpadas com

habilidade e dorura, revelaram lesões hemorrágicas de origem traumática. Segundo L. Bérard, H. Thiers, e M. Henry (Lyon), "desta fragilidade, decórrrem duas consequências:

1.º Salvo indicação especial — isto é, na ausencia de sinais podendo fazer admitir como verosímil um adenoma paratireoideu — não utilizar senão a exploração e a ablação unilaterais e rejeitar, sistematicamente, uma exploração dos dous lados mesmo com ablação unilateral, afim de não se expôr ás temíveis consequências das lesões traumáticas involuntárias da totalidade do sistema paratireoideu (tetania mortal).

2.º As lesões traumáticas desconhecidas explicam talvez os resultados favoráveis duma intervenção onde o operador não conseguiu retirar as glandulas."

Após a extirpação do tumor, os musculos são suturados, a cavidade drenada com um tubo de borracha, e os tegumentos suturados.

Tratamento postoperatório. — E' preciso vigiar cuidadosamente o aparecimento duma possível tetania postoperatória, de desfecho, ás vezes, fatal.

Como sinais prodrómicos dum ataque de tetania, tem-se: hipocalcemia (6 mgr. por 100 cc), sinais de hiperexcitabilidade dos nervos perifericos, com retezamento ou formigamento dos membros, contraturas espasmódicas dos pés e das mãos (mão de parteiro), e nos casos extremos são atingidos os musculos do tronco, pescoço e face.

O sinal de Chvostek (contratura dos musculos da face por irritação mecânica do nervo facial) e o sinal de Trousseau (contratura da mão pela aplicação dum garrote no braço) são de grande ajuda no diagnostico de tetania latente. A calcemia deve ser averiguada seguidamente.

Como tratamento preventivo duma tal complicação se deve continuar, tão cedo quanto possível após a operação, a alimentação rica em calcio associada á ingestão de doses grandes de lactato de calcio (30-60 grs. 3 vezes ao dia).

Na menor suspeita do irrompimento da tetania, aplicar injeções intramusculares de gluconato de calcio (10 cc. duma solução a 10 por 100), injeções endovenosas de cloreto de calcio (10 cc. duma solução a 5 por 100), ou levulinato de calcio (10 cc. duma solução a 10 por 100). No caso desta terapeutica não corresponder ao seu fim, deve ser instituído o uso do paratormonio, em injeções intramusculares, na dose de 30 unidades, 3 vezes ao dia. O ergosterol irradiado e os raios ultravioletas auxiliam muito a deposição do calcio nos ossos.

No caso de não ser encontrado o tumor, ou em que a intervenção é contraindicada, este ultimo tratamento deve ser prescrito para se obter o aumento da densidade óssea.

*Resultados.* — A ablação cirurgica das paratireóides veiu modificar totalmente o prognostico da Osteite Fibrogeódica Generalizada.

A mortalidade operatória não parece ser elevada, apesar de se ter verificado muitos casos de morte por tetania.

A extirpação do tumor faz desaparecer imediatamente a d!r, rapidamente a polidipsia, poliuria, perturbações gastrointestinais. O esta-

do geral melhora. Os quistos e os tumores diminuem de volume. O teor do calcio e do fosforo torna-se normal.

Resta salientar, contudo, que a melhora sintomatica é mais accentuada que a melhora radiológica.

### OBSERVAÇÃO

Nos primeiros dias de Agosto de 1934, fui chamado, por indicação dum colega, para ver uma doente que se achava recolhida no Hospital Alemão ha varios menses.

A. P. de 32 anos, sexo feminino, branca, casada, judia russa, de profissão domestica, ajudando o marido no armazem de secos e molhados quando lhe sobrava tempo.

*Antecedentes hereditarios e familiares.* — Pai morto, mãe sófre de asma. Tios fortes, uma tia sófre de asma. Irmão goza saude. Tem um filho de 7 anos de idade, relativamente forte. Marido de compleição forte, sófrendo, entretanto, ha varios anos dos rins (litiase renal?).

*Antecedentes morbidos pessoais.* — Sempre gozou boa saude. Teve, na sua primeira infancia, sarampo. Ha 12 anos passados sófreu uma crise de apendicite aguda. Foi menstruada na idade de 14 anos; catamenio irregular, dura 4 dias, sentindo fortes dores, no baixo ventre, no dia do seu aparecimento. Não fuma. Não faz uso exagerado do alcool.

*Historico da molestia atual.* — Veiu da Russia ha 9 anos. Ha 4 anos, sentindo-se indisposta, caiu, lesando o braço esquerdo (fratura ou luxação?), e batendo com força na perna direita. Um ano depois o membro inferior direito claudicava, sentindo dor na anca direita durante a marcha, assim como apareceu um pequeno tumor ao nivel do terço médio da perna direita, do tamanho duma moeda de 200 réis; puncionado, deu um liquido amarelo; a radiografia da tibia revelou uma mancha (sic). Foi-lhe aconselhada por um competente cirurgião a amputação, que não foi aceita pela paciente. Limitou-se, um outro médico, entretanto, a intervir com uma simples curetagem do tumor ósseo. Cicatrização difficil e prolongada, resultando uma fistula que levou menses para desaparecer, empregando-se banhos de sól, ultra-violeta e estadia numa praia de mar. Depois da cicatrização ainda caminhava claudicando.

