

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

- SUMÁRIO:** Sobre os tumores nervosos das fossas nasais, por C. STRECHT RIBEIRO. A imunidade adquirida na tuberculose, por L. SIMÕES FERREIRA.
- Movimento nacional** — *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana* (Bacteriemia experimental pelo estreptococo viridans). *Arquivo de Patologia* (Roberto Carvalho. Os problemas terapêuticos do cancro da mama). *Imprensa Médica* (Circulação coronária). *Sociedades e Congressos* (Sociedade de Ciências Médicas). *Livros e Opúsculos* (Conferências médicas. Portugal na história da cultura universitária hispânica).
- Revista geral** — **Recentes descobertas sobre o lugar de formação dos anticorpos e o mecanismo hormonal da sua libertação**, por A. BOIVIN & A. DELAUNY.
- Notas científicas e práticas** — Tratamento da endocardite lenta. O climatério no sexo masculino. Tratamento da tinea microspórica com hormona sexual. Acção de uma nova sulfona sobre a tuberculose experimental. Gastrorragias por gastrite assintomática. O bismuto nas infecções abdominais. Pastilhas de penicilina para infecções bucais. Defesa da pele contra as radiações actínicas solares. Eczema por contacto devido ao verniz das unhas.
- ANEXOS** — Actualidade de **AMBRÓSIO PAREO**, por FERNANDO MAGANO. **Notícias e informações.**

Ao começar o XXX volume do «Portugal Médico», esta revista espera continuar a merecer o favor da classe médica, ininterruptamente manifestado. Procurará ser cada vez mais útil, dando aos leitores informações científicas e práticas sobre tudo o que de novo e valioso vai aparecendo nas revistas nacionais e estrangeiras, sem deixar de publicar artigos originais, e de tratar os mais instantes problemas de interesse profissional.

*Uma descoberta
considerável!...*

ANTERGAN

2339 R.P.

ANTI-HISTAMINICO DE SINTESE
ANTI-ALÉRGICO

*abre uma nova via
no tratamento da*

URTICÁRIA • DOENÇA SÉRICA
DERMATOSES POR SENSIBILIZAÇÃO
EDEMA DE QUINCKE • ECZEMAS
CORISA ESPASMÓDICA • ASMA
ESTADOS DE CHOQUE
INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

APRESENTAÇÃO:

*Granjeiar doseadas a Ogr.10 (tubos de 50) — Empôlar de 2 cm³ de solução a 2,5%
" " " Ogr.05 (tubos de 50) (caixas de 10).*

POSOLOGIA: *Dose média diária Ogr.40 a Ogr.80*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA — 21, RUE JEAN GOUJON — PARIS — 8^e

Representante para Portugal
SOC. COM. CARLOS FARINHA L.^{DA}
Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o
LISBOA

Actualidade de AMBROSIO PAREO ⁽¹⁾

por FERNANDO MAGANO

Enquanto estudei a biografia de Ambrósio Pareo, melhor, enquanto me ative exclusivamente aos comentadores dêste cirurgião quinhentista, confesso que não apreendi um seguro motivo que a mim mesmo explicasse o alto lugar em que êle anda colocado nos manuais da História Médica.

Uma, vaga dúvida, um certo cepticismo iam e vinham à minha roda e nenhum dos seus biógrafos, nem mesmo Malgaigne, me convenciam eficazmente. Vida um pouco curiosa, obra talvez interessante, homem porventura muito respeitável — mas, com franqueza, achava pouco ou, antes, parecia-me incharacterístico.

Os contrastes que definem aquilo que eu suponho ser o traço de uma personalidade, êsses riscos que individualizam uma vida, não os enxergava. E Pareo continuava, para mim, um operoso, talvez venerável cirurgião do século XVI — e mais nada.

Devo mesmo dizer que nem a apologia, declamada em tom quasi heróico, pelo eminente Faure na Academia de Medicina da França em 1930 — nem essa mesmo me levou além da opinião de que a sua prosa era o discurso laudatório proferido por um notável cirurgião gaulês em louvor de um avoengo colega seu compatriota; nos limites de um critério nacional, perfeitamente defensável, mas sem motivos sólidos para uma exemplificação com pretensões ubiqüitárias.

Quando, porém, fui à fonte estudar prefácios e textos saídos da pena do próprio biografado, quando me debrucei sôbre a prosa original, então sim, apanhei o teor das apologias, compreendi e louvei o entusiasmo dos biógrafos e conheci, ou antes, retomei o « nosso » Pareo.

E ousou já chamar-lhe « nosso » porque semelhante « fisico » pode ser apontado como modelo de todos, independentemente do torrão onde haja nascido, da língua em que houvesse falado e do meio e da hora em que teve de actuar — sem que deixe de ser uma glória privada da Pátria que com êle se envaidece.

O meu tema será, em consequência, o *Sentido Permanente da Vida e Obra de Ambrósio Pareo*, que o mesmo é dizer a *Sua Actualidade*.

* * *

Claro, tal tema, visto por mim, enferma dos defeitos inerentes ao meu ângulo de visão, no qual actuam, porventura sem eu querer, uns

(1) Ensaio lido na solene sessão comemorativa realizada na Faculdade de Medicina do Porto em Dezembro de 1945.



quantos motivos experimentais sôbre mim se exercem e ainda uma particular formação de espírito que insensivelmente me condiciona.

Mas, recebida a ordem que aqui me traz, dois caminhos se me abriam para a executar com algum equilíbrio :

Primeiro: cerzir uns quantos pormenores biográficos se encontram impressos e comentados. Êste caminho, para muitos fácil e cómodo, exige, porém, em meu parecer, para além da cerzidela, pior ou melhor alinhavada, certo grau de erudição que nunca se improvisa sem se ser desleal para com o auditório e pressupõe um sentido afinado de crítica histórica que é incompatível com impressões de momento. A história, se complacentemente parece conceder que muitos finjam ou suponham cultivá-la, requere, como qualquer outra ciência, certa formação, muito estudo e bastante individualidade no historiador. Tal seara não me é habitual: o meu arado anda ocupado em outra vessada.

Segundo: estudar o assunto e, depois, referir, como um módulo pessoal, se possível, a idéia que êle me sugeriu. Caminho, bem sei, pontuado de escolhos onde por certo vou tropeçar, marginado de insuficiências onde me afundarei, caminho nada erudito, nem glorificante, mui discutível e imperfeito. Confesso, porém, o meu pecado: optei por êste segundo trilho pela razão muito singela de que me agrada muito e sempre seguir o meu próprio, embora áspero, atalho, ou seja, para empregar a imagem clássica, prefiro beber pela minha grosseira malga, embora respeite e muito admire e, vamos, até inveje o cálice e o licor alheios.

Não será isto história; são impressões ao correr da pena.

Só me defenderá da ousadia o esforço que hei-de ordenar para ser muito breve: tentá-lo-ei.

* * *

Mas acaso — se algum sentido especial a vida e a obra de Ambrósio Pareo tiverem — será defensável que dêle se trate em sessão escolar com semelhante e tão grave aparato? Será da índole específica do ensino universitário uma comemoração destas?

Porque afinal nós estamos aqui reunidos para comemorar esta coisa simplicíssima: a publicação, vai por quatro séculos, de um pequeno folheto acerca do tratamento das feridas por armas de fogo, escrito por um modestíssimo, ignorado, jovem e indouto barbeiro-cirurgião.

Suponho que é defensável a comemoração, direi mesmo que, universitariamente, além de oportuna é bem necessária — menos pelo homem ou pela obra que se comemora, que da comemoração não precisam, e mais e principalmente por nós, que de exemplos sempre carecemos.

Concedei-me, já que aludi à Universidade, que me valha neste momento da autoridade e experiência de um portuense sem par. Agostinho de Campos, em 1928, escreveu o seguinte:

Toda a gente sabe que as Universidades são em muita parte, e deviam ser sempre, os focos onde se forma e reforça e dirige a consciência colectiva.

Melhor que nenhum outro elemento ou órgão nacional podem elas, pela alta função que lhes cabe na formação do espírito e do carácter da mocidade e, sobretudo, pela actividade histórica e filosófica dirigida em parte num sentido cívico, e não meramente especulativo, influir na mentalidade geral, estabelecer um ideal colectivo concreto para aqueles que vegetam sem fé em si próprios, sistematizar o patriotismo e dar às energias que se gastam em dissidências e lutas improficuas ou ruinosas um programa de união e um rumo de vida fecunda (1).

(1) *Diário de Notícias* — 24/Nov./28. Lisboa.

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO
RIBEIRO DA CUNHA

34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÔRTO

Telef.: 828 e 4134

Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises

AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados
de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).

Se a comemoração que hoje aqui realizamos tem este específico conteúdo (um programa de união e um rumo de vida fecunda) bem está. Suponho que tem.

Pareo não era universitário, nunca o foi.

A sua obra, no aspecto puramente técnico, interessará porventura somente aos cirurgiões, e não a todos, direi mesmo que a poucos.

Mas a índole intelectual dessa mesma obra e o índice humano do autor, aquilo que numa obra e num homem, com ser da sua época e do seu meio, é de todas as datas e de qualquer latitude, essas constantes sim, compete à universidade recolhê-las, é da sua função estudá-las como valores, e dizê-las como lições.

A perenidade do colégio universitário, para além do transitório e discutível de que éle próprio sempre enferma em todos os momentos, a sua razão de vida, está nessa objectividade, nesse apropriação de quanto é intrinsecamente aproveitável.

Ambrósio Pareo é um valor universitário. Direi porquê.

De modestíssimo, insignificante, aprendiz de barbeiro, ido da província para Paris, perdido no anonimato da urbe esplendorosa, sem créditos, e ilaqueado pela sua baixa condição social, este homem chega a ser o cirurgião privado, o primeiro cirurgião dos Reis, na quasi olimpica, inacessível, côrte da França — e conheceu até, com o respeito dos grandes senhores, as aclamações vibrantes de cidades inteiras, a quasi adulação das turbas e também o mal humorado e ciumento silêncio da ciência oficial, coisas das quais a mais difícil e não menos significativa é certamente esta última.

Mas as multidões e as cidades, verdadeiramente, importam-nos pouco, quanto bem sabemos que este acesso à glorificação pelas turbas, mesmo em medicina, é função de várias condições, algumas das quais não resistem à erosão dos tempos.

Mas já importa saber que tal acesso foi conquistado exclusivamente pelos méritos próprios, exercitados sempre, em dura experiência, num digno e impessoal sentido — e então há aqui uma primeira e fecunda lição: e vem a ser que só resiste ao uso das idades o esforço real e verdadeiro de cada um, esse quanto de pessoal e verdadeiramente existente que não depende do berço em que por acaso nos deitam, nem das condições exteriores do momento ou das cegas sortes, essa consumição interior que ou existe na realidade em cada qual e perdura ou não existe e, verdadeiramente, não chega a morrer.

E importa também anotar que esses méritos próprios nunca foram agressivos para a ciência de outrem e sempre tiveram aquela subtil noção que sabe disciplinar e conter o conhecimento que se possui.

Mas urge acentuar que semelhante disciplina, não é, nem foi em Pareo, um mar morto de conformidade ou invertebrado automatismo,



AMPOLAS

Quinina [básica.	0,030
Cânfora	0,100
Terpinol, Mentol, Gomenol. ãã.	0,025
VITAMINA «A»	7,500 U. I.
por cent. cúbico	

XAROPE

Cloridrato de efedrina.	0,20
Codeína	0,02
Lactofosfato de cálcio.	2,00
Benzoato de sódio	0,50
Gaiacol	0,20
por cem gramas	

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA
Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120
DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

antes a lúcida tremura de um espírito que quando se agita na interrogativa pede cooperação oferecendo-se e solicita compreensão, dando-se.

De regra, a semelhantes homens, os seus contemporâneos vão retorquir com a incompreensão, senão com a ironia, mesmo com a guerra tanto mais indefensável quanto mais surda, mais cinzenta, mais aparentemente anodina. De tudo isso conheceu Pareo para sua glória e tudo isso é bem actual.

E, entretanto, continuava a observar, a ler e a meditar -- e aqui outra lição: que um homem guarde em si mesmo, até sem o saber e sem dar por isso, certa fidelidade a uma norma superior que explica e orienta os seus passos e se sobrepõe aos vaivens do destino; a questão é que essa norma tenha um sentido de ascensão, seja um valor em si mesmo positivo e intemporal. E em Pareo, visto á distância de quatro séculos, tal sentido é evidente: o pensamento e a acção revelam sempre a finalidade de bem-fazer e mostram o intento de acrescentar ao que está estatuído algo que a experiência mostra e pede que se medite. Fazer o bem sem olhar a quem e fazer bem sem cuidar donde o saber provém.

Não o desvairam os louros nem o entontecem os triunfos e assim o vamos encontrar, no alto de uma vida operosa e socialmente culminante, parando solícito, qual outro samaritano, a limpar a ferida do seu irmão pobre estendido na valeta. As mesmas mãos que faziam o curativo a duques e reis, socorriam, sem convite, a arraia miúda perdidas nos tugúrios ou caída a monte nos campos de batalha. Tão à vontade e tão digno quando, em conferência historicamente magnífica, se encontra com o grande Vesálio à cabeceira do Rei de França ferido de morte, como quando sòzinho em múltiplas guerras por essa Europa além, acode ao mais anónimo peão dos exércitos, trespassado de frechas ou agonizante das arcabuzadas.

Quando a prática de mil situações e a meditação indispensável lhe há ensinado o suficiente dispõe-se, com a ajuda do estudo, a ordenar em textos o saber que possui; já a sua vida vai alta, os entusiasmos passaram e os fumos da vã glória para pouco prestam; hora própria em que o saber é aquela indecifrável e não vaidosa mistura de senso, de prática e de dúvida. Lição bem oportuna, mesmo, direi principalmente, para os nossos tempos, esta de MESTRE PAREO. Posso já, sem reticências, chamar-lhe Mestre e prefiro esta designação aqueloutra que anda oficializada de Pai da Cirurgia.

Tal paternidade advem-lhe, é certo, além dos seus méritos e valiosos escritos, das muitas circunstâncias, ou invenções, que justicidamente lhe são atribuídas: inventou variados instrumentos operatórios bem como diversos aparelhos ortopédicos, sistematizou a prática da massagem, defendeu e realizou a versão podálica em certos momentos obstétricos, pela primeira vez desarticulou o cotovelo, ensinou muito àcerca das amputações dos membros, descreveu as fracturas do

EDIÇÕES ALTURA

47, RUA CANDIDO DOS REIS, 49 — PORTO — PORTUGAL

apresenta o 1.º volume da

SÉRIE POLICIAL

(com a colaboração dos melhores
autores modernos do género)

Uma autêntica revolução no ROMANCE POLICIAL quanto à selecção e apresentação

J. Mc WILL

**A CASA
DAS
TREVAS**

f

Em distribuição o 2.º milhar

1.000 EXEMPLARES VENDIDOS EM MENOS DE 15 DIAS

colo do fémur, teve a verdadeira noção da hipertrofia prostática como causa de muitas retenções urinárias, opôs-se tenazmente à castração como pormenor operatório na cirurgia das hérnias, suggestionou a possível etiologia sifilítica nos aneurismas arteriais, lembrou a possibilidade da transmissão de certas moléstias das feridas por efeito da acção de insectos veiculadores, e, principalmente, audaciosamente deixou de queimar em torresmos as carnes sangrentas dos amputados e ousou, em vez disso, laquear os vasos para sustar as hemorragias. (Este gesto laqueatório, hoje comezinho, foi, para o tempo, de uma audácia incomensurável em virtude das ideias-feitas, ou falta delas, dos próceres officiaes da cirurgia da época).

Pai da cirurgia, sim, contra os médicos do seu tempo ousando dizer-lhes que a arte cirúrgica tem dignidade e envolve ciência, e Pai da cirurgia mesmo contra os cirurgiões encartados criticando os seus erróneos pontos de vista e discutindo as suas técnicas indefensáveis. E, ousou eu dizer, Pai da cirurgia, ainda, pela reverência que manifesta pela medicina, pelo acatamento com que a estuda, pelos louvores com que a exalta. Ai do cirurgião, tem o nosso homem coragem para apregoar, que não se vale e não se acolhe aos conhecimentos da medicina. Em pleno século dezasseis, e fora da douta Faculdade que nem sequer lhe fazia a mercê de o olhar de passagem, esta attitude intelectual é prova de uma liberalidade de ânimo, duma agudeza de intelligência e duma clareza de alma que mais do que um homem definem um Mestre.

Mas convém definir melhor, este meu ponto de vista:

Vive cada um a sua época, isto é, não pode desinserir-se, para empregar um vocábulo apropositado, das ideias reinantes no seu tempo. São elas em qualquer data o somatório de esforços e a resultante de titubeações. Cada um de nós traz em si mesmo, subconscientemente, umas quantas idéias nos foram oferecidas por algum ou alguns que as architectaram. Muito do nosso pensar e quasi tudo da nossa acção não nos pertence senão porque o executamos. Mas surge de vez em quando homens que são capazes de executar a análise critica de quanto realizam, em pensamento ou em acto, e se essa análise tiver o seu quê de complementar sòbre o saber herdado, esse tal, só por isso já criou e se com liberalidade oferece, e não guarda egoistamente o fruto do seu labor, esse tal, porque transmite e acrescenta, ensina e é Mestre.

Pareo estudou muito no laboratório da doença, ensinou largo quando transferiu para os textos, acrescentou na medida em que, na dúvida, propôs: cabe-lhe o mestrado.

Convém, todavia, esclarecer que não foi Lente. Mestre e Lente podem ser situações diferentes e succede que ás vezes não se sobrepõem.

De resto, no século dezasseis, maravilha seria, quasi milagre, que um barbeiro-cirurgião penetrasse sequer no ádito do templo da ciência official e officialmente sábia.

VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

Dr. P. ASTIER

COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS
ENTEROCOCOS
ESTAFILOCOCOS

STALYSINE

VACINA ANTIETASFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**
PARIS ——— BARCELONA

Representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.[^]

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA

A escola dos doutos estava lá muito longe, não digo muito alto, muito distante, e não podia lobrigar, nem dar conta ao menos, de um pobre artífice que ia executando com as mãos uns quantos misteres rebaixantes: sondar bexigas e executar a talha, procurar corpos estranhos, sangrar, limpar ferimentos, dispor ataduras, trepanar crâneos e amputar membros.