Ha 3 anos, subindo ao bonde, sófreu um leve traumatismo diréto sobre a clavícula direita com o cotovelo duma senhora, determinando a sua fratura. Consolidação rapida, sobrevindo um calo ósseo volumoso, progressivamente crescente, até atingir o tamanho dum ovo de peru; de 1 ano para cá estacionou.

Ha 2 anos, sófreu uma queda, resultando uma fratura do cólo do femur direito, sendo imobilizada num grande aparelho gessado durante seis semanas. Ao cabo de 2 menses começou a caminhar com um aparelho inamovivel, que o usou durante 11 menses.

Ha 10 menses, mais ou menos, já caminhando sem aparelho, porém sentindo ainda dores, por ocasião de subir ao automovel deu um mau jeito (sic) no membro inferior direito, fraturando a diafise femural do mesmo lado. Imobilização em aparelho gessado durante 2 menses. Ao cabo de 4 menses já caminhava com aparelho amovivel, quando torceu o

joelho direito, submetendo-se, novamente, a uma imobilização em aparelho gessado durante 7 semanas. Veio, então, a fase da reeducação da marcha, notando nessa ocasião a existência dum pequeno tumor, localizado ao nível da face antero-interna do terço médio da perna esquerda, séde de dôres que sentia ha 2 anos, mas que se exacerbaram quando reiniciou a marcha.

*Exame físico.* — A paciente achava-se na posição de decubito dorsal, queixando-se de dôres generalizadas pelo corpo todo, mais acentuadas, contudo, na côxa direita, na perna esquerda e na base do hemitorax direito. Era com dificuldade que passava desta posição para a de sentada. Mostrava-se abatida moralmente pelo fracasso da terapeutica instituida pelos medicos que me antecederam. Respondia com solicitude ás perguntas que lhe eram dirigidas.

Tipo mesostenico.

Mucosas visiveis levemente descoradas.

Paniculo adiposo regular.

Musculatura levemente hipotonica.

Sistema ganglionar normal.

Esqueleto ósseo.

a) Membros superiores normais.

b) Membros inferiores. — 1) Em virtude das multiplas fraturas sofridas pelo femur direito, a côxa se achava envolvida por um aparelho amovivel de celuloide, que lhe dava uma certa imobilidade, atenuando, dest'arte, a dôr que sobrevinha por ocasião dos movimentos provocados; impotencia funcional; leve atrofia muscular; dôr provocada pela pressão ao nível das fraturas.

2) Joelho direito em leve genu-valgum, e a flexão se achava grandemente reduzida.

3) Perna direita: observa-se na união do terço superior com o terço medio uma cicatriz linear de 11 cms., mais ou menos, resultante da curetagem do tumor ósseo.

O membro inferior direito apresenta-se com um encurtamento de 6 cms. comparado ao lado esquerdo.

4) Perna esquerda: percebe-se ao nível do terço médio da face antero-interna um pequeno tumor arredondado, do tamanho duma moeda de 200 réis, coberto por uma péle normal, pouco distendida, mas perfeitamente deslisavel, e séde de dôres lancinantes, mórmente quando despertadas pela apalpação, sentindo-se e ouvindo-se um ruído de crepitação semelhante ao de pergaminho; foi feita, facilmente, uma punção com agulha de pequeno diametro, retirando-se pequena quantidade dum liquido citrino e um pouco gomoso, que lhe deu, posteriormente, um grande alivio, não mais sentindo, desde então, as mesmas dôres, que, aliás, foram diminuindo até desaparecerem de todo.

5) Clavicula direita: nota-se ao nível do terço médio um tumor oblongo, com as seguintes dimensões: 11 cms. x 8 cms. x 6 cms.; é de consistencia dura, imóvel, indolor, péle não aderente; o seu crescimento foi rapido em poucos mêses, estacionando logo depois no tamanho que ora apresenta.

6) Costelas: na base do hemitorax direito, a paciente se queixava de dôres localizadas sobre varias das ultimas costelas.

Aparelhos circulatório e respiratório, sistema nervoso: nada de anormal foi verificado.

Aparelho digestivo: bôca em lamentavel estado de descuido, praticamente não existe um dente são, notam-se caries de todos os gráus e tipos; prisão de ventre.

Aparelho urinário: o exame somatico nada revelou de importante, porém, o exame comum das urinas deu o seguinte resultado:

Volume remetido: 100,0.

Côr: matiz amarelo palído.

Aspecto: turvo.

Superfície: pouco espumosa.

Cheiro: amoniacal.

Consistênciã: fluida.

Reaçãõ: alcalina — pH. 7,4.

Densidade a + 15°: 1009,9.

Deposito: abundante, flocofo e esbranquiçãdo.

#### Elementos patolôgicos

Albumina verdadeira: traços leves.

Piina: sim.

Sangue: traços leves.

Hemoglobina: sim.

Bile — pigmentos biliares: traços leves.

Acidos biliares: idem.

#### Sedimentos

Quantidade: abundante. Côr: esbranquiçada. Aspecto: flocofo. Varios granulos de urato de sodio. Regular quantidade de piocitos. Algumas celulas epiteliaís pavimentosas. Diversos globulos vermelhos. Elementos microbianos: alguns. (Inst. Pereira F.<sup>o</sup> — 17 agosto 1934).

*Exames laboratoriais.* — Foram requisitados diversos exames laboratoriais.

As reações de Wassermann, Hecht, Meinicke e Kahn no sangue deram um resultado negativo. (I. Pereira F.<sup>o</sup>, 17 agosto 1934).

Doseamento dos sais de calcio: 12 mgr. 5% (9 a 12 mgr.) normal.

Doseamento do fosforo inorganico: 3 mgr. % (3,5 a 4,0). (I. Pereira F.<sup>o</sup>, 20 agosto 1934).

*Exames radiolôgicos.* — Já tinham sido tiradas varias radiografias quando vi a paciente pela primeira vez. Assim mesmo, solicitei outras para melhor estudo, e o exame das mesmas radiografias é melhor que qualquer descriçãõ. Em resumo, notam-se os seguintes elementos: descalcificaçãõ intensa (osteoporôse) generalizada, a espessura da cortical reduzida a proporções mínimas, o canal medular aumentado de largura, formações quísticas e tumorais, deformaçãõ óssea.

*Diagnostico.* — Diante dos sinais clinicos e radiolôgicos, e de uma leve hipercalcemia, assentei o diagnostico de *Osteite Fibrogeódica Generalizada ou Molestia Óssea de Recklinghausen.*

*Tratamento.* — Não querendo em hipotese alguma se submeter á intervençãõ cirurgica, que seria a da paratireodectomia ou ablaçãõ do ade-

noma paratireoideu, conforme se verá mais adiante, indiquei a radioterapia profunda das paratireoides, não só como tratamento de prova, pois foram verificados casos de melhora e até de cura, como para ganhar tempo, e, no caso do fracasso dessa terapeutica, influir mais decisivamente no animo da paciente para que concorde na operação cirurgica.

Simultaneamente foi instituido um regime dietetico, rico em calcio, fosforo e vitaminas. Foi-lhe prescrito injeções intramusculares de Calcio Ostelin Coloidal diariamente, e por via oral Emultona fosforada, Raios U. V. e Gluconia.

*Evolução.* — Feita a ultima das cinco irradiações, a paciente ainda se demorou quinze dias no Hospital, retirando-se depois para a sua casa, onde a via regularmente até uma certa época.

Continuou por alguns meses o regime dietetico-terapeutico instituido por mim, para em seguida relaxá-lo. Varias das minhas solicitações para pesquisas de laboratório eram respondidas pela negativa, alegando falta de recursos. Assim é que a dosagem do calcio e fosforo no sangue e na urina, o estabelecimento do balanço calcico de grande importancia diagnostica e prognostica, não foram efetuados, como era do meu desejo.

Entretanto, o estado geral da paciente melhorava. Restabelecia-se, gradativamente, a confiança e a esperança de, em breve, se restabelecer completamente da molestia que sofria ha varios anos.

Aos poucos e com muito cuidado, para se evitar uma fratura do maxilar, foram retirados por um dentista os multiplos dentes cariados, restando, ainda, pouquissimos dèles.

Comprou uma cadeira de rodas, que maneja facilmente e na qual permanece grande parte do dia, dirigindo os trabalhos da casa.

Ha varios meses que rompeu o regime dietetico-medicamentoso instituido, limitando-se ao uso da Uroformina Giffoni, por causa da albuminuria e regular bacteriuria.

Finalmente, consegui que se fizesse um exame radiologico do esqueleto um ano e meio depois da irradiação, em que se pôde ver o estado dos ossos, comparando-os com os do periodo em que não tinha sido a paciente submetida ainda á roentgenterapia profunda. Nota-se, além da descalcificação, cortical de espessura reduzida, canal medular aumentado, formações tumorais e quísticas, um tumor ao nivel da porção superior do terço medio do femur direito (fratura varias vezes) semelhante ao da clavícula direita, e que não é senão um calo ósseo quístico e soprado (cal osseux soufflé), que não existia anteriormente. Contudo, os movimentos do membro inferior direito melhoraram consideravelmente, podendo fazer a flexão, voluntariamente, da côxa sobre a anca num raio de 45° mais ou menos. São possiveis todos os movimentos passivos.

Praticamente, não se queixa mais de dôr.

O tumor da perna esquerda diminuiu consideravelmente, restando apenas, uma pequenissima elevação, em que á apalpação dá a impressão de ser constituída por uma parede óssea de regular espessura, pois não existe mais a crepitação e nem a dôr.

O ultimo exame das urinas não revela nada de anormal.

O sistema circulatório, acha-se, entretanto, atacado. Ha um sopro

## PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER  
PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

# PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo escrupulo e escoreito de impurezas;  
Por dever a sua composição a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

**PHOSPHORO**  
**CALCIO**  
**iodo:**

- Por ser absolutamente isento de alcool;
- Por não produzir iodismo;
- Por não conter fluoretos (desealcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18%);
- Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;
- Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e
- Por ser um TONICO PERFEITO na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Eserophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

—o—

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.