Eu disse barbeiro-cirurgião mas, nesta altura de vida, Pareo seria já cirurgião-barbeiro, o que era socialmente diferente, um pouco mais alto e mais conforme. O colégio dos cirurgiões, espécie de escola menor comparada com a Faculdade — esta, sim, Escola alta, para os raros, detentora dos textos e observante da erudição, exigente de maneiras — aquele colégio, chamado de S. Cosme, também com seus estatutos próprios, condescendera a receber o Pareo no seu grémio. Não sem que este homem, já então notável pela sua vastíssima clínica e pelo valor real dos seus escritos, deixasse de ser sujeito ao indispensável interrogatório oficial.

Singularíssimo quadro seria esse: o exame, a tese, teriam de ser ditos na língua douda, única admissível, no latim dos consagrados e não no vulgar falar do homem comum. Pobre do Pareo que não sabia patavina de latim e teve de decorar umas quantas respostas, tropeçar nas declinações, e rudemente expor um recado estudado...

Mas submeteu-se... e nesta submissão para a conquista de um grau oficial que praticamente pouco lhe importaria, está outra enorme lição deste homem incomparável. Dura lex, sed lex.

Quando o colégio lhe entrega, com o diploma, o grau de cirurgião — já anteriormente conquistado em mil acampamentos de guerra, mil andanças, mil consumições — quem ficou rica e honrada foi a confraria daqueles que se haviam dignado recebê-lo. Na disciplina, ia a dizer naquela humilhação do exame público, reforça-se e vinca-se o vulto de um homem realmente superior e a actualidade deste exemplo também não sofre dúvida.

* * *

Confesso que do livro de que hoje comemoramos a publicação o que mais me impressiona não é o seu texto, onde, como em todas as obras médicas, há muito ou quasi tudo de percível.

O que me impressionou particularmente foi a consideração da noite de insónia que o fez nascer. O cirurgião, no campo de batalha, em certo dia já não tem, porque se esgotou, o remédio que a ciência exige se aplique sobre as feridas que a pólvora e os balásios produzem. Vê-se forçado a não verter o azeite fervente nas carnes esface-ladas de alguns, tem de se valer, para esses, de outro tóxico anodino não fervente! E aqui a angústia: os seus feridos vão piorar, vão morrer consoante ensinam os veneráveis textos.

E essa noite de angústia, tão clinicamente compreensível, é decisiva, aquece-lhe o cérebro e inflama-lhe a alma. Quando no dia

seguinte dá conta de que precisamente sucedera o contrário, (os do azeite ardem em febre, secos e agitados; os outros estão ainda vivos e, o que é mais, parecem relativamente mais calmos...) de súbito lhe acode a possibilidade de estar errada a doutrina oficial. E daqui por diante inverte-se, com as observações sucessivas e a meditação constante, inverte-se todo o conceito corrente do tratamento das feridas por armas de fogo.

Mas os termos da equação que neste momento definem o jovem observador mantem-se intactos até ao fim da vida: sempre humanamente procurando o saber. Nem a doença sem ser um motivo de estudo, tão pouco o saber desinteressado do homem. Ter-se-á desactualizado este binómio? Pergunto apenas — e por agora deixo a pergunta em suspenso.

Aquela mesma noite de insónia é a causa de outro momento na vida de Pareo que me parece luminosamente significativo, mesmo nos tempos de hoje. Eu recordo: chegado a Paris, modestíssimo e ignorado prático, sem curriculum, só com a sua idéia sobre a terapêutica das feridas e de posse de uma certa experiência, consegue expor as suas dúvidas e os seus pontos de vista a um médico já célebre, a um doutor de facto, nada mais nada menos do que ao notável Silvio, o anatómico reverenciado, o Silvio do Aqueduto...

Este professor não só atende o jovem Pareo, não só o ouve com atenção, atitudes já de si notáveis isto é que devem ser notadas, mas mais, estimula-o, acarinha-o, e até o entusiasma; compreende-o eis tudo. E vai logo mais longe e mais alto, convida-o, incita-o a que ponha em linguagem a sua ideia, diríamos hoje a que publique a sua ousadia.

Não sei quem mais admire: se o jovem que teve a audácia de pensar sem licença, se o professor que teve a heroicidade de acolher o desnudo, o sôzinho.

A publicação fez-se e, para maior escândalo, veio redigida em francês. Os detractores, anos depois, tentariam ainda e sempre inferiorizar o autor... porque não sabia latim. Esta ária, com outro andamento, ainda hoje se ouve.

Fiel a si mesmo — digno como homem, prudente como cirurgião, estudioso como bom mentor, disciplinado como cidadão, audaz como inventor e solícito como cristão — fiel a si mesmo, pela vida fora, Pareo com enriquecer-se de honras não varia de métodos.

A cirurgia mercê da sua obra escrita, do seu ensino, rumaria em breve noutro sentido: O respeito pelos textos impondo também a obrigatoriedade da acção mental, o saber que se herda convidando à actividade intelectual, as mãos cumprindo ordens do cérebro e este pensando bem o que a experiência lhe oferta de assunto pensante.

Pouco importa, realmente, que sejam hoje relativamente menores as descobertas do nosso homem enxergadas da nossa varanda: os tempos são outros. Mas importa muito, hoje mesmo, o nobre esforço mental que as precedeu: os tempos são os mesmos.

Quando fechei o último volume das obras completas de Ambrósio Pareo ⁽¹⁾ voltei ao primeiro para rever a reprodução da admirável estátua que um mágico plastificou afeiçoou, e para reler a página que o cirurgião compôs à laia de prefácio para o folheto cujo centenário aqui nos reúne:

A estátua fixa o homem erecto, o mento apoiado na mão direita, inclinada ligeiramente a cabeça, enevoado o olhar que lura para lá das proximidades, franzido o rosto como que a traduzir vibração interior, um ar pensante...; exacto, a atitude de um pensador, sem as agressividades do Rodin, no equilibrio simples e por isso difficilimo de um homem sensato, de pé, êle, a espelhar uma razão lúcida e uma alma diáfana.

A página do prefácio... mas é melhor que eu vo-la leia. Por mim já falei de mais. Que nos oriente agora mestre Ambrósio Pareo:

Aos jovens cirurgiões de boa-vontade

Meus amigos e irmãos da profissão cirúrgica: Para satisfazer ao vosso pedido esforcei-me por descrever neste pequeno tratado os métodos que eu segui e vi seguir aos bons práticos cirurgiões, durante as guerras ou fora delas, na cura das feridas vulnerantes por arcabuzes, frechas, dardos e instrumentos semelhantes e também da combustão principalmente devidas ao pó dos canhões.

Não como presumindo em mim ser capaz de vos ensinar (a quem ao contrário a instrução é necessária) mas para satisfazer parcialmente ao vosso desejo; e também para estimular qualquer alto espirito para escrever àcerca desta matéria, a fim de que nós todos possamos ter dela maior notícia.

Em virtude do que vos peço humildemente tomeis na devida conta êste pequeno trabalho, o qual, se eu souber que vos é agradável, me hei-de esforçar por fazer melhor segundo as forças do meu apoucado espirito.

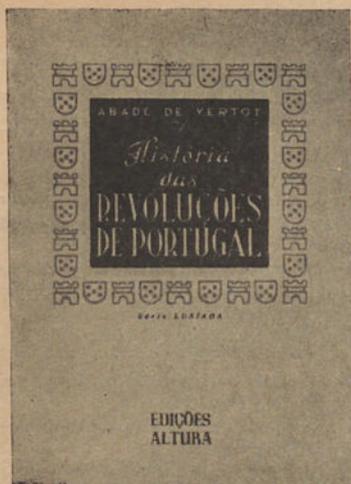
Para tanto supplico ao Criador, irmãos e amigos, conduza felizmente as nossas obras sob a sua graça, aumentando sempre as nossas boas afeições, de sorte que delas possa sair algum fruto e utilidade em favor da enfermidade da vida humana e para honra d'Aquêle em quem estão occultos todos os tesouros da ciência, que é o Senhor Deus Eterno.

Êste programa escrito aos vinte e oito anos foi seguido fielmente até à velhice. Exemplo a apontar, lição de plena actualidade.

E a minha pena, num preito de admiração e agradecimento, recusou-se a rabiscar mais o que quer que fosse.

Só o silêncio não profana... e, para meu e vosso bem, sustive a escrita e com ela esta pobre fala.

⁽¹⁾ *Ambrósio Paré* — Oeuvres complètes... précédés d'une introduction... par J. F. Malgaigne. Paris, 1840, 1841, 3 vol.



História das

REVOLUÇÕES DE PORTUGAL — Neste seu interessantíssimo estudo, conta-nos RENÉ DE VERTOT como se deu a Revolução de 1640 e os principais sucessos que a antecederam e se lhe seguiram. Historiador probo e desinteressado, encanta-nos pela sinceridade da sua narrativa, pela elevação dos comentários e pela elegância da forma.

Obra de extraordinário sucesso, dela se fizeram, pelo menos, 22 edições em língua francesa, e inúmeras traduções em inglês, italiano e espanhol.

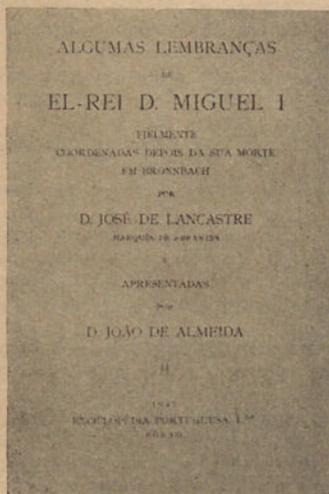
Tradução e notas do Dr. Eugénio de Freitas. Prefácio do erudito investigador Cap. Gastão de Matos.

Vol. broch. 18\$00

A MAÇONARIA NA LUTA PELO PODER (D. Miguel I e a sua Época)

— O livro que há muito era esperado. Nas suas 470 páginas se dão a conhecer, através de documentos até agora inéditos, factos que esclarecem um dos períodos mais agitados e discutidos da História de Portugal. Magistral estudo do consagrado historiador PAULO SIEBERTZ.

Vol. enc. Esc. 70\$00



ALGUMAS LEMBRANÇAS DE EL-REI D. MIGUEL I

— Curiosíssimas notas escritas por D. Miguel I e recolhidas, após a sua morte por D. JOSÉ DE LENCASTRE, Marquês de Abrantes. Referem-se à *Abrilada* e ao assassinio do Marquês de Loulé.

1 interessante plaquete Esc. 5\$00

À VENDA EM TODAS AS LIVRARIAS

PEDIDOS A:

EDIÇÕES ALTURA — 47, Rua Cândido dos Reis, 49 — PORTO

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Sousa Viterbo. — Acaba de comemorar-se o primeiro centenário de Sousa Viterbo, nascido no Porto aos 28 de Dezembro de 1845. O facto não pode deixar de ter registo nestas páginas, porque Francisco Marques de Sousa Viterbo foi um dos nossos mais eminentes polígrafos, tendo sido médico clínico, antes de encaminhar para as letras a brilhante e operosa actividade do seu espirito. Na obra enorme no campo da história estão incluídos variados trabalhos relativos à medicina, publicados entre 1892 e 1912. O primeiro (se exceptuarmos os elogios de Teixeira Marques e Manuel Bento de Sousa) foi o apresentado à Sociedade das Ciências Médicas, sobre os médicos da família real. Depois vem uma série de estudos (na maior parte publicados nos Arquivos de História da Medicina Portuguesa) sobre os antigos hospitais de Lisboa e Porto, e diversos médicos e cirurgiões portugueses dos tempos idos, dentre os quais se destacam Ambrósio Nunes, Salvador Rodrigues e Aleixo de Abreu. Interessante a participação que deu ao inventário dos médicos poetas, do século XVIII, particularmente.

Ordem dos Médicos — Por motivo da publicação do Decreto-lei n.º 35.404, de 28 de Dezembro último, que fixou em três anos a duração do exercício dos corpos gerentes de todos os organismos corporativos, não se realizam este ano as eleições que estavam marcadas para Janeiro, nos Conselhos Regionais e para Fevereiro no Conselho Geral. No próximo número, ao fazer o balanço da vida da Ordem no passado ano, daremos conta de como decorreram as assembleias geral e regionais que apreciaram os respectivos relatórios dos corpos gerentes.

Intercâmbio científico luso-espanhol — O Sr. Prof. Dr. Amândio Tavares, a convite do Conselho Superior de Investigações Científicas do país vizinho, realizou em Madrid uma série de conferências, na Faculdade de Medicina. As conferências versaram os seguintes temas: Estado actual das investigações sobre a acção patogénica do bióxido de tóxico; Aspectos anatomoclínicos da lipogranulomatose nodular benigna; As neoformações histiocitárias benignas; O problema dos neuroepiteliomas periféricos. O Sr. Prof. Amândio Tavares foi alvo de grandes manifestações de homenagem.

Em Lisboa, Coimbra e Porto, fizeram conferências os professores madrilenos Dr. Fernando Enriquez de Salamanca, catedrático de Patologia Médica, ilustre director do Instituto Nacional de Ciências Médicas e decano da Faculdade de Medicina de Madrid, e Dr. Valentin Matilla, professor de Bacteriologia e Parasitologia e especialista em patologia tropical. As conferências do primeiro versaram sobre fisiopatologia gástrica, exame fotométrico da urina e porfinemia; as do segundo sobre febre recorrente e formas exoeritrocitárias do agente da malária.

O Prof. Dr. Pedro Garcia Gras, director da Escola de Estomatologia de Madrid, figura de grande relevo na medicina espanhola, fez na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, duas conferências, em que falou da história da estomatologia e do problema da articulação sobre prótese dentária.

Organização hospitalar. — Terminou a discussão na Assembleia Nacional da proposta relativa à organização hospitalar, largo projecto de orgânica dos serviços hospitalares em todo o país. Aguardaremos que as bases aprovadas sejam transformadas em lei, para registar aqui o diploma respectivo, de tanto interesse para a medicina como para a assistência social.

Sessões cinematográficas de intervenções cirúrgicas. — O Instituto Pasteur de Lisboa vai exhibir, nas Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, séries de filmes que reproduzem variadas operações feitas por cirurgiões norte-americanos.

Acidentes de trabalho e doenças profissionais. — No Diário do Governo, 2.ª série, de 29 de Dezembro último, saiu um despacho do Sub-Secretariado das Corporações e Previdência Social, pelo qual é nomeada uma comissão para estudo das medidas a tomar em defesa dos sinistrados e doentes pelo trabalho. Dessa comissão faz parte, como perito médico, o Sr. Dr. Luís Guerreiro.

Orçamento do Estado para os Serviços de Assistência Social. — No orçamento geral do Estado para o corrente ano, estes Serviços têm as seguintes

dotações globais: Saúde Pública — 16.530.892\$28; Assistência — 155.049.100\$00. No ano transacto, essas verbas eram inferiores, respectivamente, em 7.342.070\$40 e 34.144.008\$00. Isto mostra, pois, uma maior atenção do Estado pelos serviços que interessam a medicina social.

Faculdade de Medicina de Coimbra. — Doutorou-se o licenciado Sr. Henrique de Oliveira. A dissertação de doutoramento intitula-se: *Novos aspectos na serologia da febre tifoide* (Contribuição para o estudo do serodiagnóstico qualitativo — Reacção de Widal-Felix).

Homenagens. — Ao Inspector de Saúde de Ponta Delgada, Sr. Dr. Jaime Tavares Neto, por ocasião de completar 70 anos de idade, foi prestada calorosa homenagem.

Em Vila Franca de Xira, foi descerrada solenemente uma lápide que dá o nome de «Largo do Dr. Rodrigo dos Santos Oscar Pereira» ao antigo «Largo do Alegrete», comemorando o 1.º aniversário da morte daquele saudoso clínico, que prestou à Misericórdia local grandes serviços.

Universidade do Porto. — Foram nomeados, respectivamente, Reitor e Vice-Reitor desta Universidade os nossos ilustres colaboradores Srs. Profs. Amândio Tavares e Fernando Magano. O acto de posse constituiu uma significativa homenagem às grandes qualidades dos nomeados.

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Doutorou-se o licenciado Sr. Frederico Correia Madeira. A dissertação versou «A prova da galactose».

Conferencia sobre serviço de saúde militar. — No Hospital Militar de Lisboa falou sobre este tema, a convite do Director do Serviço de Saúde do Exército, o nosso amigo Dr. Luís Macias Teixeira, distinto médico militar no Porto.

Instituto de Medicina Tropical. — Vai abrir um curso elementar de hygiene tropical, destinado a futuros colonos.

Estupefacientes. — Foram incluídos na lista de medicamentos estupefacientes: Desomorfina (e o preparado que a contém — Permonide); e os preparados Dolantina e Petidina.

Instituto Central de Higiene. — Foi nomeado director o nosso presado colaborador e amigo Dr. Fernando da Silva Correia, a quem apresentamos cordiais saudações; certos estamos que a sua acção vai ser altamente dignificante.

Subdelegados de saúde interinos. — A Portaria de 28-XII-45 (Diário do Governo n.º 304, 2.ª série) determinou que continua a ser interino o exercício dos subdelegados de saúde que não são médicos municipais da sede do concelho.

Partidos médicos, — a concurso: Folques, Arganil. Entroncamento (partido único). Dornelas, Aguiar da Beira. Atouguia da Baleia, Peniche. Campo de Besteiros, Tondela. Aldeia do Mato, Reguengos de Monsaraz.

Referências à classe médica na Assembleia Nacional. — Tendo o deputado Sr. Dr. Alexandre Pinto Bastos, a propósito da discussão da proposta da organização hospitalar, proferido frases desprimorosas para os médicos, o Conselho Geral e os Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos protestaram vivamente. Na própria Assembleia, essas frases foram comentadas com louvor para a classe, e o seu autor explicou que não queria com elas atingi-la, mas somente alguns componentes dela que não cumprem os seus deveres.

Necrologia. — Em Praia da Vitória (Açores) o nosso leitor e amigo, distinto clínico, Dr. Ramiro Machado. Em Reguengos de Monsaraz, o delegado de saúde Dr. Domingos Rosa Vagado. No Porto, o Dr. Artur Rezende Pinto Barrote. Em Redondo, o nosso leitor e considerado clínico, antigo delegado de saúde, Dr. Augusto Correia de Almeida. Em Nova Goa (Índia), o Dr. José Erasmo Jaques. Em Oeiras, o nosso leitor e distinto sub-delegado de saúde, Dr. António Silvio Pelico de Oliveira Neto. Em Ribeira de Pena, o também nosso leitor e considerado clínico, Dr. Avelino José Gonçalves. Em Lisboa, os Drs. Júlio Lopes Ribeiro, Constantino Munoz Fernandez, capitão de mar-e-guerra Dr. António Alves de Oliveira e Jorge F. de Aguiar Saldanha. No Porto, o coronel Dr. Anibal Gomes Bessa, que exercia o cargo de Governador Civil; formara-se, com distinção, em medicina, sendo já capitão de infantaria.

Eledon

NESTLÉ

presta preciosos serviços
como alimento dietético
nos casos de
disenteria
intolerância do leite
distrofia
eczema
êrmo

O LEITE ACIDIFICADO EM PÓ «Eledon», da Nestlé, resolve o problema da alimentação durante o período de perturbações digestivas, tanto nas crianças como nos adultos.



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 38.^o)

1946

N.^o 1

Sobre os tumores nervosos das fossas nasais ⁽¹⁾

por C. STRECHT RIBEIRO

Assistente de Anatomia patológica
na Faculdade de Medicina do Porto

Os tumores nervosos das fossas nasais são considerados raridades na patologia comparada. Assim, JUNGHERR & WOLF, ao reverem a bibliografia sobre o assunto, não encontraram descrito um único caso de localização nasal, entre 52 tumores nervosos de diferentes tipos observados em animais de variadas espécies.

Tais neoplasmas seriam também raros em patologia humana; em 579 tumores das fossas nasais e das cavidades anexas, BECK & GUTMAN (1932) não referem qualquer exemplar de natureza nervosa; o mesmo conceito de escassa frequência se depreende do por-menorizado estudo de RINGERTZ (1938).

É provável que a restrita casuística dependa, em grande parte, da insuficiência de conhecimentos existente até há cerca de 20 anos neste domínio da oncologia. Tal era já a opinião do Prof. AMÂNDIO TAVARES ao escrever: «*Estes tumores não devem ser tão raros como se poderia ajuizar do escasso número de publicações que deles se ocupam. Com efeito, em curto espaço juntaram-se na minha colecção 4 casos (em 82 tumores das fossas nasais, ou 4,8 por 100)*».

Teoricamente, podem aparecer nas fossas nasais todas as estirpes de tumores nervosos; no entanto, apenas têm sido referidos gliomas (ou fibrogliomas, como dantes se designavam), dos quais se encontram descritos cerca de uma dezena de casos, e neuroblastomas (GRICOUROFF & DULAC), preferivelmente denominados neuroepiteliomas (WOHLWILL, AMÂNDIO TAVARES), termo mais justificado pela sua origem e que abrange as diversas formas estruturais encontradas.

(1) Comunicação à X Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa. Porto, Dezembro de 1944.



Destes últimos blastomas, apontam-se oito casos na bibliografia estrangeira e quatro publicados, entre nós, pelo Prof. AMÂNDIO TAVARES em 1941, além de uma observação muito curiosa, apresentada pelo Prof. CELESTINO DA COSTA à VII Reunião desta Sociedade, e que não foi dada ainda à estampa.

É bastante variável o critério de nomenclatura adoptado por cada autor; aos trabalhos publicados correspondem respectivamente as datas, números de casos e designações, que a seguir se discriminam:

QUADRO I

Observações publicadas

Datas	Autores	N.º	Designações
1924	BERGER, LUC & RICHARD	1	Estesioneuroepitelioma
1926	BERGER & COUTARD	1	Estesioneurocitoma
1928	PORTMANN, BONNARD & MOREAU	1	Estesioneuroblastoma
1931	ESCAT	2	Simpatomas simpatoblásticos
1936	WOHLWILL	1	Neuroepitelioma
1937	MASSIER & DUGUET	1	Estesioneurocitoma
1941	AMÂNDIO TAVARES	4	Neuroepiteliomas
1943	GRICOUROFF & DULAC	1	Estesioneuroblastoma

Referindo-se ao facto de a bibliografia sobre o assunto pertencer quase exclusivamente a autores franceses, escreviam GRICOUROFF & DULAC: *«Comme rien n'expliquerait une telle exclusivité géographique pour cette variété tumorale, on peut penser que l'extrême rareté des neuroblastomes des fosses nasales est plus apparente que réelle, et que seuls les auteurs dont l'attention avait été attirée par les premières publications de BERGER ont reconnu à leur tour des cas du même genre»*.

Quis o Prof. AMÂNDIO TAVARES honrar-me com a incumbência de fazer uma revisão geral do problema, a-propósito do aparecimento, em Março de 1943, de outro tumor nervoso das fossas nasais. A actualidade da questão justifica o estudo de conjunto destas neoplasias, aproveitando eu para a sua sistematização, não só as características dos 5 casos arquivados até à data no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto, mas ainda as particularidades dos 8 publicados por investigadores de além fronteiras.

Os tumores nervosos das fossas nasais aparecem indistintamente num e noutro sexo (na nossa colecção todos dizem respeito

a mulheres), predominando nos indivíduos novos, nomeadamente dos 10 aos 20 anos (55,5 por 100 dos casos); com menor frequência, encontram-se em adultos depois dos 30 anos (25 por 100) e muito mais raramente na quinta e sexta décadas da vida (12,5 por 100).

No Quadro II indica-se a idade, bem como o sexo e o diagnóstico clínico correspondentes a cada observação do Arquivo.

QUADRO II

Observações do Arquivo

Obs.	Sexo	Idade	Colheita	Diagnóstico clínico
I	♀	12 a.	Biopsia	Osteocondroma
II	♀	16 >	>	Fibrossarcoma
III	♀	17 >	>	Pólipo
IV	♀	68 >	Operação	Epitelioma
V	♀	19 >	>	Fibromixoma

No que respeita à idade, diferem, pois, dos gliomas nasais, que em regra são congénitos e surgem em indivíduos muito novos, e dos simpatomas embrionários, os quais escolhem de preferência crianças antes dos 12 anos.

Tumores da mesma estirpe e de variada sinonímia, os neuroblastomas de WRIGHT (meduloblastomas de BAILEY & CUSHING anteriormente designados neurogliocitomas embrionários por MAISON, neuromas indiferenciados por PICK & BIELSCHOWSKY e neurocitomas por MARCHAND) algumas vezes congénitos, aparecem em muitos casos nos primeiros anos da vida, localizando-se em regra no sistema nervoso central (cerebelo, medula espinal) ou no tracto do simpático, e por conseguinte, também, em plena medular suprarrenal.

Outros neoplasmas afins, próximos na linha de diferenciação histogenética, os neuroepiteliomas, seja qual for a sua localização, parecem adoptar, conforme a idade, diferente topografia orgânica: assim, quando surgem no adulto, facto aliás raro, afectam predilecção para o cérebro ou para a medula; já, pelo contrário, na criança de pouca idade predominam os retinocitomas, como mostrará, ainda nesta Reunião, o Dr. SALVADOR JÚNIOR.

Os tumores nervosos das fossas nasais oferecem certas particularidades quando se localizam na zona olfactiva, que corresponde no homem, animal microsmático, a pequena superfície situada na parte média do corneto superior e que se estende para o septo,

desde a lâmina crivada até um plano que passe pelo bordo inferior do mesmo corneto; o bordo anterior da zona olfactiva dista 10 mm. da extremidade ântero-superior das fossas nasais, e o bordo posterior 5 mm. da extremidade oposta (Von BRUNN), ocupando no conjunto, de ambos os lados, a superfície total de 250 a 500 mm.²; a zona em referência, que se distingue dos tecidos vizinhos pela côr amarelada (*locus luteus*), tem as características histológicas da *regio olfactoria*. Com certa frequência, a pigmentação amarela estende-se também à mucosa que reveste a lâmina crivada, os ossos próprios e mesmo à parte anterior da face convexa do corneto médio.

A este breve resumo anatómico importa, finalmente, acrescentar a existência do órgão olfactivo suplementar de JACOBSON, ou vômero-nasal, pequena invaginação cupuliforme situada de um e de outro lado do septo médio, um pouco acima do canal naso-palatino; trata-se, ao que parece, de formação vestigiária no homem, mais aparente no feto (o tubo de RUYSCH), à qual se não atribue, em geral, qualquer função, mas que se me afigura poder ter sua importância na histogénese das neoplasias locais.

Conquanto a localização típica destes tumores, em virtude da sua especial estrutura histológica, seja no andar superior (casos da Obs. II, III e IV), nem sempre se observa obediência a esta regra topográfica; assim se verifica quanto aos neoplasmas das nossas Obs. I e V situados, respectivamente, na cabeça do corneto inferior esquerdo e na face superior do mesmo osso, junto à parede externa da fossa nasal.

Tais localizações tumorais anómalas podem explicar-se pela existência de grupos celulares destacados do placódio nos primitivos estádios do desenvolvimento (Von MONAKOW, TOBECK), os quais, mais tarde, mercê de circunstâncias ocasionais, constituiriam o ponto de partida de tumores com estrutura idêntica à dos que derivam da zona olfactiva.

Estes blastomas, de início insidioso, despertam apenas a atenção do doente quando provocam obstrução nasal, que pode ser mais ou menos rápida. Na maioria dos casos trata-se de tumores moles, cuja superfície de cortê, branco-nacarada, de aspecto granitado, ou cor de carne de peixe, pode apresentar focos hemorrágicos punctiformes (isolados ou confluentes) ou manchas de maiores dimensões. Em regra não são capsulados; contudo, no V caso do Arquivo, a envolver o parênquima tumoral encontrava-se delgada cutícula translúcida, opacificada todavia em alguns pontos por moderado espessamento fibroscleroso.

Nas formas de evolução mais adiantada ou naquelas em que o carácter invasor assume feição dominante desde o início, pode-se assistir à destruição do etmóide e da órbita; ulteriormente, o pro-

cesso tumoral chega a atingir os seios (maxilares e frontais) e o endocrânio.

A sintomatologia, como se compreende, é condicionada pela localização e pelo grau de desenvolvimento do tumor; a obstrução nasal surge mais ou menos tardiamente. Pode existir corrimento mucoso ou muco-purulento; raro aparece a dor. Com muita frequência, predominam as epistaxes, por vezes provocadas pelo mais leve contacto; alguns autores apontam-nas até como constantes, todavia faltavam na Obs. V, a única inédita, cujo protocolo resumido vou agora apresentar ⁽¹⁾:

C. G. R., de 21 anos, criada de lavoura, sofria, há aproximadamente 2 anos, de dificuldade respiratória, que se acentuara lenta e progressivamente. A rinoscopia mostrou uma formação com pequeno pedículo, preenchendo todo o vestíbulo da fossa nasal esquerda e medindo 1,5 cms. de diâmetro; de consistência dura e cor vermelho-escura, não sangrava ao toque.

A malignidade é indicada, não só pelo rápido crescimento, mas ainda pela formação de metástases ganglionares (I caso de BERGER), bem como pela facilidade e rapidez em recidivar (o tumor da Obs. II do Prof. TAVARES reproduziu-se passados 3 anos, o da III recidivou três vezes).

Naquele caso do Arquivo (Obs. II) o tumor recidivado invadiu a órbita (como num dos de BERGER), não bastando a exérese cirúrgica para dominar o processo; no entanto, ao contrário do que se poderia supor, o estado geral manteve-se satisfatório durante algum tempo.

O tratamento é condicionado pela forma anatómica da lesão e pela sua feição histológica. Nos tumores bem circunscritos o cirurgião pratica, via de regra, a biopsia total, mas quando o exame microscópico revela uma neoplasia nervosa indiferenciada impõe-se a continuação do tratamento pelas radiações, visto que a cirurgia, por si só, se tem mostrado incapaz de dominar a evolução do processo.

No caso da Obs. III do Prof. TAVARES, com três recidivas, duas das quais muito próximas, só pela radioterapia pós-operatória se obteve finalmente a cura clínica (Quadro III).

No primeiro trabalho publicado, a este propósito, por BERGER (esteseoneuroepitelioma) referia-se o desenvolvimento de volumosa tumefacção ocupando o espaço compreendido entre a parte posterior do corneto superior direito e a úvula, a qual bloqueara o *cavum* e invadira o corneto médio; a completar este quadro de malignidade, que tornava impraticável a intervenção cirúrgica, formara-se metás-

⁽¹⁾ Resumo da observação clínica fornecida pelo Dr. DANIEL DE CARVALHO, cuja gentileza agradecemos.

QUADRO III

Resumo das observações

Obs.	Localizações	Sintomas	Evolução	Terapêutica
I	Reg. respirat. ^a esq. ^a	Obstruç. e epist.	Invasão do osso	Cirúrgica
II	» olfactiva dir. ^a	Idem, idem	Inv. da órbita Recid. (3 anos)	Cirúrg., Raios X
III	» » esq. ^a	Epistaxes	3 recidivas	Raios X, Cirúrg.
IV	» » »	»	—	Cirúrgica
V	Corneto infer. esq. ^o	Dific. respir.	2 anos	»

tase ganglionar do tamanho de um punho atrás do gonion direito. A radioterapia destruiu o tumor naso-faríngeo e a metástase em seis semanas.

Já no segundo caso do mesmo Autor (estesioneurocitoma) idêntico tratamento apenas determinou fenómenos de desintegração celular e mumificação, como se verificou pelo exame de sucessivas biopsias, sem que se tenha observado a mínima redução de volume da neoplasia. Atribue-se, de acordo com a lei de BERGONIÉ & TRIBONDEAU, a menor rádio-sensibilidade destas variedades a mais adiantada evolução estrutural. A confirmar a regra, GRICOUROFF & DULAC publicaram recentemente uma observação em que se refere a regressão contínua de um tumor, semelhante histologicamente ao estesioneuroepitelioma de BERGER, pela acção dos raios X.

Importa acrescentar, portanto, que esta rádio-sensibilidade justifica o valor, nunca por demais encarecido, da biopsia para fins não só de diagnóstico como de prognóstico e de tratamento, e tanto mais necessária nos tumores com esta localização quanto, no início, em nada se distinguem dos banais pólipos do nariz (ver no Quadro II o diagnóstico clínico da Obs. III — pólipo —, e a possibilidade de se tomarem clinicamente por tumores benignos como nas Obs. I e V — osteocondroma e fibromixoma).

Histologicamente, oferecem-se-nos aspectos variáveis dependentes da maior ou menor diferenciação do tumor. As formas mais primitivas caracterizam-se pela abundância de cordões epiteliaes irregularmente lobulados, com pequenas cavidades, cheias de substância serosa ou sero-mucosa, limitadas por células cilíndricas radiariamente dispostas ⁽¹⁾.

(¹) Desde os trabalhos de WINTERSTEINER, FLEXNER, RIBBERT e MAWAS, concede-se a tais diferenciações pseudo-tubulares valor patognomónico para o diagnóstico dos neuroepiteliomas.

A estas rosetas atribuem-se diferentes significações: podem tomar-se como equiva-

Não se trata de tubos glandulares alongados, como o demonstra o exame de cortes seriados, mas de cavidades com contorno regular, limitadas por células cilíndricas, por vezes trapezoides, de citoplasma granuloso na zona apical e esponjoso na base; os núcleos, periféricos, são ovoides e contêm dois, três ou até quatro nucléolos (Fig. 1). Outras células, de citoplasma fibrilar, terminam na cavidade por cutícula escura mais ou menos contínua, em regra desprovida de cílios, reforçada por bandícula mais longa e mais clara, amorfa ou moderadamente estriada (BERGER).

Ao lado desta estrutura, em rosetas, aparecem nódulos celulares compactos, por vezes com núcleos sobrepostos ricos de condensações cromáticas; algumas são providas de prolongamentos protoplásmicos fibrilares, os quais constituem feixes mais ou menos individualizados num estroma vagamente reticular.

Os grupos celulares, de tamanho e configuração variáveis, são separados por septos colagêneos descontínuos e bastante delgados; células e fibrilas misturam-se intimamente, predominando ora umas, ora outras. As células têm núcleo ovoide ou arredondado, protoplasma reduzido, acidófilo por vezes, e granuloso; as fibrilas são delgadas, onduladas e irregularmente dispostas.

A distribuição destas fibrilas (que parece fazerem parte integrante do protoplasma celular) como os seus caracteres microquímicos testemunham a sua natureza nervosa embrionária.

Quando, nestes tumores, predominam as células indiferenciadas (esteseoneuroblastos) antes referidas, devem designar-se, segundo BERGER, esteseoneuroblastomas, cabendo-lhes a denominação de esteseoneurocitomas se, pelo contrário, se verifica acentuada proliferação das células com prolongamentos fibrilares. Estes neoplasmas (sobreponíveis aos ganglioneuromas jovens do simpático, tal como os descreve MASSON, forma intermediária dos simpatomas), possuem uma característica de feição regional própria dos neuroepiteliomas olfactivos, a abundante fibrilogenese. Acrescenta ainda o Prof. WOHLWILL a possibilidade da formação concomitante de células nervosas atípicas, ao lado de neuroblastos uni e bipolares.

Vejamos agora as particularidades oferecidas ao exame histológico dos cinco exemplares do nosso Arquivo.

A primeira vista, a estrutura celular lembra o aspecto dos linfossarcomas, como foi assinalado pelo Prof. TAVARES; todavia, não

lentes do epêndimo, quando são limitadas por bordadura de cílios e as células de revestimento apresentam um longo prolongamento basal; na retina, além da diferenciação normal e da que se encontra nos retinocitomas, pode ser representada pelo tipo abortivo do elemento nervoso propriamente dito (como na degenerescência retiniana de FUJITA); finalmente, na zona olfactiva, diferenciações do mesmo género correspondem às bandículas obturadoras e às membranas reticuladas do placódio, e assim foram descritas por BERGER nos esteseoneuroepiteliomas.

se trata senão de simples aparência, pois o exame mais atento mostra grandes espaços fibrilares entre as formações maciças e até no intervalo das próprias células constituintes dos nódulos (Fig. 2).

Os elementos celulares, de aspecto linfocitoide, agrupam-se em toalhas, cordões, nódulos e ninhos; os referidos elementos são, geralmente, muito iguais em tamanho, de citoplasma reduzido e núcleos relativamente volumosos, arredondados, ovoides, menos frequentemente alongados, de retículo cromatínico muito fino. Entre os grupos celulares correm finos fascículos de colagénio ou de fibrilas nervosas.

Muitas das fibrilas, que constituem delicada trama com argen-tofilia bem aparente, coram de amarelo pelo Van GIESON e de azul-claro pelo MALLORY, de vermelho pelo tricrómico de MASSON, não se impregnam pelos métodos nevróglícos, nem se tingem pelos corantes do colagénio; elas são menos aparentes no interior dos maciços celulares do que nas zonas marginais, onde rareiam os núcleos.