**IODOBISMAN**  
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

**TROPHOLIPAN**  
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHALMOGRICO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

**PIO. MIRANDA & CIA. LTDA**  
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523  
RIO

# **Neuro Fosfato Eskay na Maternidade**

A gravidez e a delivrance occasionam um serio exgotamento do organismo das parturientes e acarretam perda das reservas de calcio. A insufficiencia de calcio traz quasi sempre como consequencia, não só o rachitismo e a deficiente formação dental da criança, como caries dentaes nas mães.

O NEURO FOSFATO ESKAY administra ao organismo calcio e phosphoro em sua forma mais analogá á que existe no systema nervoso. É de comprovado valor para resarcir a perda de calcio e levantar as forças, o animo e as energias das parturientes após a delivrance. Doses continuas não produzem transtornos gastricos, e o seu sabor agradavel faz com que a parturiente o tome sem relutancia.

Receite-o com confiança. Vende-se em todas as principaes pharmacias do paiz.

Uma folha de recetuario ou cartão pessoal do medico (em ultimo caso uma tarjeta postal), mostrando o seu actual endereço, trar-lhe-ha um frasco gratis deste producto. Aos estudantes de medicina que desejarem amostras, roga-se-lhes de mencionarem o facto de serem estudantes e o anno que doutoram. Envie o seu pedido promptamente ao:

**Dr. Raul de Araujo — Rua General Argollo, 153**

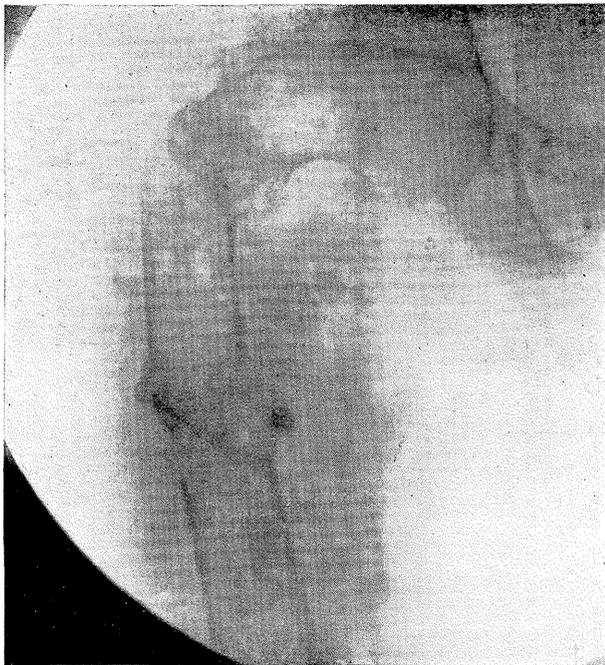
**Rio de Janeiro**



Rad. n.º 1

Femur D. (antes da radioterapia das paratireoides)

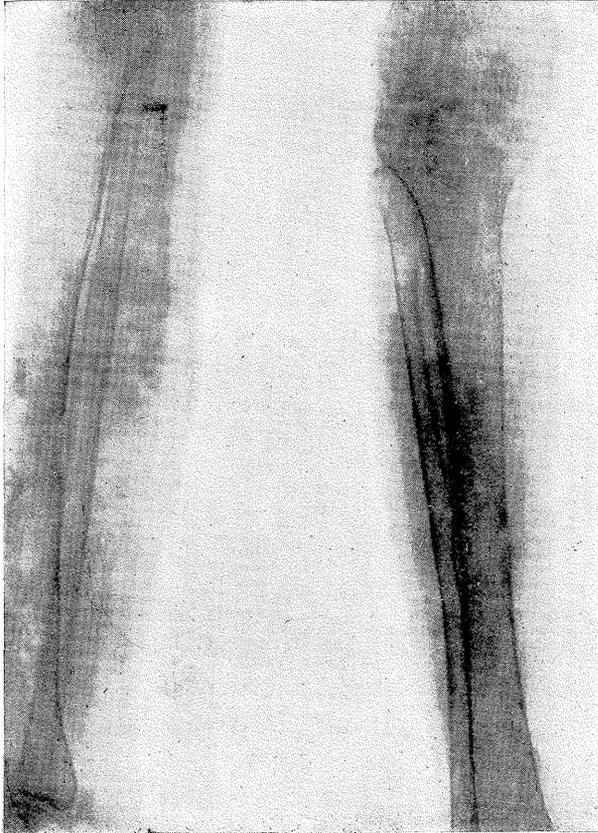
18 — 11 — 33.



Rad. n.º 2

Femur D. (antes da radioterapia das paratireoides)

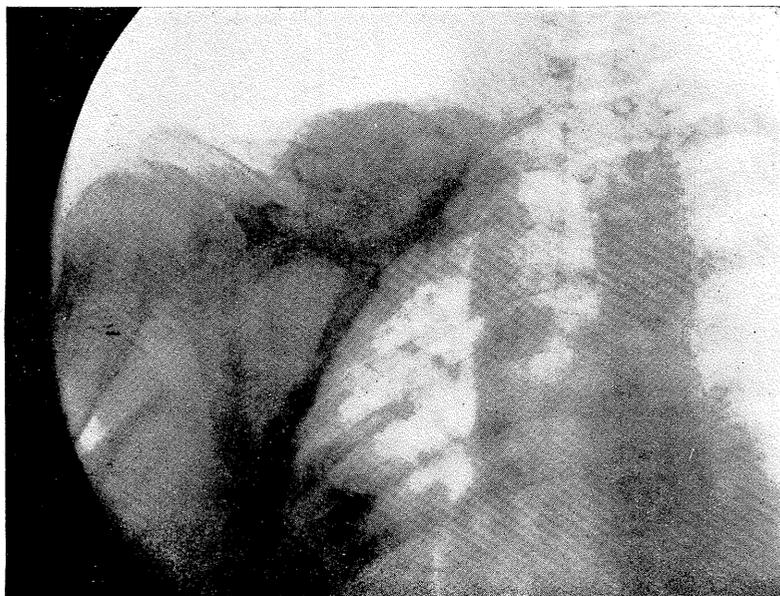
14 — 6 — 34



Rad. n.º 3

Tibia e peroneo do lado D.  
(antes da radioterapia das paratireoides)

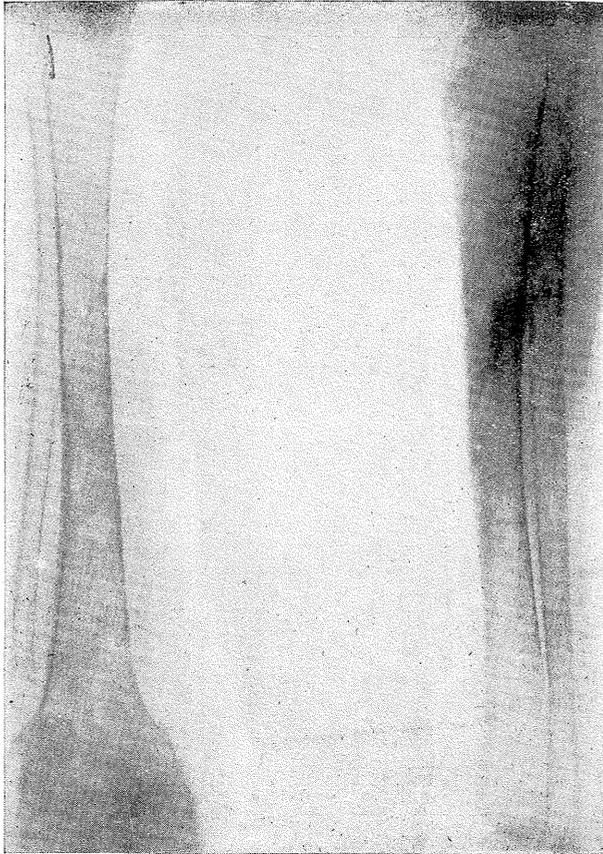
14 — 8 — 34



Rad. n.º 4

Hemitorax e clavícula do lado D.  
(antes de radioterapia das paratireóides)

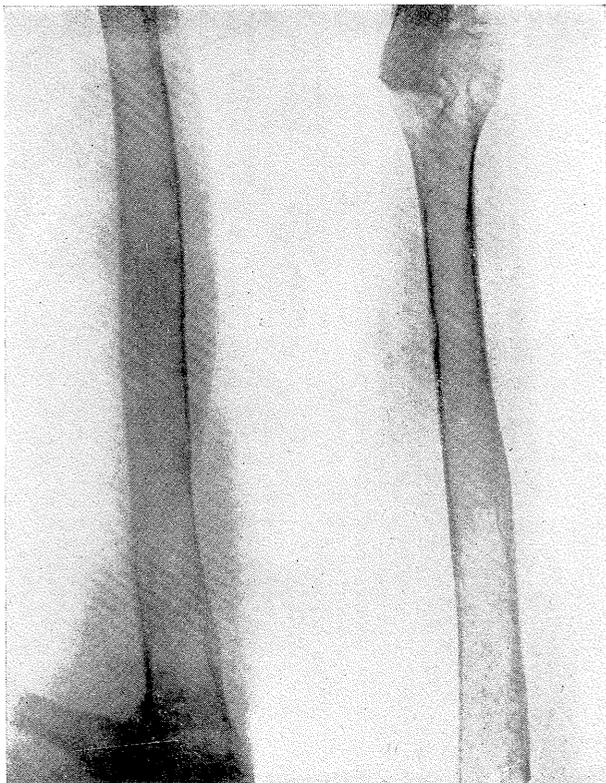
16 — 8 — 34



Rad. n° 5

Tibia e peroneo do lado E.  
(antes da radioterapia das paratireoides)

21 — 8 — 34



Rad. n.º 6

Umero E. (antes da radioterapia das paratireoides)