Células e fibrilas variam bastante nas suas relações recíprocas, conforme predomina um ou outro destes elementos, como se exemplifica no Quadro IV.

QUADRO IV
Particularidades histológicas

Obs.	Relação com o epitélio	Densidade celular	Densidade fibrilar	Relações vasculares
I	Independente	++	++	Vasos invadidos
II	»	+++	+++	Lacunas
III	Ruptura da basal	+ + + +	++	Algumas lacunas
IV	Independente	++	+++	Disposição peritelia
V	»	+++	++	Vasos intactos

Nalguns fragmentos do tumor da Obs. II aparecia uma estrutura reticulada constituída por múltiplas anastomoses entre os prolongamentos celulares, disposição sincicial semelhante à do neurospôngio.

Encontram-se também, com relativa frequência, esboços de tubos, formações degenerativas sem diferenciação citoplásmica apical, marcando-se entre as células por espaços vazios de tamanho variável, em redor dos quais se impregnam os retículos neurofibrilares.

Disposição característica é a de rosetas fibrilares semelhantes às cápsulas simpatogónicas do embrião; trata-se de agrupamentos

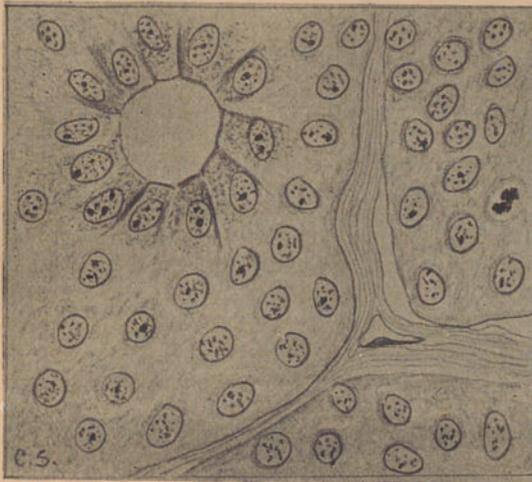


Fig. 1 — Disposição tubular neuroepitelial em redor da qual se agrupam estesioblastos; feixes fibrilares interlobulares. (Desenho esquemático).

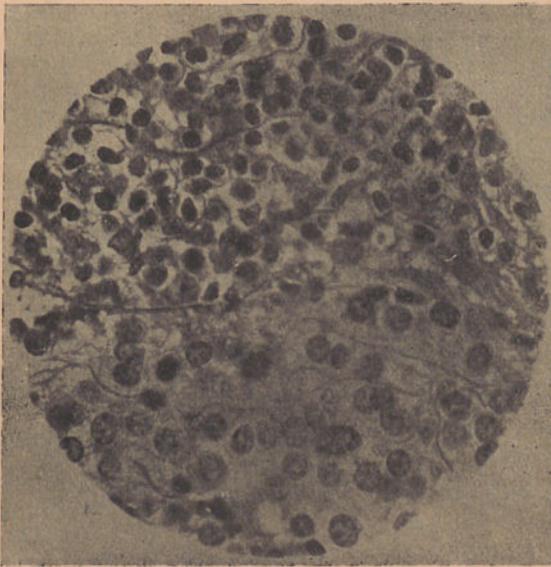


Fig 2 — Fibrilação intercelular (Tricrómico de Masson); Microfotografia.

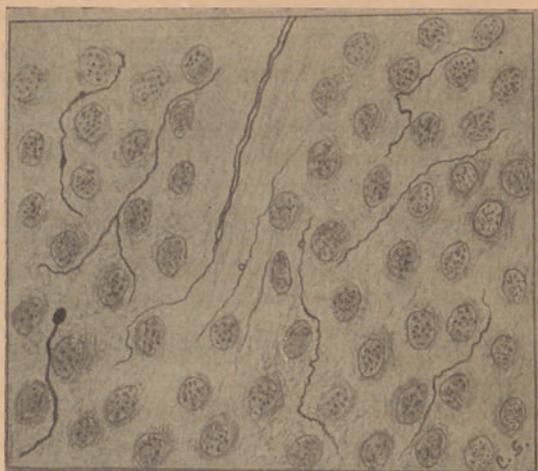


Fig. 3 — Fibras nervosas inter e intranodulares, algumas das quais com dilatações em anel; vê-se também um botão terminal. (Método de Rogers).



Fig. 4 — Fibras nervosas intranodulares e plexo fibroso em situação marginal; representa-se ainda um neuroblasto unipolar. (Método de Rogers).

esferoides ou irregulares, com número variável de núcleos a envolverem zona exclusivamente fibrilar; pela impregnação argêntica verifica-se que a fibrilação depende directamente das células marginais. Os arranjos celulares desta natureza encontram-se, principalmente, nos nódulos de crescimento destes tumores, onde predominam, como é natural, as amitoses. Pequenos gomos celulares, de aspecto sincicial ou células poliédricas, cujos prolongamentos constituem plexos muito irregulares, individualizam-se dos grandes lóbulos indiferenciados.

Impregnam-se, ainda, fibras nervosas muito finas, sinuosas, não raro com enovelamentos aneliformes em seu percurso (Fig. 3). Além disso, o método de ROGERS revelou a argentofilia do retículo fibrilar e mostrou plexos de fibrilas de malhas largas ou ordenadas em feixes ondulados, situados entre os núcleos celulares numa tal intimidade que torna impossível qualquer tentativa de delimitação.

Como elementos mais diferenciados pude denunciar a existência de neuroblastos uni e bipolares, cuja importância foi bem posta em relevo pelo Prof. WOHLWILL (Fig. 4).

Células atípicas e mitoses aparecem em pequeno número; todavia, nos tumores das Obs. III e IV existiam numerosas divisões nucleares indirectas no epitélio, nomeadamente junto às zonas de ruptura da basal.

As relações vasculares são variáveis: ora os vasos se apresentam com parede íntegra, ora os elementos blastomatosos constituem zonas parcelares da parede; na Obs. IV registava-se nítida disposição peritelia das células nervosas, mas nunca encontrei, pelo contrário, tropismo vascular das fibrilas.

Extensas e frequentes zonas de hemorragia intersticial atestam a fragilidade dos vasos destes tumores, também sujeitos a necroses de extensão variável, por vezes secundariamente calcificadas. (Quadro V, Obs. II).

QUADRO V

Particularidades histológicas

Obs.	Rosetas fibrilares	Neuroblastos uni e bipolares	Células atípicas e mitoses	Hemorragias e necrose
I	+++	—	+	+++
II	+++	++	++	+++ Calcificação
III	+	+++	+++	++
IV	+(Estrutura glióide)	+	++++	++
V	—	—	+	+

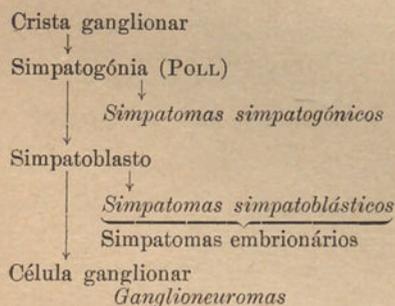
Admitem-se três teorias para explicar a patogênese destas neoplasias: origem central, simpática e placódica. Dispensamo-nos de focar em pormenor este aspecto da questão, já oportunamente tratado pelo Prof. AMÂNDIO TAVARES, e lembrarei apenas que a teoria placódica é hoje aceita pela maioria dos investigadores.

Acrescentarei ainda, a este propósito, ser o epitélio olfactivo a única membrana sensorial que nos Mamíferos conserva a estrutura placódica existente nos Metazoários inferiores. As células olfactivas propriamente ditas ou olfacto-sensoriais de SCHULTZE são elementos nervosos bipolares, com um prolongamento central (o cilindro-eixo) e outro periférico munido de cílios no topo apical; o conjunto delas forma um verdadeiro gânglio em superfície, situado na *regio olfactoria* e homologado por TESTUT & DUBREUIL a um gânglio espinal.

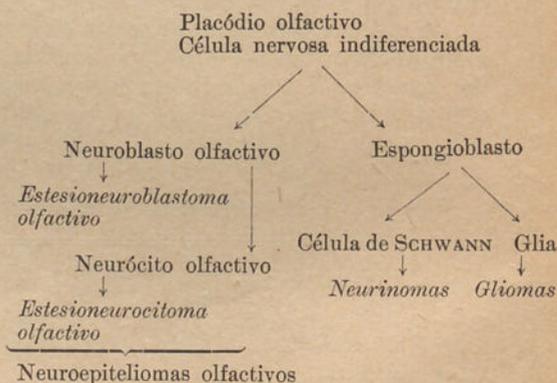
O placódio, embriologicamente ectodérmico, originaria células sensoriais e células de SCHWANN, satélites dos nervos olfactivos (Van CAMPENHOUT), por sua vez constituídos pelos prolongamentos centrais dos neuroblastos diferenciados, isto é dos estesioneurócitos regionais.

A origem e diferenciação dos tumores nervosos de proveniência placódica, particularmente dos neuroepiteliomas, pode, portanto, interpretar-se conforme o seguinte esquema, no qual se representam, também, as homologias histogenéticas e estruturais com as neoplasias de origem simpática.

SISTEMA SIMPÁTICO



APARELHO OLFACTO-SENSORIAL



As equivalências referidas justificam, por outro lado, as flagrantes semelhanças destes tumores com os retinocitomas sem estefanócitos; estes factos tinham já levado o Prof. TAVARES a escrever

em 1941, no final do seu trabalho sobre os tumores nervosos das fossas nasais:

« *Esta analogia estrutural e evolutiva não deve surpreender-nos se atentarmos no próximo parentesco de todos estes tumores nervosos imaturos, originados de elementos mais ou menos completamente indiferenciados, e que, como todos os tumores de origem disgenética, se podem manifestar certa predilecção para os novos, também podem aparecer nos adultos e até nos velhos, debaixo da influência dos múltiplos e em grande parte ignorados factores que determinam a conversão blastomatosa de simples disembrioplasias* ».

Em preparações do tumor da Obs. III assiste-se à penetração dos elementos nervosos do revestimento olfactivo na profundidade, através de uma ruptura da basal: não ignoramos que esta imagem podia também corresponder à invasão do epitélio por elementos blastomatosos vindos da profundidade; no entanto, eliminando em parte a contingente coincidência, apontaremos o facto de as células do revestimento serem absolutamente idênticas às que constituem os gomos infiltrantes do mesênquima subjacente, identidade de aspecto comprovada pela impregnação argêntica. Esta observação, particularmente curiosa, viria corroborar, mais uma vez, a doutrina da origem placódica dos neuroepiteliomas olfactivos.

(*Trabalho do Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto — Centro de Estudos do INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA*).

BIBLIOGRAFIA

- BERGER (L.), LUC & RICHARD — *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 14, 1924, p. 410.
BERGER & COUTARD — *Idem*, 15, 1926, p. 404.
DUBREUIL (G.) — *Leçons d'embryologie humaine*. Paris, 1929.
GRICOUROFF & DULAC (G.) — *Les Ann. d'Oto-lar.*, 1943, p. 77.
JUNGHERR (E.) & WOLF (A.) — *The Amer. J. of Cancer*, 37, 1939, p. 493.
TAVARES (AMÂNDIO) — *Port. Méd.*, n.º 8, 1941.
Van CAMPENHOUT — *Arch. d'Anat. Micr.*, 32, 1936, p. 391.
WOHWILL (FR.) — *Lisboa Méd.*, 13, 1936, p. 489.

A imunidade adquirida na tuberculose

por L. SIMÕES FERREIRA

Director do Serviço Ribeiro Sanches
do Hospital de S. José (Lisboa)

De tal modo se acha o bacilo de Koch espalhado nas sociedades humanas, tantas são as oportunidades de com ele nos contagiarmos que, se não somos todos clinicamente tuberculosos, não é com certeza, pelo menos nos centros populosos, à falta de agente infectante, mas sim por que o organismo tem por si a capacidade de se opor a infecção. Chama-se a esta especial resistência a imunidade, e nela é necessário distinguir duas modalidades: a natural, que se manifesta quando pela primeira vez o bacilo de Koch penetra no organismo, e a adquirida, que só se revela quando já anteriormente foi infectado por ele.

Sobre a existencia da primeira não é fácil ter duvidas ainda que, infelizmente, de todo desconheçamos qual o factor ou factores que essencialmente a determinam. Sabemos apenas que varia de individuo para individuo e até de raça para raça, e pode ser influenciada, e até anulada, por tudo quanto debilita o organismo (más condições de vida, fome, excessos de toda a ordem, etc.), e ainda por certas doenças, em especial o sarampo, a coqueluche e a gripe.

Quanto à chamada imunidade adquirida o caso é muito outro, e a sua própria existencia real é discutivel. Começa logo este facto, hoje incontroverso, de a primo-infecção, feita quase sempre na primeira infância, ter de um modo geral uma evolução incomparavelmente mais maligna do que a das reinfecções vindas mais tarde, fazendo-nos já pender mais para o lado duma *sensibilização* do que para o de *imunidade*. Acresce ainda que se nas doenças verdadeiramente imunisantes, tais como a varíola, a febre tifóide, a difteria, etc., quem uma vez sofreu um primeiro ataque está pelo menos por um largo período livre dum segundo, na tuberculose é exactamente o contrário o que se vê: nas formas crónicas a recidiva é uma regra quase fatal. E de tal modo isso está entranhado no nosso espirito que, sempre que num caso duvidoso descobrimos na história do doente um episódio tuberculoso, logo insensivelmente nos inclinamos para o bacilo de Koch. Também é impressionante que as vacinas tenham nas doenças do primeiro grupo obtido tão retumbantes êxitos e na tuberculose só, em rigor, contem fracassos.

Pois muito bem! Apesar disto tudo estamos convencidos de que na tuberculose a imunidade adquirida é um facto: a formação duma lesão tuberculosa faz-se sempre acompanhar de um acrescimo

de resistência dos tecidos a um ulterior ataque do bacilo de Koch, ainda que o benefício que de aí lógicamente deveria advir para o indivíduo seja tantas vezes contrariado, e até mesmo anulado, pelo aparecimento simultâneo duma outra nova propriedade do organismo: a alergia, de que a sensibilidade à tuberculina é a característica dominante.

Vamos neste nosso trabalho expor as razões que nos levaram à convicção da existência real da imunidade adquirida, e deixaremos para um artigo ulterior aquilo que em nosso entender se deve pensar do papel desempenhado pela alergia na evolução da doença tuberculosa.

Em agosto de 1919 somos chamados a ver pela primeira vez uma senhora de cincoenta e tal anos, portadora duma tuberculose pulmonar fibro-caseosa ulcerativa em franca actividade, cujas lesões se estendiam por todo o campo do pulmão direito, deixando quase limpo o esquerdo. Baciloscopia largamente positiva. A cor amarello-sujo da pele, as temperaturas altas de grandes oscilações, os suores nocturnos profusos, a anorexia, o emagrecimento acentuado, etc., tudo denunciava um estado tóxico muito carregado, do pior prognóstico. De acordo com um colega, que era da família, foi resolvido tentar o pneumotórax, ainda que sem exageradas esperanças de êxito. Fizemos-lhe com toda a facilidade a primeira insuflação a 29 de agosto, ajudados pelo Dr. E. MACBRIDE a quem entregamos a caso por termos de nos ausentar de Lisboa. Em outubro, já de regresso, voltamos a ver a doente e quase a não reconhecíamos. Estava completamente transformada: a febre desaparecera, a pele voltara à sua cor normal, engordara francamente, readquirira as perdidas forças, enfim, se de facto não estava curada ainda, tinha todo o aspecto de ter entrado abertamente em via de cura. E assim seguiu até meados de novembro.

Nessa altura, a senhora que tinha sido sempre uma pessoa regrada e cuidadosíssima em matéria de alimentação, por causa da sua *velha enterocolite*, deu-se ao luxo de ter um apetite, e não resistiu à tentação de comer uma azeitona. Esta simples coisa foi o pretexto suficiente para a acometer uma aparatosa diarreia de grande estilo, com meteorismo, dores no ventre, temperaturas altas, e que resistia impávida a todas as dietas e a todas as terapêuticas, e só parou quando a doente chegou ao seu fim poucos dias antes do Natal.

Vamos contar-lhes agora uma segunda história também sugestiva, interessante. Trata-se desta vez dum rapaz de 27 anos que quase bruscamente faz um processo tuberculoso do rim direito, de marcha de tal modo rápida que, quando fomos chamados a vê-lo

com o assistente, poucas semanas depois da eclosão, já clinicamente não era fácil haver dúvidas sobre o diagnóstico, aliás confirmado pelo laboratório. A terapêutica cirúrgica impunha-se absolutamente, e, menos de uma semana depois, REINALDO DOS SANTOS extraía-lhe um rim enorme, transformado num verdadeiro saco de pus. As consequências imediatas da operação foram o melhor possível. O doente não sofreu o menor abalo, as temperaturas, antes elevadíssimas, caíram no normal em três dias, o estado geral refazia-se a olhos vistos, e a cicatrização da ferida operatória corria com toda a regularidade.

Devo agora dizer-lhes que cinco anos antes tinha eu tratado este rapaz duma tuberculose pulmonar localizada no lobo superior direito, de feição tão mansa que uma simples cura de repouso e ar livre no Estoril foi suficiente para, em poucos meses, a apagar clinicamente por completo. Durante os anos que decorreram depois disso nunca mais o processo deu clínica ou radiològicamente o menor indício de actividade. Pois muito bem: quando vinte dias após a operação, o caso parecia quase resolvido e se tinha assente que logo depois iria convalescer para o Estoril, começam a aparecer à tarde uns décimos de temperatura que não sabíamos muito bem a que atribuir e a que não ligamos importância de maior. Menos duma semana depois tudo estava esclarecido: o doente abria com uma aparatosa série de grandes hemoptises um novo surto pulmonar localizado exactamente no mesmo sitio do primeiro, mas, desta vez, com todas as fatais características da pneumonia caseosa, — e em poucas semanas tudo estava liquidado.

Falta ainda um terceiro caso para lhes apresentar. É um homem de 34 anos, porteiro em casa duns colegas nossos, que nos aparece com uma pequena mancha de infiltração no lobo superior do pulmão direito, fraco, emagrecido, apresentando à tarde temperaturas de 37°,5 a 38° e que por proposta minha foi internado no sanatório do Lumiar. Quatro meses depois de lá estar as melhoras eram de tal ordem que o director resolveu dar-lhe alta como clinicamente curado. Foi só nessa altura que se lembrou de revelar o ter, já anteriormente à doença pulmonar, uma coisa que o maçava bastante e o nosso colega averiguou logo tratar-se duma banal fistula de ânus. Mantiveram a alta mas aconselharam-no a procurar um cirurgião o qual, não atendendo ao prudente aviso de TROUSSEAU, lhe fez o tratamento cirúrgico radical, com êxito completo. Tudo parecia óptimo, mas três semanas passadas, exactamente no mesmo ponto, no lobo superior direito, onde uma pequena lesão tuberculosa evolucionara primeiramente duma forma singularmente favorável, de súbito surge uma pneumonia caseosa de grande estilo, que em 15 dias o levou à morte.

Estes três casos, diferindo pela localização da lesão sobre que terapêuticamente se actuou, e até pela gravidade própria desta, se comparamos os dois primeiros com o último. têm entre si um traço comum que sob o ponto de vista fisiopatológico nos parece do maior interesse: a supressão dum foco tuberculoso em plena actividade foi seguida, depois dum período de espera que variou de três a seis semanas, duma reactivação, brusca e da mais alta gravidade, de focos secundários, até aí completamente inactivos, dando mesmo a ilusão de estarem apagados de todo. Se no primeiro caso não fizemos propriamente a ablação do foco no sentido anatómico do termo, estabelecemos em volta dele, com o pneumo, um perfeito bloqueio, o que, funcionalmente, vale o mesmo.

Em 1917, num artigo de K. SPENGLER, vimos pela primeira vez posta, como contra-indicação formal ao pneumotórax terapêutico, a existência averiguada ou mesmo a simples suspeita duma localização tuberculosa no intestino. Para ele a intervenção, não se limitando a ser inútil, seria ainda altamente prejudicial, pois quase *inevitavelmente* era seguida a breve trecho duma recrudescência das lesões abdominais, com todas as suas irreparáveis consequências. SPENGLER não tentava sequer arranjar uma explicação para o caso, mas afirmava-o com toda a segurança, baseando-se na sua larguíssima experiência. Era para nós uma noção nova a que os tratados de então como os de hoje não faziam a menor referência, e que logo se nos afigurou de interesse prático e do maior alcance teórico.

Nunca mais a esquecemos e pela vida fora a cada passo tínhamos de reconhecer quanto tinha de bem fundamentada. Mas fomos mais longe. À medida que sobre o assunto íamos pensando, e tentavamos ligar tudo o que com ela pudesse ter relação, mais nos convencíamos de não se tratar dum caso particular em que o colapso do pulmão ia influir na marcha duma tuberculose intestinal, para o que não seria difícil architectar uma explicação meramente mecânica ou circulatória. Deveríamos estar perante um fenómeno geral de fisiopatologia tuberculosa, e logo nos pareceu evidente a ligação entre os factos apontados por SPENGLER e o conselho dado por TROUSSEAU aos seus discípulos de «num tuberculoso nunca fazer a cura radical da sua fístula de ânus», a que o caso contado na nossa terceira observação veio dar um singular relevo. Quando nos surgiu o segundo caso em que a extracção dum rim tuberculoso feita com um successo operatório completo é seguida no fim de 20 dias, numa altura em que nada o faria esperar, duma reactivação brutal dum velho foco pulmonar em estado de cura aparente havia mais de cinco anos, varreu-se nos do espírito qualquer dúvida que ainda tivessemos sobre o assunto. Estes três casos isolados não constituiriam só por si um suficiente

elemento de prova, mas já eram singularmente sugestivos. Acrescia ainda a circunstância de os conselhos ditados tanto pelo grande mestre francês como por SPENGLER não serem simples ilações tiradas dum princípio teórico, sempre falível e sujeito a caução, mas sim o produto de observações colhidas numa larguíssima experiência. Nós próprios, depois que para aí a nossa atenção foi chamada, a cada passo deparamos com casos que pela sua frequência e condições em que se realizam não é lícito atirar para o rol das coincidências.

Uma das características mais impressionantes destas recrudescências de actividade dos focos latentes é o nunca surgirem logo imediatamente após a supressão da lesão principal, mas só decorrido um período de algumas semanas ou mesmo até de poucos meses, durante o qual o estado geral do doente, longe de se mostrar abalado, se tinha pelo contrário feito dos estragos devidos à intoxicação até aí suportada, chegando a dar a ilusão duma perfeita normalidade. Isto só por si é suficiente para pôr de parte todas as tentativas de explicação do fenómeno baseadas em choque operatório, influência da anestesia, etc.

Foi exactamente este facto estranho que nos levou à suspeita de que todo o foco tuberculoso em actividade, enquanto estava lançando para a economia todas as toxinas geradoras do quadro mórbido característico da doença, mesmo quando o fazia em termos de ameaçar gravemente a própria existência do indivíduo, ainda paradoxalmente daria origem a elementos de defesa específica que, não sendo suficientes para dominar a infecção local, eram em todo o caso capazes de, espalhados pelo organismo, dar aos tecidos uma maior capacidade de resistência aos ataques do bacilo de Koch.

Esta hipótese, sugerida por um aspecto especial e por assim dizer artificial da marcha da doença, determinado pela nossa intervenção terapêutica activa e mutilante, ajustar-se-á com o que se observa quando a tuberculose evoluciona livremente sujeita apenas à acção illusória dos cálcios e da vitamina C? Estamos convencidos que sim e vamos dizer porquê.

Podemos começar por este facto, de observação corrente, de nas formas acentuadamente unilaterais, em que por qualquer razão se não recorre à colapsoterapia, se poder assistir à evolução completa e destruidora de todo um pulmão enquanto o outro se aguenta meses inteiros, e até anos, debaixo duma chuva ininterrupta de bacilos de Koch, com lesões mínimas que só evoluem às vezes já no período último de derrocada final. A hiperemia ligada à actividade vicariante do outro pulmão não nos parece suficiente para o explicar, visto ela ser ainda muito mais acentuada quando se faz o pneumo, e apesar disso não bastar para impedir aquelas bruscas bilateralizações a que tantas vezes assistimos no decurso

Vitona-B Wander

O tónico nervino em forma de pílulas

Vitamina B₁
Lecitina
Extracto de cola
Extracto de noz vómica
Glicerofosfato de cálcio
Peptonato de feno e man-
ganésio
Sulfato de cobre

A Vitona-B está indicada em todos os casos de perturbações nervosas que necessitam de um estimulante e de um tónico regenerador: fadiga nervosa em consequência de esgotamento físico e intelectual, depressão, crises de abatimento, fadiga primaveril, etc.

Tubo de 40 pílulas

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correios, 41-2.º

LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: F. LIMA & C.^A, SUCR. Largo do Padrão, 20-1.º



PRODUTOS SUÍÇOS DE QUALIDADE!

Fala-se muito da qualidade superior dos produtos WANDER. Esta fama é a recompensa duma longa tradição científica e de esforços fornecidos pelos nossos laboratórios na procura constante de preparações melhores.

Mas devemos salientar que êstes princípios de trabalho encontraram na Suíça um terreno muito propício ao seu desenvolvimento, ou seja a tradição suíça, fortemente arreigada por gerações de trabalhadores e investigadores, e estimulada pela situação do país no centro da Europa.

Foi assim que foram realizados os produtos dietéticos e farmacêuticos WANDER, entre os quais os preparados vitaminados e sulfamidados são particularmente apreciados pelos médicos do mundo inteiro. Desta forma, tanto os médicos como os doentes beneficiam da longa experiência e do trabalho científico dos laboratórios WANDER.

80 ANOS DE TRADIÇÃO E PROGRESSO!



17 fábricas
na Europa, América
e Austrália.



Representantes
em todo o mundo.

DR. A. WANDER S.A., BERNE - SUÍÇA

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos
Instrumentos medicinais e cirúrgicos

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correios, 41-2.º

LISBOA

do pneumotórax terapêutico, muito verosimilmente determinadas na maioria dos casos pela invasão maciça, feita por via brônquica, dos produtos bacilíferos partidos do primeiro pulmão. Na tuberculose intestinal a coisa é talvez ainda mais flagrante. O contraste impressionante entre o pequeno número de tuberculosos pulmonares que em vida têm sintomologia abdominal e a muito alta percentagem de localizações bacilares no intestino reveladas pela autópsia desta espécie de doentes, parece-nos lógico atribuir-se à mesma causa. Mas ainda há mais: já, repetidas vezes tivemos ocasião de observar um retrocesso bem nítido de lesões pulmonares graves coincidindo exactamente com o desabrochar duma tuberculose intestinal aparatosa, sem que disso aliás tivesse resultado qualquer benefício para o doente, que ainda mais rapidamente seguiu para o final. O chamado terceiro período de Ranke, cuja característica essencial é a tendência para a localização das lesões, não é, em rigor, senão a expressão dessa maior resistência dos tecidos ainda indemnes a deixarem-se invadir pelo bacilo de Koch. Infelizmente, como já acima dissemos, não se trata duma imunidade no verdadeiro sentido da palavra, e, quando um foco em via de crescimento se lembra de despejar para dentro dum vaso ou dum brônquio o seu conteúdo caseoso em quantidade suficiente, temos o desgosto de assistir, apesar de tudo, ao surgir de novo lesões.

O facto, bem conhecido dos médicos dos sanatórios de tuberculose óssea, de a meningite fazer em geral a sua aparição quando o doente se considera já entrado no período de cura, quer dizer, na altura em que a actividade do foco predominante está reduzida ao mínimo, vem também em apoio da nossa maneira de ver.

A própria evolução por surtos, tão característica da tuberculose crónica, traduzindo em última análise uma oscilação na capacidade de luta dos tecidos em face do bacilo de Koch, é, pelo menos em parte, plausivelmente explicável da mesma forma. Tirando os casos relativamente pouco numerosos duma doença inter-corrente, em especial o sarampo, a tosse convulsa e mesmo a gripe, ou causas de outro género como a fome, as más condições de vida, os excessos de qualquer ordem, — como regra muito geral, as repetições surgem inopinadamente, sem que, em rigor, alteração alguma do estado geral o faça prever com uma certa antecedência, sendo quase sempre illusórias todas as razões com que a família tenta justificar o sucedido. O declínio de meios de defesa específica, absolutamente compatível como vimos pelas observações apresentadas, com um estado geral florescente, parece-nos ser a mais natural das explicações.

Pugna ainda a favor de isto o facto, observado modernamente pelos investigadores que se deram ao trabalho de fazer *provas à tuberculina* em série, em doentes em período de intervalo, de veri-

ficarem o tornarem-se elas negativas com uma frequência não suspeitada até aqui, atribuível também logicamente à cessação completa da actividade do antigo foco tuberculoso. É bom lembrar que sensibilidade à tuberculina e imunidade adquirida, sendo coisas diferentes e mesmo até em certo ponto independentes, não deixam por isso de estar ligadas por uma origem comum — a existência no organismo de tecido tuberculoso activo, aparecendo ambas quando ele desaparece também, ainda que sem um sincronismo perfeito, como o chamado fenómeno de Koch veio demonstrar cabalmente.

Expostas assim as ilações que nos parece lógico deduzir dos factos clínicos apresentados, resta-nos ver se eles de algum modo se coadunam com aquilo a que sobre o assunto, através dos trabalhos de tuberculose experimental feitos em animais, têm chegado os vários investigadores.

Neste campo o que domina ainda é indiscutivelmente o fenómeno de Koch. Este consiste essencialmente no seguinte: Se a um animal são, virgem de tuberculose, se inocula uma emulsão de bacilos de Koch numa dose não exagerada, vê-se passados 2 ou 3 dias formar-se *in loco* uma placa inflamatória que aumenta, se ulcera e alastra invadindo os gânglios da região, que sofrem também a transformação caseosa. Se no mesmo animal, depois dum prazo de pelo menos 16 dias, se faz nova inoculação, então logo no fim de 12 a 24 horas aparece uma placa edemaciada e lívida, que se torna violácea e depois hemorrágica, acabando por necrosar e ser eliminada, ficando uma ulceração que rapidamente cicatriza sem ter atingido os gânglios da visinhança.

A experiência sensorial de Koch abriu um novo caminho aos investigadores e sobre o mesmo tema numerosos e com todas as variantes foram os trabalhos que se seguiram. Não vamos evidentemente tentar sequer fazer um relato de tudo o que sobre o assunto há publicado, limitando-nos a apresentar algumas das mais impressionantes conclusões a que se chegou já.

A primeira coisa bem averiguada é o fenómeno de Koch ser uma autêntica realidade. Quer isto dizer que um animal perfeitamente são, ao qual se faça uma inoculação de bacilos de Koch em dose não rapidamente mortal, adquire por esse facto uma capacidade de *reagir diferentemente* quando novamente venha a ser inoculado: não só a reacção é mais precoce (12 a 24 horas em lugar de 2 a 3 dias) mas dela resulta uma lesão necrótica, bem localizada, facilmente curável, e que não atinge os gânglios da região. Se como afirmam alguns experimentadores, esta *localização do processo* nem sempre se pode ter como absoluta, o que parece não deixar dúvidas, depois das experiências de ALLEN KRAUSE e WILIS, é a disseminação dos bacilos se fazer, pelo menos, muito mais tardia-

mente. Estes AA., com efeito, inoculando cobaias pela primeira vez, encontravam bacilos no sangue no fim de 4 a 5 dias, e com a reinoculação só os encontravam passadas 2 a 3 semanas.

A sensibilidade à tuberculina é também uma consequência obrigada da primeira inoculação e o seu aparecimento em geral precede um pouco o da *maior resistência* à reinfecção.

Há contudo um ponto, e de não pequena importância, sobre o qual as opiniões divergem: se, para quase todos os investigadores, tanto a sensibilidade à tuberculina como a imunidade adquirida se acham absolutamente condicionadas pela existência no organismo de *tecido tuberculoso*, para CALMETTE só o estado alérgico dependeria dele e a resistência à reinfecção poderia ser estabelecida pela simples presença de um bacilo avirulento em *parasitismo inócuo*.

LETULE, experimentando em bovídeos, verificou que a reabsorção das lesões feitas pela primeira inoculação acarretava sempre o desaparecimento da imunidade; por sua vez, outros investigadores inocularam gatos com raças atenuadas de bacilos de Koch, nomeadamente com o próprio B. C. G., e pondo-os depois em contágio permanente observaram então que uma maior resistência à reinfecção natural, manifestada de princípio, desaparecia quando se prolongava o tempo de contágio. Perante isto, a hipótese de CALMETTE fica sofrivelmente abalada.

O que parece também coisa bem assente é não serem estas novas propriedades adquiridas pelo organismo ligadas à existência de quaisquer anticorpos no soro sanguíneo; tratar-se-ia verosimilmente de uma alteração específica das próprias células.

Este resumidíssimo apanhado que acabamos de fazer basta para se avaliar até que ponto estão de acordo e se completam as ilacções tiradas directamente da clínica e os resultados obtidos no laboratório. O fenómeno de Koch mostra-nos principalmente o lado positivo da questão, quer dizer o aumento de resistência dos tecidos em face do bacilo de Koch determinado pela existência prévia de um foco tuberculoso. O seu aspecto negativo encarra-se a clínica, como vimos, de no-lo revelar pela reactivação tantas vezes observada dos focos dormentes, quando de qualquer forma se anula a lesão activa dominante.

Em resumo:

Quando o bacilo de Koch, levado até à intimidade dos tecidos, consegue vencer a resistência, variável de caso para caso, que estes naturalmente lhe opõem, formando-se a lesão tuberculosa, o organismo adquire por esse facto faculdades novas: não só se torna sensível à tuberculina como as próprias células passam a oferecer ao mesmo agente agressor uma resistência diversa e mais eficiente.

Este facto, revelado no campo experimental pelo chamado *fenómeno de Koch*, é-nos plenamente confirmado na clínica pela reactivação violenta dos focos latentes que tantas vezes segue a anulação, por ablação cirúrgica ou por bloqueio (colapso do pulmão), da lesão activa dominante, em condições nas quais não é legítimo evocar qualquer outra causa.

O mais impressionante neste recrudescimento dos focos apagados é ele irromper não imediatamente após a supressão do foco activo, mas só passado um período de várias semanas, quando o individuo, já liberto da primitiva intoxicação própria da doença, se encontra às vezes com um estado geral francamente florescente, como se neste intervalo, *por falta de um elemento específico de defesa*, o atacante adquirindo novo vigor passasse a dominar por completo a situação, exactamente quando, dadas as condições gerais do organismo, isso menos seria de esperar.

Não haveria portanto na tuberculose uma imunidade adquirida no verdadeiro sentido da palavra, mas simplesmente uma maior e melhor resistência dos tecidos à reinfeccção pelo bacilo de Koch, determinada pela presença de um foco tuberculoso, directamente ligada à sua actividade, e que cessa logo que ele desaparece.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXA, A. — Ann. Inst. Pasteur, 1928.
 BOQUET, A. — Ann. Inst. Pasteur, 1933
 BOQUET, A. — Encicloped. méd. cirúrg. Hipersensibilidade e imunidade.
 CALMETTE, A. e GUERIN, G. — Ann. Inst. Pasteur, 1924.
 BARLARO — Lições de Patologia Médica.
 BEZANÇON e PHILIBERT — Rev. de Patol., 1923.
 LANGUE, E. — Zeits. f. Tuberk., 1924.
 MEYER, E. — Am. Rev. Tub., 1920.
 GOLDBERG — Tuberculose clinica.
 JIMÉNEZ DÍAZ — Patologia médica, 1940.
 WEIL, J. A. — Les poisons du bacille tuberculeux et les reactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Paris, 1936.
 KRAUSE — Am. Rev. Tub., 1920.
 KRAUSE e WILLIS — Am. Rev. Tub., 1925 e 1926.
 METALNIKOF — Ann. Inst. Past., 1922; L'infection microbienne et l'immunité chez le mite d'abeille. Paris, 1927.
 MORO e KELLER — Deutsch. Med. Woschr., 635, 1925.
 JOUSSET — Journ. méd. franç., 1922.
 ARLOING, F., e DUFOUR — Rev. de la Tub., 1924.
 ROMER e JOSEPH — Klin. Tuberc., 1909 e 1910.
 TAPIA — Formas anatomo-clínicas da tub. pulm., 1941.
 TERASFAN — Press. méd., 8 e 22, 1923.
 VON PIRQUET — Allergie, 1910.
 BORDET, T. — Traité de la Immunité.



Sulfamidoterapia

em **doses reduzidas** com

IRGAFENE

Novo quimioterápico de elevado poder terapêutico.