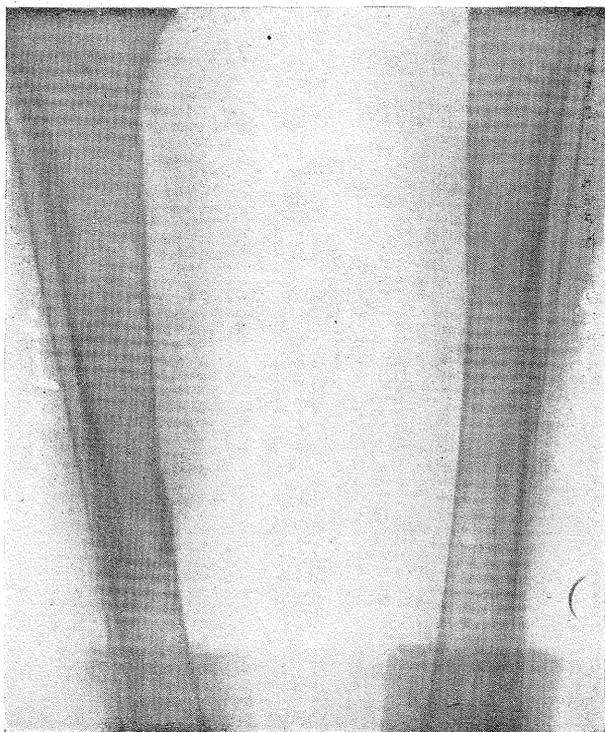
21 — 8 — 34



Rad. n.º 7

Femur D. Confronte com as rads. n.ºs 1 e 2 — Formação dum  
côlo quístico (depois da radioterapia das paratireoides)

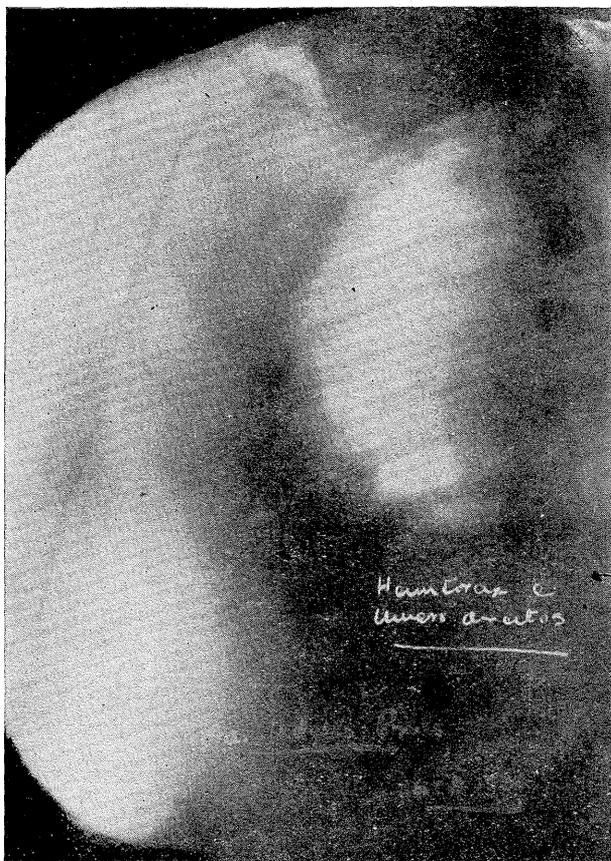
6 — 3 — 36



Rad. n.º 8

Tibia e peroneo do lado D. Confronte com a rad n.º 3  
(depois da radioterapia das paratireoides)

6 — 3 — 36



Rad. n.º 9

Hemitorax e umero do lado D.  
(depois da radioterapia das paratireoides)

6 — 3 — 36



Rad. n.º 10

Clavicula D. (depois da radioterapia das paratireoides)

6 — 3 — 36

sistólico no fôco aortico. Batimentos de vasos visíveis na furcula esternal. Pulso com 110 a 115 batimentos por minuto.

Mais ou menos na mesma época em que fôra radiografada, o doseamento do calcio e fosforo no sangue foi efetuado, obtendo-se o seguinte resultado:

Calcio .....	15 mgr. 20%
Fosforo mineral .....	6 mgr. 25%
Fosforo organico .....	1 mgr. 68% (Laboratorio Geyer,
Fosforo total .....	7 mgr. 93% 25. 3. 1936).

Julgando a taxa alta do fosforo mineral como proveniente duma troca de valores com o fosforo organico, que se encontra baixo por sua vez, fazendo prevalecer esta hipotese dum provavel engano, solicitei um novo doseamento, algum tempo depois, ao mesmo laboratorio. Resultado:

Fosforo mineral .....	6 mgr. 18%
Fosforo organico .....	1 mgr. 91%
Fosforo total .....	8 mgr. 09%

E' de se estranhar este resultado, porquanto o fosforo mineral é que deveria estar com a taxa abaixada. Infelizmente, por varias circunstancias, não me foi possivel tirar a limpo esta questão, repetindo os exames laboratoriais para melhor controle.

*Resumindo.* — Trata-se dum caso de Osteite Fibrogeódica Generalizada, submetido a um tratamento pela Roentgenterapia profunda das paratireóides. A melhora geral é notavel, verificando-se o desaparecimento das dôres, consolidação das fraturas, retorno gradativo das funções do membro inferior direito, o desaparecimento do tumor ósseo (geodo) da tibia esquerda, restabelecimento da função renal, etc. Entretanto, o estudo radiografico mostra as mesmas lesões estruturais dos óssos, com o aparecimento dum cálo ósseo soprado do femur direito, semelhante ao da clavícula, e que não existia antes da Roentgenterapia. Os exames bioquimicos revelaram um aumento da calcemia em relação ao primeiro doseamento, conseqüente á maior mobilização calcica dos óssos; a dosagem do fosforo sanguineo coloca-nos na duvida, entretanto ha uma baixa do fosforo organico.

#### BIBLIOGRAFIA

- Osteite fibroquística.** — J. Andrieu. — Le Monde Médical, 46° ano, n.º 879, março 1936, pg. 421.
- Molestia óssea de Recklinghausen.** — J. Andrieu. — Le Monde Médical, 45.º ano, n.º 861, março 1935, pg. 426.
- Neurofibromatose ou Molestia de Recklinghausen.** — Eurico Branco Ribeiro. — Revista Medica Latino Americana, ano XXI, n.º 242, nov.º 1935, pg. 154.
- Osteodistrofia fibrosa.** Osteites fibroquísticas in Tratado de Patologia Quirurgica Generale, Manuel Bastos. — Edição Labor, 1932, pg. 638.
- Distrofias ósseas massiças.** Quistos dos óssos in Précis Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile. L. Ombrédanne. Edição Masson & Cie., 1932, pg. 136.
- Estudo sintético do hiperparatireoidismo experimental.** — Pergola. — La Presse Médicale, n.º 70, 2 set.º 1933, pg. 1966.
- Cirurgia das paratireoides** — I Hipoparatireoidismo. — Welti (Paris). — II Hiperparatireoidismo. Yeung. — XLII Congresso da Associação Francesa de Cirurgia (Paris, 9—14 out.º 1933). — La Presse Médicale, n.º 82, 14 out.º 1933, pg. 1589.

- Hiperparatireoidia e osteite fibroquística generalizada.** — A. Ravina e Simone Lyon. — *La Presse Médicale*, n.º 50, 23 junho 1934, pg. 1022.
- Contribuição ao estudo da osteose fibroquística de origem paratireoideia.** — Aníbal S. Introzzi. — *La Semana Médica*, ano XLI, n.º 22, 31 maio 1934, pg. 1641.
- Adenoma das paratireoides associado á uma osteite fibrosa generalizada.** — S. C. Dyke, Milnes Walker, E. Freeman. — *The Lancet*, 2 set.º 1933, pg. 531.
- Osteite fibrosa generalizada.** — A. Lawrence Abel, George Thomson, L. M. Hawksley. — *The Lancet*, 2 set.º 1933, pg. 525.
- Osteite fibrosa e hiperparatireoidismo.** A proposito de dois casos operados. — J. Valls, Carlos E. Ottolenghi e Julio C. Laseano Gonzalez. — *Revista de Ortopedia y Traumatología*, ano V, n.º 2, out.º 1935, pg. 91.
- Molestia óssea de Recklinghausen e adenoma rétroesternal.** — Maurice Renaud, Pétit Maire e Mlle. Fayot. — *La Presse Médicale*, n.º 53, 2 julho 1932, pg. 1037.
- Pesquisa sobre a natureza da esclerodermia. As traduções tecelares do hiperparatireoidismo.** — R. Lériche e A. Young. — *La Presse Médicale*, n.º 70, 31 agosto 1935, pg. 1361.
- Paratireoidectomia e reumatismos crônicos (esquemas).** — L. Bérard, H. Thiers, e M. Henry (Lyon). — *La Presse Médicale*, n.º 49, 19 junho 1935, pg. 977.
- Operações sobre a região das paratireóides e reumatismo deformante.** — René Simon e Joseph Weill. — *La Presse Médicale*, n.º 22, 16 março 1932, pg. 412.
- A influência da tireóide e da paratireóide sobre o esqueleto.** — Comunicação ao II Congresso Anual dos Médicos Electro-Radiologistas de Língua Franceza, Bruxelas, julho—agosto 1935. G. Ceryn (Bruxelas). — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo 20, n.º 3, março 1936, pg. 123, 9 figs.
- A cirurgia das paratireóides.** — Jacé Carneiro Monteiro. — *Arquivos Rio Grandenses de Medicina*, ano XV, n.º 1, jan.º 1936, pg. 3.
- O futuro e a significação da cirurgia das paratireóides.** — René Lériche. — *La Presse Médicale*, n.º 58, 20 julho 1932, pg. 1133.
- Ablação dum tumor paratireoideu numa osteopatia fibrocística.** — Lewellys F. Barker, Baltimore. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XVI, n.º 2, abril 1934, pg. 435.
- Dois anos de observações clínicas, radiológicas e biológicas num caso de osteodistrofia fibrosa generalizada, após paratireoidectomia.** — Bruno Paggi. — *El Día Médico*, ano VII, n.º 57, 2 set.º 1935, pg. 1251.
- Tumores da paratireóide e patologia óssea associada.** *Transactions of the Philadelphia Academy of Surgery*. — Thomas A. Shallow. — *Annals of Surgery*, vol. 101, n.º 5, maio 1935, pg. 1275.
- A paratireoidectomia unilateral no tratamento da poliartrite anquilosante.** — V. Babonk (Minsk). — *Vestnik Chirurgie*, t. 38, nos. 108—109, pg. 104.
- Hiperparatireoidia e lesões renais.** (*Comptes rendus de l'Association Américaine des Urologues*, vol. 27, 1934, pg. 195). — F. Albright e E. Bloomberg. — *Journal de Chirurgie*, t. 47, n.º 2, fev.º 1936, pg. 285.
- Sobre as osteodistrofias.** Contribuição clínica, anatomo-patológica e experimental. — G. Castiglioni (Milão). — *Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia*, vol. 3, n.º 11, sessão de 26 de maio de 1935, pg. 1169, 58 figs.
- Osteite fibrosa generalizada e adenoma paratireoideu.** — K. Ross (Geelong). — *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, n.º 4, abril 1935, pg. 411, 8 figs.
- Sobre a paratireoidectomia.** — Bondani (Bolonha). — *La Riforma Médica*, ano 51, n.º 7, 16 fev.º 1935, pg. 255.
- Sobre o comportamento da calcemia e da glicemia, e sobre as alterações histológicas das paratireóides, após ligadura das arterias tireoideas.** — Pesquisas experimentais. — F. Placeo e M. Bogetti (Tarim). — *Bolletino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia*, vol. 5, n.º 12, sessão de 22 de junho de 1935, pg. 843, 7 figs.
- Hiperparatireoidismo; diagnostico clinico e técnica operatória da paratireoidectomia.** — Fr. H. Lahey e G. E. Haggart (Boston). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 60, n.º 6, junho 1935, pg. 1033, 32 figs.