Características e vantagens:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Indicações: | Pneumonias, colibaciloses, estrepto, estafilo e meningococcias, disenterias infecciosas. |
| 2. Posologia: | As doses diárias e totais são 30-50 % inferiores às das outras sulfamidas. |
| 3. Nova forma de administração: | Com intervalos de 8-10 horas, não sendo portanto necessário interromper o repouso nocturno do doente. |
| 4. Terapêutica combinada: | Nos processos graves associar-se à ao tratamento pelo IRGAFENE uma a duas injeções endovenosas de IRGAMIDE. |

Apresentação: Comprimidos de 0,5 grs.: Tubos de 20 comprimidos embalagens hospitalares de 250 e 1.000 comprimidos.

J. R. GEIGY S. A., BASILEIA (Suíça)

Representante para Portugal e Colónias:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — Porto

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-collite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habituação e morfínomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinino-terapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVOS DO INSTITUTO BACTERIOLÓGICO CAMARA PESTANA, IX, n.º 1 (1943): *Permeabilidade da placenta ao vírus rábico inoculado a fetos de coelha*, por J. Cândido de Oliveira e Alberto Bettencourt; *Classificação serológica de algumas estirpes de bacilos da desinteria*, por Mendes da Silva; *Bacteriemia experimental pelo Streptococcus viridans*, por F. Rodrigues Nogueira; *Ação do Hemophilus pertussis e dos seus produtos tóxicos sobre o embrião do frango*, por Manuel R. Pinto; *Inconvenientes do método de Burri para a demonstração da cápsula*, por António Filipe.

Bacteriemia experimental pelo estreptococo viridans.— Proseguindo nas suas investigações sobre a bacteriemia experimental, o A. estuda agora o problema da fixação do micróbio pelos tecidos, utilizando o coelho por ser resistente à infecção pela bacteria citada. Para isso injectou número variável de elementos em vários órgãos, procurando depois avaliar a sua retenção, assim como a existência de bacterias no sangue circulante e no sangue do órgão. Concluiu dessas experiências que há fixação rápida em todos os órgãos, especialmente intensa nos que são ricos em sistema retículo-endotelial (fígado e baço), conservando-se em todos durante pelos menos 48 horas, não estando a sua abundância em relação com a quantidade de bacterias injectadas, o que mostra o papel predominante do estado funcional dos elementos activos das vísceras; a quantidade de bacterias retidas é sensivelmente igual no órgão com sangue e sem sangue, o que afasta a hipótese da retenção dos micróbios nos capilares.

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XVI, 1944.— N.º 3 (Dezembro): *Roberto Carvalho*, por Hernâni Monteiro e Albano Ramos; *Os problemas terapêuticos do cancro da mama*, por Roberto Carvalho; *Formas exo-eritrocíticas da malária*, por Fernando Fonseca.

Roberto Carvalho.— Biografia do grande radiologista, desaparecido da vida há pouco mais de um ano, com nota de 104 trabalhos que deixou publicados. Outros ainda, como aquele que a seguir vamos reproduzir quase na integra, já os não pôde ver em letra de fôrma, levado por morte prematura, em consequência de hipertensão maligna, cuja causa pode filiar-se em lesões produzidas pelas irradiações.

Os problemas terapêuticos do cancro da mama.— Quando se medita sobre os numerosos trabalhos de ordem cirúrgica e radiológica consagrados ao tratamento do cancro da mama, sobre a diversidade das experiências clínicas e experimentais, e sobre as estatísticas e resultados diferentes e contraditórios, é ainda legitimo perguntar:— como devemos proceder?

Só pode ser dada a resposta à luz dum estudo teórico dos dados do problema, duma análise das bases biológicas da radioterápia aplicada ao caso particular «cancro da mama», e duma revisão das estatísticas.

O cancro da mama, pela sua frequência e variedade, apresenta problemas constantes à nossa profissão. Diz-se a cada passo que o seu tratamento é universalmente aceite, e que consiste na operação, na radioterápia, ou nos dois agentes combinados. É certo que a finalidade de toda a terapêutica é curar ao máximo, sendo possível. Ora, no cancro da mama, a cura é teoricamente possível pela cirurgia radical, mas, infelizmente, só é em certos casos precoces (e nem em todos), porque se o mal invadiu o sistema linfático ou sanguíneo, torna-se um processo generalizado, em vez de localizado. Sob o ponto de vista estritamente anatómico, embora se trate dum órgão de fácil acesso à vista e à palpação, as suas relações fisiológicas são complexas e mal conhecidas, e os problemas são por isso também complexos. É órgão acessório de reprodução, intimamente ligado a uma multiplicidade de alterações endocrínicas, que podem e devem influenciar a sua actividade. «Consequentemente, estas modificações celulares, actuando durante o ritmo menstrual, prenhes e lactação, influenciam a progressão da doença no seu curso variável» (Orville, Merland).

A mama é um órgão composto de textura glandular tão variada, gordura e tecido conjuntivo, que a lesão pode evoluir rapidamente ou insidiosamente, sem formação de massa palpável, que limite uma perfeita localização. Estes factos mostram, assim, que o diagnóstico precoce, e até tardio, é por vezes difícil, como é difícil uma operação sem recidivas.

Diagnóstico.— É este o primeiro problema. Segundo Isaac Levin, na 1.^a fase da doença, o diagnóstico é muitas vezes difícil. Tumor encapsulado, móvel, numa mama de aparência normal e em pessoa nova, é frequentemente um adeno-fibroma ou cistadenoma, e neste caso a cirurgia local resolve o problema. Mas alguns tumores podem degenerar, e casos de autêntico carcinoma têm-se verificado em pessoas jovens. Por isso, é de boa regra não dever desprezar-se o seu estudo histológico, e se o exame fôr positivo ou suspeito, proceder à mastectomia. Se um tumor solitário, em mama de aspecto normal, tiver consistência dura e nodular sem limites definidos, é maligno. O problema é mais delicado quando o carcinoma evolue em mama com mastite crónica cística, e ainda mais difícil quando, como acontece às vezes, ambos os seios são atingidos. Nem a transiluminação nem a mastografia revelam qualquer diferença entre a parte cística e a maligna. Apenas a palpação mostra que a área maligna é mais dura em consistência, e mais nitidamente nodular. Sendo assim, é impossível esperar um diagnóstico seguro por biopsia (trocarre ou aspiração); o único recurso é operar largamente. Das investigações de Handley conclue-se que a electrocirurgia é a melhor técnica nestes casos, não porque ela tenha qualquer virtude mágica, prevenindo implantação local celular, mas porque o corte é mais perfeito, é

menos traumatizante, o que importa no problema das metástases. O diagnóstico, pelo método de Martin e Ellis, tem dado resultado nalguns casos, como elucidação ante-operatória, mas o seu êxito depende essencialmente da experiência e cooperação do patologista, e perícia do operador, embora Ewing diga: «dos estudos clínicos e patológicos, tenho a impressão de que no que diz respeito a carcinoma mamário, a cirurgia esbarra com maiores dificuldades e incertezas do que em qualquer outra forma da doença». Os tipos anatómicos são tão numerosos, as variantes de evolução clínica tão grandes, os caminhos de disseminação tão livres e diversos, as dificuldades de avaliar as condições de momento tão complexas e o sacrifício dos tecidos tão grande, que tornam impossível, na maioria dos casos, um ajuste razoável e perfeito de meios, para os fins convenientes.

Classificação. — Pare se poderem comparar resultados terapêuticos e até prognósticos, procura-se classificar as lesões. Os patologistas, na base da histogênese e morfologia (classificação falível), tentam distingui-las por adjectivos descritivos para caracterizar diferenças de aparência histológica, o que dá origem a confusão quando o clínico procura interpretar manifestações ou evolução clínica de acôrdo com êsses adjectivos, que apenas descrevem morfologia, mas não dão ideia da extensão da doença. James Ewing sugere uma classificação de acôrdo com a histogênese, apontando contudo as dificuldades. Os termos empregados para a especificar são intermeados com terminologia clínica e adjectivos descrevendo a forma; por exemplo: as palavras «mucoso e gelatinoso» figuram como entidade individual, ainda que um ou outro adenocarcinoma desenvolvido em cistos, apresentando diferenças morfológicas, possa produzir muco ou gelatina intracelular. A doença de Paget é classificada como um carcinoma, mas esta doença do mamilo, que Paget primeiro descreveu, pode aparentemente ser benigna num caso e maligna noutro, e assim um termo clínico é utilizado como se fosse uma entidade patológica. O mesmo se pode dizer do carcinoma em couraça. A sweat-gland pode também ser ou não ser um carcinoma glandular primário.

Eis a classificação de Ewing: — 1.º Adenocarcinoma aparecendo em cistos. 2.º Carcinoma mucoso ou gelatinoso. 3.º Carcinoma dos ductos (localizado, difuso). 4.º Doença de Paget. 5.º Carcinoma das mastites crônicas. 6.º Sweat-gland cancer (crancro secretor). 7.º Carcinoma inflamatório. 8.º Designações históricas (medular, cirroso, fibrocarcinoma, em couraça, simples).

Classificações como esta podem satisfazer os patalogistas, mas as classificações baseadas nos actuais conhecimentos histogenéticos (características histológicas, ou citológicas) não satisfazem o clínico com proveito e consistência, de molde a estabelecer prognóstico ou atitude terapêutica, e a principal objecção é que tumores aparentemente da mesma origem podem apresentar um ou vários tipos morfológicos diferentes, e isto nada nos diz da extensão anatómica. Há doentes com elevada malignidade

histológica em tumores localizados e facilmente operáveis, que vivem longos anos, enquanto que outros com muito menos malignidade e diferenciação morrem pela maior extensão da doença. Alguns autores têm procurado uma classificação de acôrdo com as variações de algumas características histológicas, indicando diferenças nos graus de anaplasia, e assim variantes de malignidade. A ideia é de Hansemann quando diz: «O grau de anaplasia é índice de grau de malignidade e de valor gnóstico.» Nesta base apresenta Haagenson outra variante.

Mas estas classificações requerem a remoção dos tecidos, e não derivam de qualquer noção clínica, de diferenças individuais, etc.; e os autores concluem que: — «a gradação histológica é apenas uma aproximação, e não deve ser considerada como competindo com elementos clínicos no prognóstico que é de regra importante.» E Ewing acrescenta: «when it comes to predicting what will happen to a patient, certainly no pathologist and no clinician will ever say that histological grading will give us the information that can be obtained from the clinical index.» Isto não é tudo.

Histologia. — A melhor demonstração da diversidade de opiniões dos histologistas, no que respeita a «test de cancerização» é a consulta feita em diversos países por Lewis Grecory Cole. Esta eminente personalidade escolheu 8 cortes microscópicos entre peças cirúrgicas e necrópsicas, os quais foram submetidos a diagnóstico por 23 anatomo-patologistas de nomeada (franceses e americanos). Em França foram Masson, Lacassagne e Ivan Bertrand. Cada patologista examinou os mesmos cortes e respondeu às perguntas assim formuladas: 1.º A lesão é maligna? Sim ou não. 2.º Qual o tipo de lesão? — carcinoma, sarcoma, etc.? Sobre que critério baseia V. Ex.^a a sua opinião? (a) disposição celular? (b) forma e dimensões das células? (c) alterações nucleares? (d) modificações dos cromosomas? (e) afinidade para os corantes? (f) invasão das formações vizinhas? Entre êsses 23 patologistas, estabeleceu-se um desacordo frequente e profundo. Em nenhum caso o diagnóstico foi posto por unanimidade. Eis, segundo Cole, as razões deste desacordo: diferentes patologistas fazem observações microscópicas diferentes ao examinar as mesmas preparações. Mesmo quando observam os mesmos aspectos, uns pensam em malignidade, outros não. Alguns histologistas baseiam a sua opinião sobre uma impressão geral. «Isto parece qualquer coisa que eu já vi.» Outros analisam e dizem que concluem malignidade, porque se trata dum carcinoma antes que dum sarcoma. Há muitas vezes excesso de pressa no exame do corte e pouco cuidado na escolha do critério. O trabalho prolongado, a fadiga, conduzem a frequentes êrros de diagnóstico. Estas razões são aceites e confirmadas por Ewing, bem conhecido anatomo-patologista americano. «Uma falta de unanimidade na terminologia conduz a diferenças aparentes de opinião, diferenças atenuadas ou eliminadas, se se adoptasse uma única terminologia.» Falta de sentido sôbre o significado exacto

DÊCAL

CÁLCIO · FÓSFORO · VITAMINA D

PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RAQUITISMO,
ESPASMOFILIA, OSTEOMALACIA, ARTRITISMO
ESGOTAMENTO FÍSICO E INTELECTUAL
GRAVIDEZ E PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO
DENTIÇÃO TARDIA · ANOREXIA, NEU-
RASTENIA, ANEMIAS E CONVALESCENÇAS

Caixa de 24 comprimidos chocolatados de inosito-hexafosfato de cálcio
e de magnésio, glicerofosfato de cálcio, ácido nucleínico e calciferol.

LABORATÓRIO FIDELIS



DIRECTOR-TÉCNICO:
FERREIRA DINHO
77, RUA DE S. DIMITRI, LISBOA

ANTI-GRIPAIS BARRAL

▬▬▬ **QUETACHIM** ▬▬▬

GUAIACOL, QUININA BÁSICA, CÂNFORA E ESSÊNCIAS AROMÁTICAS
GRIPES / BRONQUITES / BRONCO-PNEUMONIAS

Ampolas de 2 c.c. para injeções intramusculares

▬▬▬ **DIOMEL** = Xarope ▬▬▬

Sulfoguaiacolato de potássio, canfossulfonato de efedrina, acônito, beladona, etc.
Anti-séptico, Expectorante, Sedativo e Anti-espasmódico

▬▬▬ **BALSOPEX** = Bálsamo revulsivo ▬▬▬

Óleos essenciais de eucalipto, cedro, terebintina, etc.

RESFRIAMENTOS / CATARROS NASAIS / GRIPES

▬▬▬ **PANSPIRIL** = Ácido acetilossalicílico ▬▬▬

▬▬▬ **CAFIPANSPIRIL** = Ácido acetilossalicílico e cafeína ▬▬▬

Anti-reumáticos / Anti-gripais / Anti-piréticos / Analgésicos
EM COMPRIMIDOS

Laboratórios da Farmácia Barral

Depositários no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

de certos termos correntes, como: anaplasia, hiperchromasia, cytoplasia, indiferenciado, etc., o que leva a uma grande confusão. Muitos patologistas, aceitando uma mesma definição, não a aplicam a imagens específicas em cortes identicos. Os cortes habituais são de dimensões restritas, podem permitir diagnóstico positivo, mas não negativo. As colorações únicas são inadequadas. A hematoxilina-eosina é excelente sob o ponto de vista citológico, mas pouco satisfatória para o estudo das modificações arquitetônicas. Os cortes tal qual se praticam, e são corados correntemente, não permitem em mais de 90 % dos laboratórios pôr um diagnóstico negativo de cancro.

Classificações clínicas — Várias têm sido propostas, mas a de Steintal é a mais utilizada. O 1.º grupo compreende: tumor isolado medindo poucos centímetros de diâmetro, bem localizado à glândula mamária; pele intacta, poucos nódulos axilares, ou só descobertos na operação. O 2.º grupo compreende: tumor evolutivo em crescimento, depois estacionário por algum tempo, nova progressão em crescimento, a pele aderente e nódulos axilares bem evidentes. O 3.º grupo compreende: grande porção de mama atingida, nítida invasão da pele e tecidos circunvizinhos, nódulos axilares e supraclaviculares. Anschutz divide o segundo grupo em 3 estádios, como Portman.

Crítica: — no primeiro grupo, nos tumores pequenos, é difícil calcular o crescimento, porque o doente em regra não sabe informar o clínico, e o início pode ter evolução diferente daquela que o doente pensa. Por sua vez, o tamanho do tumor não nos elucida seguramente sobre a extensão da doença, porque não é raro surgirem metástases distantes em tumores pequenos, e pelo contrário grandes tumores sem metástases. A presença de metástases axilares contradiz o postulado prévio que implica uma localização exacta da doença à glândula mamária. No segundo grupo, é difícil saber a relação que existe entre o tumor primitivo e o aparecimento das metástases axilares. A variante de Portmann está sujeita à mesma crítica.

Em todos os casos de carcinoma, I. Levin divide-os em nove fases para cada uma das quais indica variantes de terapêutica. Primeira fase — ausência de invasão dos tecidos vizinhos ou metástases; segunda fase — metástases exclusivamente axilares; terceira fase — metástases axilares, supra e infra-claviculares; quarta fase — tumor ulcerado mas móvel sobre a parede torácica; quinta fase — tumor fixado à parede torácica; sexta fase — recidiva local após mastectomia radical; sétima fase — metástases pulmonares; oitava fase — metástases ósseas; nona fase — metástases hepáticas ou carcinomatose generalizada.

Um outro método de classificação com fim prognóstico foi proposto por Lee e Stubenbow e baseia-se em dados clínicos, que a prática mostrou terem relativo significado patológico (idade, lactação, ritmo de crescimento e extensão da lesão). Esta maneira de encarar o problema tem o defeito de partir do principio de que o diagnóstico exacto foi préviam-

mente feito, o que, como já se disse, nem sempre é possível, especialmente entre benignidade e malignidade. Depois, há factores variáveis que dependem mais da história pessoal do que de factores clínicos evidentes. Assim, o 1.º é baseado na idade do doente, partindo da noção de os tumores serem mais malignos nas pessoas novas, e de que nestas crescem mais rapidamente do que nas pessoas idosas. Há doentes de 40 e até de mais de 50 anos, com tumores bem localizados, não evolutivos e sem metástases, com prognóstico favorável quando correctamente operados. Isto diz que, no momento terapêutico, é a extensão da doença o factor principal, e não a idade do doente, sendo os outros factores os mesmos. O 2.º elemento clínico, é o que se refere à lactação, a qual tem influência no crescimento, e se o tumor puder ser extraído antes que se estenda à glândula, o prognóstico será mais favorável. Infelizmente, os processos neoplásicos que se desenvolvem durante a gravidez associam-se a certos factores de actividade fisiológica da glândula mamária, e a evolução é por isso mais rápida. O 3.º factor está dependente do tempo em que o doente notou a doença. O 4.º factor é de cálculo difícil, isto é, o tamanho do tumor, porque alguns desenvolvem-se duma maneira difusa, e há outros pequenos (menos de 3 cm.) com metástases precoces. A questão da presença ou ausência de metástases axilares só em cerca de metade dos casos pode prever-se. Em conclusão: todos estes métodos de classificação estão sujeitos à crítica.