- Dois anos de observações clínicas, radiológicas e biológicas em um caso de osteodistrofia fibrosa generalizada de Frugoni e Alessandri. — Poggi (Roma). — Il Policlinico (Sezioni pratica), ano 41, n.º 41, 15 de out.º de 1934, pg. 1604.
- Um caso de osteíte fibrosa generalizada, tratado por ablação dum tumor paratireoideu. — A. Sorensen (Tarm). — Acta Chirurgica Scandinavica, vol. 74, fase. 6 maio de 1934, pg. 485.
- Molestia óssea de Paget e molestia óssea de Recklinghausen. — A. Vigano. — Archivio di Ortopedia, vol. 50, fase. 4, 31 dez.º 1934, pg. 917.
- A Molestia de Recklinghausen (osteóse paratireoideá). — L. Courty (Lille). — Revue de Chirurgie, ano 54, n.º 3, março 1935, pg. 182, 5 figs.
- Fisiologia das glandulas paratireoides. Complicações renais do hiperparatireoidismo. — F. Albright, P. C. Baird, O. Cope e E. Blomberg — The American Journal of Medical Sciences, vol. 187, n.º 1, jan.º 1934, n.º 742, pg. 49.
- Paratireoidectomia por monoosteóse. — Castiglioni. — Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. 2, n.º 15, sessão de 15 de julho de 1934, pg. 1285, 4 figs.
- Hiperparatireoidismo. A cirurgia em sua ação corretora sobre o hiperparatireoidismo. — O. Copello. — La Semana Medica, ano 40, 21 dez.º 1933, pg. 1976, 14 figs.
- Adenoma paratireoideu. Osteodistrofia. — M. Geroulanos (Atenas). — Helliniki Iatriki, ano 9, n.º 1, jan.º 1935, pg. 1, 8 figs.
- Osteodistrofia fibrocística generalizada por paratormonio. — Benedetto Austoni (Milão). — Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 38, fase. 3, nov.º 1934, pg. 495, 15 figs.
- Prognostico clinico da "osteodistrofia fibrosa localizada" (quistos e granulomas ósseos). — W. Anshutz (Kiel). — Medizinische Klinik, ano 30, n.º 13 (528), 29 maio 1934, pg. 417.
- Osteíte fibrosa quística generalizada com adenoma paratireoideu (Molestia de Recklinghausen). — L. Courty e J. Calléns. — Société de Chirurgie, sessão de 23 de maio de 1935. Bulletins et Mémoires, t. LX, n.º 18, 2 junho 1934, pg. 777, 2 figs.
- Doenças de Recklinghausen e metabolismo calcico. — Thomaz Mariante e Pedro Maciel. — Revista de Radiologia Clinica, ano I, n.º 5, junho de 1932, pg. 332.
- A classificação das distrofias ósseas e a osteóse paratireoideá. — J. A. Lièvre. — La Presse Médicale, n.º 13, 13 fev.º 1932.
- Molestias ósseas e perturbações do metabolismo calcico; a proposito da cura de dois casos de Molestia de Paget e de Recklinghausen. — P. Delmas e Marsalet. — La Presse Médicale, ns. 15, 20 fev.º 1932.

## **O Laboratorio Doria - Campinas, Est. de S. Paulo**

Recomenda a prescrição para Ulceras não especificas,  
— Eezemas, — Rachaduras, (dos seios) Assaduras, (crianças) — e em todas as manifestações cutaneas da Diatese exsudativa,

### **a "Pomada Dermatisan Doria"**

o mais moderno dos produtos para os casos a que se destina.

Formula: — Oleo de Chaulmoogra, Lanolina, Vaselina, Ox. Zinco e tinturas vegetaes.

---

## **Aviso**

As colunas dos „Arquivos” estão ao dispôr dos srs. medicos quer do Estado como de outras partes do País.

Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respectivo resumo e, si possivel, de conclusões.

A Redação não assume a responsabilidade dos conceitos emitidos nas colaborações.

Os autores de artigos terão direito á 5 exemplares e as „separatas”, no caso de as solicitarem, correrão por conta dos mesmos que se entenderão diretamente sobre o assunto, com a tipografia editora dos „Arquivos”.