O critério de operabilidade varia nas diferentes clínicas e entre os cirurgiões, de modo que a apreciação e confronto das estatísticas é difícil e confusa, e assim os resultados obtidos pelos variados métodos radio-terápicos não podem ser rigorosamente apreciados. Sckenck, apontando a indispensabilidade de um cuidadoso exame clínico que deve compreender a inspecção e palpação da mama doente, axila e braço, fossa supraclavicular, e a mama oposta, incluindo as mesmas regiões, apresenta uma classificação em que os sinais clínicos colhidos na mama doente são designados pelo agrupamento A, os da axila por B, os supraclaviculares por C, os da mama oposta por D, e os outros órgãos (metástases) por E. O agrupamento A compreende 3 grupos: o 1.º indica o tamanho do maior diâmetro do tumor; o 2.º o estado da pele, compreendendo 5 variantes, que traduzem o aspecto clínico. Assim: 2 A indica que a pele está envolvida no processo por edema, dureza ou casca de laranja; 2 B que há um ou mais nódulos na pele; 2 C cancro em couraça. O 3.º grupo é reservado para os casos em que há aderências aos peitorais e fásia. Os sinais encontrados na axila são representados pela letra B, que compreende 5 grupos. B 1 indica que cada nódulo palpável tem menos que 2 cm. de diâmetro. B 2 que os nódulos são volumosos. B 3 que estão aderentes à pele. B 4 que estão ulcerados. B 5, edema. O agrupamento C é reservado para os casos que apresentem sinais clínicos de um ou mais gânglios supraclaviculares do lado doente. O aspecto da mama oposta será designado por D. Por exemplo: tumor

da mama D 1, lesões cutâneas ou subcutâneas D 2, nódulos subcutâneos D 3, nódulos axilares D 4 e supraclaviculares D 5. As metástases a distância entram no agrupamento E, que compreende: E 1, as do tórax; E 2, as do esqueleto; E 3, de outros órgãos e outras regiões.

É evidente que esta classificação clínica proposta por S. G. Skenck, designando cada caso dentro de categoria apropriada e determinada, não só permite uma melhor e mais perfeita apreciação estatística dos resultados posteriormente obtidos, como precisa melhor a operabilidade ou não operabilidade, o efeito comparativo da radioterapia e a prognose. Assim:

Casos operáveis: 1.º tumores de diâmetro inferior a 6 cm; 2.º tumores não aderentes à pele; 3.º tumores não aderentes aos tecidos da parede torácica; 4.º nódulos axilares não superiores a 3 em número, e mais pequenos que 2 cm de diâmetro; 5.º ausência de nódulos supraclaviculares; 6.º ausência de lesões na mama oposta e gânglios regionais; 7.º ausência de metástases a distância.

Casos inoperáveis: 1.º tumor primário maior que 6 cm; 2.º aderente à pele, com edema, consistência dura, nódulos inflamados ou ulcerados, ou aspecto em couraça; 3.º tumor aderente à parede torácica; 4.º gânglios axilares maiores que 3 cm, fixados, ou edema axilar; 5.º gânglios supraclaviculares; 6.º lesões na mama oposta, ou gânglios regionais; 7.º metástases a distância.

Segundo o tipo histológico, os epitelomas de mulher nova não devem ser operados senão depois de convenientemente irradiados (e só nalguns casos), pelos maus resultados cirúrgicos e evolução rápida do tumor (nestes casos alguns autores aconselham esterilização ovárica). Nos cirros só radioterapia. Na doença de Paget, cirurgia larga, precedida e seguida de R. X. Sarcomas: cirurgia, só nos casos recentes precedida de raios X, ou principalmente radioterapia post-operatória.

Dentro dos factores constitucionais é a idade do doente o mais importante. Alguns cirurgições declinam operar doentes de idade inferior a 30 anos.

Embora alguns sinais físicos sejam de importância no diagnóstico, isoladamente não têm valor absoluto na questão da operabilidade. Mas há outros, tais como: ulceração e edema, que por si sós decidem a questão. A localização do tumor é já um dos factores a considerar em primeiro lugar. A importância da mensuração do tumor é grande, e a experiência mostrou que o prognóstico é tanto pior quanto maior é o tamanho do tumor. A temperatura local elevada tem pouco significado. Nos casos avançados, significa invasão da pele, e este carcinoma chamado inflamatório é de mau prognóstico e inoperável. O edema é um sinal importante.

Eis, segundo Haagensen e Stout, as regras de inoperabilidade: —

- 1.º Quando o carcinoma se desenvolve durante a gravidez ou lactação.
- 2.º Quando há edema extenso.
- 3.º Quando há nódulos inter-costais ou para-externais.
- 4.º Quando há nódulos satélites sobre a pele.
- 5.º Quando há edema do braço.
- 6.º Quando há metástases supra-clavi-

culares. 7.º Quando o carcinoma é de tipo inflamatório. 8.º Metástases a distância. 9.º Quando dois ou mais dos sinais seguintes são notados: a) ulceração da pele; b) edema da pele de extensão limitada; c) fixação do tumor à parede do tórax; d) nódulos axilares; e) fixação dos nódulos à pele ou estruturas profundas da axilla.

Tratamento — Qual é o valor da irradiação pré ou post-operatória? Este é o primeiro ponto em discussão. Se ela é efectiva, como se sabe, destruindo células cancerosas residuais após a operação, parece que é lógico admitir que o seu efeito deve ser igual, ou até maior, quando aplicado antes da intervenção cirúrgica. Aceite este princípio, temos porém de considerar vários problemas. O primeiro está ligado às modificações histológicas que se têm observado nos tumores irradiados, e que Menlick e Halley resumem assim: 1.º Não há dúvida que depois de um período latente de poucos dias, um grande número de células tumorais começa a degenerar e sucumbe por um processo de rádionecrose (os detalhes desta necrose foram de sobejo já descritos por Ludford). O 2.º tipo de modificações histológicas consiste num mecanismo inflamatório ou reaccional (infiltração de várias espécies de leucocitos), assim como na proliferação de tecido conjuntivo fibroso, e também obliteração dos vasos sanguíneos e linfáticos em várias zonas. Estas observações demonstram que a irradiação estimula o mecanismo reaccional natural do corpo, no combate das células tumorais. Ewing é de opinião que esta fibrose e obliteração vascular é pelo menos igual, em importância, à acção directa da radiação sobre as células tumorais. Na base deste conceito, podemos concluir a possibilidade de destruir muitas células tumorais, privando-as de sangue, e também por bloqueio num tecido denso de cicatriz, e ainda precavendo a sua disseminação por obliteração vascular e linfática em vários graus. O 3.º tipo de modificação consiste numa mutação curiosa de algumas características celulares. Por vezes tornam-se mais adultas, transformam a metaplasia escamosa em carcinoma de células escamosas, ou apresentam aparência benigna, formas bizarras, gigantes, etc. «Para se obterem estes efeitos, diz Adair que é preciso esperar um mínimo de 2 meses». Mas o efeito mortífero sobre as células mais sensíveis (maior actividade de reprodução), a fibrose, a endartrite, etc., consome 8 a 10 semanas. Este compasso de espera impacienta o médico e o doente.

E, assim, surgiram 2 métodos opostos na maneira de actuar. O primeiro aconselha irradiação curta dentro de 8 ou a 15 dias, conforme os casos, seguida imediatamente de operação, antes que a reacção cutânea ou do tecido de base apareça, e este mesmo critério será seguido no tratamento post-operatório; à luz do que acima fica exposto, não parece criterioso este processo, porque não houve tempo de se obter a óptima danificação celular, a radionecrose primária dos elementos mais radiosensíveis, etc.. No segundo método, propõe-se longo intervalo entre a irradiação e a operação.

Algumas
NOVIDADES LITERÁRIAS

APRESENTADAS

POR

**EDIÇÕES
ALTURA**

47, RUA DE CANDIDO DOS REIS, 49

PORTO — PORTUGAL



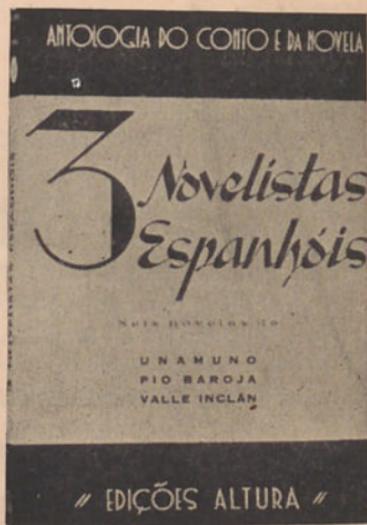
3 *Novelistas Espanhóis*

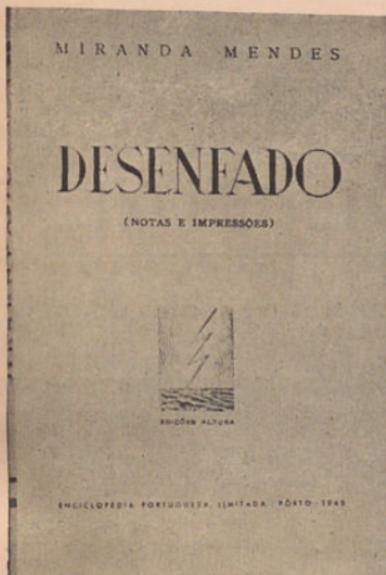
A prosa férrea, a um tempo humana e sarcástica, de UNAMUNO; o ansioso tumultuar dos *tipos* de BAROJA reunindo em si as correntes mais contraditórias e as figuras mais bizarras e humanas; a poesia embaladora de VALLE-INCLÁN, poeta mesmo quando nos dá novelas, eis o que é este livro que reúne algumas das melhores obras dos tres maiores prosadores da geração espanhola de 98.

Vol. broch. Esc. 15\$00

MAUPRAT — Um dos mais belos romances de GEORGE SAND. Obra em que magistralmente se retratam curiosas figuras e se focam episódios bem representativos da época que antecedeu a Revolução Francesa. Através das suas 354 páginas, que vivamente prendem a atenção do leitor, assiste-se ao desenrolar de um emocionante conflito de amor em que se chocam princípios, idéias e interesses.

Vol. broch. Esc. 25\$00





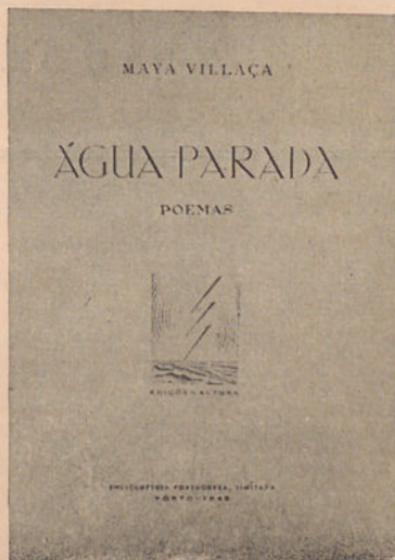
ÁGUA PARADA — Poemas de **MAYA VILLAÇA**, poeta cujo aparecimento foi saudado pela crítica como sendo um dos grandes Poetas da nova geração. Profundamente interiorista, alia à profundidade dos temas a beleza rítmica da forma, afirmando-se, como a crítica o definiu, um dos casos mais humanos dos poetas portugueses novos e um novo valor que se supera de poema para poema.

Um volume artisticamente apresentado, broch. em cartolina couché

Esc. 20\$00

DESENFADO — Um livro de literatura agradável que se lê dum folego. As suas páginas cheias de fé e de confiança na vida são depoimento sentido e vivido em que o aspecto humano ocupa um lugar predominante, animando as palavras, os conceitos e as intenções renovadoras do seu autor — o **DR. MIRANDA MENDES**.

Vol. broch. Esc. 14\$00



EM DISTRIBUIÇÃO:

OS PRIMEIROS VOLUMES DA

SÉRIE POLICIAL

com a colaboração dos melhores autores modernos do género.

Uma autentica revolução no **ROMANCE POLICIAL** quanto à selecção e apresentação

EDIÇÕES ALTURA

47, RUA DE CANDIDO DOS REIS, 49 — PORTO — PORTUGAL

.....

.....

.....

Várias experiências demonstram que a irradiação pré-operatória é útil por um período de 4 a 5 semanas, no sentido de reduzir as células tumorais a um mínimo numérico; 4 semanas depois do tratamento, o carcinoma começa a proliferar pela sobrevivência de certos grupos celulares que não foram siderados (fase estacionária de reprodução, o que acontece em cerca de 90 % dos cancros da mama.

Com o método fraccionado, a obliteração dos vasos sanguíneos e linfáticos pode entretantos não aparecer, e por isso é preciso operar antes que o tumor retome o seu crescimento, e volte ao mesmo estado da pré-irradiação, com perigo de invasão e metástases.

A irradiação pré-operatória tem por fim desvitalizar ou destruir os tipos mais malignos de células, bloquear os linfáticos, e tornar o tecido normal menos receptor à implantação celular, e está indicada sempre, ou pelo menos a partir da 2.^a fase. Afirmo Berven: «Tenho tratado casos de evolução avançada, e tenho visto o tumor diminuir de tamanho, tornar-se móvel, e nunca vi o tumor aumentar de tamanho a partir do tratamento». Esta opinião, aliás confirmada por Jungling e muitos outros, não oferece controvérsia. Acentua Pfaller que o tratamento pré-operatório dá 62 % de sobreviventes por mais de 3 anos, e 5 % por mais de 5 anos, o que muito ultrapassa em sobrevivência os casos não irradiados.

O tratamento pré-operatório tem muito mais valor que o post-operatório (Quick); é a primeira linha de defesa, e deve ser utilizado em todos os casos (Soiland), principalmente nas mulheres novas onde a cirurgia apenas dá 30 % de curas em mais de 5 anos (Cutler). As vantagens imediatas são nítidas para tumores dificilmente operáveis, extensos, que reduzem de volume; os ulcerados cicatrizam mais ou menos, as adenopatias modificam-se de modo apreciável (Hermet). As vantagens longínquas são não só a melhora em resultados tardios, mas também um maior aumento na sobrevivência dos doentes.

As objecções feitas à irradiação pré-operatória podem resumir-se: 1.^o, possível perigo de disseminação durante o tempo que medeia entre a irradiação e o acto cirúrgico; 2.^o, dificultar o acto cirúrgico; 3.^o, a relativa radio-resistência de cancros mamários para doses elevadas de radiação.

A primeira objecção é formalmente desmentida pelos conhecimentos histológicos acima expostos e pelos trabalhos anatomo-clínicos de Roussy e Leroux. Quanto à segunda, se quiséssemos buscar argumentos de autoridades estrangeiras, formaríamos lista numerosa. Pensamos ser suficiente a opinião de uma autoridade nacional (Prof. Dr. Francisco Gentil) quando, numa estatística de 4.500 casos e numa admirável lição, nos diz: «Podemos afirmar, repito, que a roentgenterápia pré-operatória não dá maior hemorragia, não dá maior dificuldade operatória, não dá dificuldade de cicatrização, não trás por consequência qualquer inconveniente, nem no acto cirúrgico, nem no período post-operatório». Esta

opinião é confirmada entre outros por Jungling, Ducuing, que acentuam ainda a vantagem de tornar inactivo o crescimento do tumor. Lee, Westermarck, Wintz e Vassaliadi dizem que ele é muito mais lógico que o post-operatório, favorecendo até a intervenção cirúrgica. Segundo Downs, as reacções que podem aparecer depois de um tratamento intensivo seriam as seguintes: 1.º uma pleuropulmonite, isto é uma reacção edematosa que é transitória e que desaparece dentro de um ano, se os pulmões forem normais. 2.º Uma fibrose que é permanente, mas que raríssimas vezes aparece, a não ser que os pulmões já estejam doentes previamente por metástases, doença crónica ou infecção.

A irradiação pré-operatória não torna mais difícil a operação, e a cicatriz operatória não é praticamente perturbada. O tratamento pré-operatório permite ainda tirar indicações sobre as modalidades da irradiação post-operatória, assim como sobre a sua oportunidade.

Roentgenterápia, — Qualquer que seja a técnica, as condições que deve reunir são as seguintes: 1.ª distribuir por todo o território de propagação do carcinoma uma dose de 90 a 100 % da dose eritema. 2.ª dose o mais uniforme possível em toda a superfície. 3.ª respeitar ao máximo tecidos vizinhos, nomeadamente pulmões e coração. Os métodos podem dividir-se em dois grupos: o directo e o tangencial. No 1.º, a irradiação é projectada a pique sobre a parede torácica; no 2.º, tangencialmente à parede. No método directo, usam-se pequenos campos de 6×8 até 10×15 justapostos de maneira a abrangerem a totalidade da mama; a fácil sobreposição dos campos, o seu cruzamento em profundidade, produzindo dose excessiva, contraíndicam este método, ainda que se empregue baixa voltagem, porque a dose em profundidade é sensivelmente a mesma. Holfelder, Wintz e Finzi têm-se esforçado por obter uma irradiação homogénea, empregando campos tangenciais: o interno, orientado para a axila a partir da linha médio-esternal até à linha axilar anterior; o lateral ou externo, da linha axilar posterior para a linha médio-esternal. Uma variante dêste método, que nos parece racional, é a que Ernest May aconselha; êste autor utiliza três campos, alegando que a irradiação é mais homogénea e dá maior intensidade em profundidade. Outras técnicas interessantes: a de Pfahler, a de Howes e Hermann, a de Gentz Perry, a de Bengt A. Nohrmann.

Cirurgia. — A intervenção cirúrgica bem feita é considerada como método eficiente nos casos operáveis. Por operável entende-se o caso em que a doença está localizada à mama, ou mama e axila e em que o roentgendiagnóstico não mostra metástases torácicas ou outras. Uma cuidada observação de sintomas permite eliminar a probabilidade de metástases a distância. Sendo o cancro da mama particularmente osteófilo, Belot e Lebard aconselham a radiografia óssea antes da operação.

Se considerarmos os resultados da cirurgia radical nas mãos dos melhores cirurgiões, verificamos: 1.º Percentagem aproximada de 70 % de curas nos casos exclusivamente localizados à mama. 2.º Apenas

20 % em cinco anos, quando a mama e axila foram atingidas. Os dois grupos combinados dão 35 % de curas em cinco anos.

Outras estatísticas dizem-nos: nos casos só tratados antes da operação, as curas não vão além de 40 %. Com tratamento pré e post-operatório — 80 %. Casos só irradiados depois da operação — 30 %. Dizem alguns que cerca de 70 % dos casos apanhados na primeira fase podem dar uma percentagem de 70 % de curas, mas que só 10 % dos doentes aparecem ao cirurgião neste estado. Na 2.^a fase só 23 % são curados, mas esta percentagem é duplicada pela irradiação pré e post-operatória. É claro que estas percentagens são variáveis de autor para autor, porque nem todos seguem o mesmo critério na classificação ou fase da doença.

A cirurgia deve ser considerada como adjuvante indispensável, e a radioterapia o agente mais indicado no tratamento do cancro e superior à cirurgia (Levin). As amputações do seio «são insuficientes» porque a glândula está quase sempre infiltrada longe do foco canceroso, as adenopatias são precoces e quase constantes no momento em que o doente consulta. A extensão faz-se por linfangite cancerosa, isto é, os elementos invadem a parede do linfático insinuando-se entre as células normais ou destruindo-as, encham o canal e progridem segundo o curso da linfa; na permeação de Handley (progressão endolinfática das células cancerosas sem aderência às paredes) as células cancerosas penetram nos linfáticos, proliferam e caminham progressivamente ao longo do vaso, como se fosse uma raiz, sendo este o modo mais frequente de invasão dos linfáticos superficiais (Ducuing).

Tem-se dito que a cirurgia favorece o aparecimento das metástases por passagem das células cancerosas para os vasos, ou diminuindo a massa tumoral desperta o desenvolvimento de metástases quiescentes (lei do equilíbrio neoplásico). É assunto discutível e difícil de provar, saindo fora do nosso ponto de vista.

Desde Velpeau que se designa sob o nome de cirro diversas variedades de cancro mamário tendo por caracteres comuns uma evolução lenta, com tendência à atrofia da glândula mamária. Este autor tinha descrito três variedades: 1.^a cirro em couraça, que endurece toda a região e é pouco radiosensível. 2.^a cirro pustuloso disseminado, caracterizado por pústulas que representam embolias neoplásicas do sistema linfático cutâneo, forma mais radiosensível em que se conseguem melhoras temporárias. 3.^a cirro atrófico, o mais comum e favorável para irradiar, formado por pequeno nódulo indolor com retracção dos tegumentos e depressão em dedo de luva, com bons resultados temporários, por vezes anos, apesar de recidivas. Muitos autores condenam a cirurgia nestes casos, por reconhecerem que as lesões se estendem e generalizam mais rapidamente enquanto que a sua evolução, naturalmente lenta, permite maiores sobrevivências (Solomon, Jailhefer, etc.).

«Mais, il existe actuellement une tendance très nette à ne plus faire des ablations du système ganglionnaire aussi larges qu'autrefois et chez

les jeunes femmes, en particulier, où le cancer du sein opéré récidive souvent avec une si grande rapidité, quelques chirurgiens préfèrent, lorsque des ganglions sont envahis, abandonner l'acte chirurgical pour la radiothérapie pénétrante, utilisée seule. L'importante statistique de la *Mayo Clinic* qui démontre que si, sur les cancers du stade I, il n'y a pas une grande différence entre les malades irradiées ou non après l'intervention, il n'en est pas de même pour les malades du stade II, où l'on compte 28 % de guérisons après 5 ans par l'exérèse seule, et le double de guérisons si des irradiations pré ou post-opératoires y sont ajoutées (Madame Limone Laborde, *Arquivo de Patologia*, 1939).

Tratamento post-operatório. — A irradiação post-operatória visa destruir as células malignas que foram transplantadas na operação; destruir restos de tecido canceroso que o cirurgião possa ter omitido; tornar o tecido normal mais resistente à proliferação cancerosa. Alguns autores são até de opinião que os restos do tecido canceroso redobram de malignidade e ficam mais radio-sensíveis pela congestão que se segue à operação (Pfalher). Admite-se geralmente que as recidivas locais ou regionais são a resultante de operações incompletas ou mal feitas (53 %, segundo Creyssel e Morel).

Os resultados obtidos por um tratamento intensivo post-operatório, como se faz antes da operação, não são superiores aos de baixa voltagem e filtração. As células neoplásicas que possam escapar à intervenção podem ser destruídas ou inibidas na sua actividade, por processos fisiológicos ou irradiação suave, no seu estado primitivo, ao passo que um tratamento intensivo suspende as defesas orgânicas normais, e o tumor desenvolve-se mais rapidamente. Este efeito não é só devido à reacção local da irradiação, mas também à destruição de elementos sanguíneos que absorvem uma maior dose de radiação.

Na irradiação post-operatória há que ter-se em conta o tipo do tumor, as linhas anatómicas usuais de extensão e invasão linfática e os processos fisiológicos normais da defesa. Alguns tipos de carcinoma requerem doses mais elevadas, para que possam ser destruídos, as quais não podemos utilizar sem perigo; e outros respondam favoravelmente a doses menores. Não há critério seguro que determine as influências dos tecidos vizinhos, quais os casos que melhor serão beneficiados, e são estas as razões porque em parte a irradiação post-operatória deve sistematicamente ser utilizada. É verdade que alguns doentes não lucrarão nada mais do que um alívio, mas isto não constitue argumento sólido contra a regra.

Dum modo geral o tratamento deve iniciae-se 3 semanas depois da operação.

Orientação clínica. — Na 1.^a fase, pré-irradiação e operação. Na 2.^a fase, a cirurgia só é útil em 16 % dos casos operados. Pré-irradiação, quando o tumor e nódulos axilares são móveis, mastectomia radical, podendo utilizar-se a seguir radão sobretudo na axila e área da parede

Sociedade Industrial Farmacêutica



CROMOSEPTIL

SOLUÇÃO AQUOSA DE
P. AMINOBENZENOSULFONAMIDA-SUCCINATO DE SÓDIO,
MERCUCROMO

NA CIRURGIA GERAL
NA DERMATOLOGIA
NA OTO-RINO-LARINGOLOGIA
NA ODONTOLOGIA

O poder bacteriostático das sulfamidas, associado
às propriedades bactericidas do mercurocromo

(PERFEITAMENTE ATÓXICO E BEM
TOLERADO PELOS TECIDOS)

LABORATÓRIOS "AZEVEDOS"

Travessa da Espera, 3
L I S B O A

Stilbestrol *“Higilux,”*

Estrogénio sintético

Perturbações da menopausa

Amenorreias

Cancro da próstata

Ampôlas de 1 e 5 mgrs. (Forte)

TONOSTEROL

Oleato de colesterol + Vitamina A

Anti-anémico

Anti-infeccioso

Caixas de 10 ampôlas de 1,5 cm.³

Amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Laboratório da Farmácia da

Sociedade Higilux, L.^{da}

Dir.-técnico — SOUSA DIAS — Licenc. em Farmácia

Rua de Pedrouços, 50-52 — LISBOA

torácica onde se projectava o tumor primitivo; post-irradiação como na primeira fase. Na 3.^a fase, se o tumor e os gânglios axilares são móveis, o caso é operável. Seguir como na fase 2, e radão supraclavicular ou roentgenerápia. Na 4.^a fase ainda está indicada a cirurgia com irradiação pré e post, somente nos estados iniciais; senão só irradiação. Ocasionalmente, cirurgia posterior. Nesta fase pode haver metástases e invasão da pele (carcinoma em couraça). O tumor pode ser extraído a electrobisturi, nos tecidos circunvizinhos agulhas de radão e roentgenerápia; 6 semanas depois, mastectomia. O tratamento é muitas vezes paleativo, prolonga a vida do doente, o sofrimento é atenuado; mas sucumbe a metástases hepáticas. Na 5.^a fase a cirurgia está contra-indicada, porque são certas e imediatas as recidivas. Roentgenerápia é o único recurso. Se o tumor mobiliza, pode operar-se, mas quase sempre é tratamento paleativo. Na fase 6.^a a cirurgia consiste apenas na incisão do tumor, para facilitar a biopsia e introdução de agulhas rádioactivas, seguindo depois como na fase 5.^a. Não são raras as recidivas locais sem metástases a distância. Na fase 7.^a, a vida do doente é curta, e grande o sofrimento: não irradiar dum modo geral, ou irradiação paleativa. Nas fases 8.^a e 9.^a certidão de óbito (Levin).

Irradiação intersticial. — Tem-se utilizado também a irradiação intersticial, empregando agulhas de rádio segundo a técnica de R. Teahan ou Keines e suas variantes, mas as desvantagens apontadas são as seguintes: não é possível uma larga implantação de modo a obter-se uma irradiação homogênia na mama e na axila; é necessária uma longa permanência hospitalar, e a convalescença é muito maior que com a operação. A fibrose posterior causa com frequência limitação de movimentos do braço. É indispensável seguir de perto o caso no intuito de descobrir metástases, e a interpretação dos resultados é ainda mais difícil do que pela cirurgia; a retração da mama e as telangiectasias são mais inestéticas do que na cirurgia (Roscoe W. Teahan). Não há processo de saber se a irradiação abrangeu os tecidos invadidos, embora esta mesma desvantagem possa aplicar-se à cirurgia. As dores e nevrites posteriores são piores do que o edema que pode aparecer depois da ablação dos músculos e fascias. Ocasionalmente é preciso repetir o tratamento, o que nem sempre é fácil (Orville N. Merland).

Castração. — Sabe-se que há uma relação entre a actividade ovárica e a histofisiologia da mama, e que o parênquima desta pode sofrer um crescimento rápido sob a influência de certas condições fisiológicas da actividade ovárica, e que isto é um forte suporte para a teoria que sustenta que certas influências hormonais podem actuar numa larga escala na produção de hipertrofia, hiperplasia e neoplasias mamárias, «axiomas» que não oferecem hoje discussão. Nas metástases, a roentgen-castração tem interesse. Não é prático irradiar tôdas as áreas no caso de extensas metástases ósseas, nem é prudente tentar irradiação de áreas locais em tais casos, antes de ser tentada a castração. Infelizmente, o desapareci-

mento dos sinais clínicos post-castração não é sempre consistente, mas, quando há alívio, é muitas vezes este tão nítido, que o método deve ser sempre utilizado. Devem ser castrados todos os doentes antes da idade de 50 anos, quando portadores do cancro da mama. (D. Steel). Witherpool e Allen são de opinião que a castração ovárica deve praticar-se sempre, quer nos casos operáveis, quer não, e até nas metástases; esta maneira de encarar o problema não é universalmente aceita, ainda que Regaw tenha afirmado que a função secretória é antagónica da radiosensibilidade. São tão variadas e discordantes as recentes opiniões sobre este problema, que é cedo para tomar posição, tanto mais que a interpretação dos resultados é delicada e o número de casos correctamente estudados deixa dúvidas sobre a discutível eficácia deste modo de proceder.

Localizações metastáticas. — Os nódulos cutâneos disseminados, pouco numerosos e não aderentes, são tratados por electrocoagulação ou roentgenerápia semipenetrante como se faz nos cancros cutâneos; os aderentes ao osso pela roentgen ou curieterápia; os muito numerosos pela roentgen em grandes campos. Os pequenos nódulos cutâneos são tratados por um único campo limitado com baixa voltagem.

Metástases axilares: Problema delicado, porque a axila pode considerar-se uma grande cavidade cheia de gordura mal vascularizada, por isso pouco rádio-sensível, agravada pela presença de vasos importantes, e proximidade do plexo braquial. A experiencia mostra que a resposta ao tratamento pode ser a seguinte: 1.º desaparecimento clínico completo das lesões por irradiação externa, caso raro, mesmo nos tumores muito radiosensíveis. 2.º Nenhum efeito pela irradiação externa ou intersticial (rádio) ou ambas. 3.º Nenhuma acção pela irradiação externa, mas pela adição da intersticial, desaparecimento da doença (tipo mais frequente). A roentgenerápia deve ser de alta voltagem.

Metástases supraclaviculares: Aqui o problema, embora diferente, é em parte semelhante ao da axila, em que o plexo braquial é de novo a estrutura que nos impede de utilizar doses elevadas. Sob o ponto de vista prático, esta zona pode considerar-se como uma extensão do espaço axilar. Com o tempo a doença propaga-se da axila para cima, e nestes casos, como é frequente que o exame do tórax revele já infiltração carcinomatosa, o tratamento supraclavicular é inútil. Mas como isto nem sempre acontece, a vantagem de irradiar depende do tipo da metástase. Há 3 tipos de invasão supraclavicular. O mais comum é aquele em que um nódulo de 8 a 10 mm. se palpa imediatamente acima do meio da clavícula (nódulo que não ocupa o mesmo lugar do gânglio satélite do cancro gástrico (nódulo de Troisier), que é lateral); tem-se irradiado intensamente este tipo, na tentativa de curar. O 2.º tipo é aquele em que há propagação de lesões axilares, em que o espaço supraclavicular revela um processo infiltrativo análogo ao da mama, com uma cadeia de pequenos gânglios que se estende até à ponta da mastoide; embora a irradiação melhore temporariamente a lesão local e especialmente a dor, a regra

neste tipo é o aparecimento de metástases noutra órgão, evolução rápida e morte. O 3.º tipo é menos frequente; um ou dois nódulos aparecem junto da inserção clavicular do esterno-cleido-mastoideo, ou pouco ao lado; a irradiação intersticial tem dado nestes casos bons resultados, quando completada por roentgenterápia.

Metástases do plexo braquial: Nenhum tipo de irradiação tem conseguido qualquer alívio; o único recurso nestes casos é a cordotomia.

Metástases para-esternais: A cirurgia não pode utilizar-se como seria para desejar, para remover a massa e diminuir a área da parede torácica, incluindo costelas, parte do esterno, músculos, etc.. A irradiação apropriada tem contudo dado ótimos resultados, talvez por causa da lesão ser superficial e acessível.

Metástases ósseas: A coluna vertebral é a região mais atingida em frequência, especialmente a lombo-sagrada; citam-se alguns bons resultados nestes casos, mas é indispensável que o doente seja metido num colete gessado e através de uma janela receba conveniente irradiação. As metástases pélvicas são também susceptíveis de irradiação.

Metástases na outra mama: Serão tratadas seguindo os mesmos princípios enunciados a propósito do cancro primário, com a reserva de que o prognóstico é mais grave.

Metástases pulmonares e hepáticas: Pouco reagem ao tratamento, sendo as recentes mais sensíveis do que depois de se terem firmemente estabilizado.

IMPRESA MÉDICA, XI, 1945 — N.º 17 (10 de Set.) e n.º 18 (25 de Set.): *Alguns aspectos da histopatologia da circulação coronária*, por Amílcar de Moura; *As aulas de anatomia e cirurgia nos hospitais militares*, por Manuel Gião.

Circulação coronária.— A irrigação capilar do miocárdio é extremamente abundante. As artérias coronárias e suas ramificações não são, pelo menos na sua maioria, terminais. Entre a coronária direita e a esquerda, e respectivos ramos, há múltiplas anastomoses intra e extra-cardíacas, assim como há comunicações entre os vasos coronários e as cavidades cardíacas. Estas comunicações várias explicam os casos de oclusão completa das duas coronárias sem que ela cause a morte, e tem grande interesse para o estudo das possibilidades de compensação da irrigação cardíaca deficiente.

«Um primeiro factor a ser encarado, sob este aspecto, é o tempo que leva a formar-se o obstáculo circulatório. Suponhamos o caso de uma obstrução brusca por trombose, embolia ou por quaisquer outras causas, dum dos ramos coronários importantes. A investigação anatómo-patológica demonstrará a existência dum infarto necrótico no território irrigado pela artéria. Mas deve desde já notar-se que a zona de necrose é de muito menor tamanho que a totalidade da zona que está sob a dependência da irrigação da artéria obstruída. Prova este facto que, apesar

da subitaneidade com que se estabeleceu o obstáculo circulatório, a rede anastomótica foi, pelo menos, suficiente para impedir uma maior extensão do infarto. Coisa semelhante se pode concluir da análise dos infartos que sucedem às trombozes do tronco da coronária direita. É muito vulgar, realmente, que, nesses casos, as zonas de necrose se limitem aos territórios terminais de irrigação dessa artéria, constituídos pela parte basal da parede posterior do ventrículo esquerdo. E, embora, como atrás ficou dito, quase todo o ventrículo direito pertença à zona de abastecimento da coronária direita, não é frequente que a necrose se estenda a grandes parcelas dessa parte do músculo cardíaco. Desta predilecção do infarto, a partir da trombose da coronária direita, pela zona da base da parede posterior do ventrículo esquerdo, é possível, igualmente, concluir que, na localização da necrose e na sua maior ou menor extensão, há que ter em conta, não só o desenvolvimento da rede anastomótica local, mas também a carga funcional a que estão sujeitos, nesse sítio, as fibras miocárdicas.

«Se o impedimento à circulação coronária se estabelece lentamente, como é o caso das estenoses artério-escleróticas ou o da obstrução progressiva dos ofícios de origem da coronária, os factos podem passar-se de outra forma. Na verdade, é possível que a zona irrigada pela artéria estenosada não seja sede de lesões necróticas, ainda que a diminuição de calibre da artéria venha a ser considerável. Claro que tal situação só será provável na hipótese de não surgir qualquer factor que agrave mais ou menos bruscamente a estenose do vaso. Com a lenta diminuição do lume da artéria, a rede anastomótica teve tempo de se dilatar e adaptar progressivamente à sua função compensadora do deficiente fluxo coronário.»

Uma circulação eficiente do miocárdio não está, simplesmente, em relação com o volume do fluxo coronário e o das suas anastomoses. Há que considerar as suas ligações com o modo e o rendimento cardíaco, como o demonstrou Rein ao estabelecer o conceito de «insuficiência coronária». Realmente, tal insuficiência, traduzida por uma desproporção entre a necessidade de oxigénio do coração e a quantidade que lhe é fornecida pelo fluxo coronário, pode coexistir com um nítido aumento da irrigação do miocárdio, coisa que, à primeira vista, parece paradoxal se atendessemos apenas à significação dos vocábulos «stritu sensu».

Passando em revista os conhecimentos actuais sobre a dinâmica da circulação coronária e as circunstâncias que as modificam, o A. chega à revisão do que respeita à etiologia e patogenia da insuficiência coronária, apresentando a seguinte classificação esquemática: Insuficiência absoluta: total — aguda, parcial — crónica; Insuficiência relativa: por aumento das necessidades de oxigénio, por diminuição em relação ao normal da quantidade de oxigénio transportada por um mesmo volume de sangue. As situações patológicas dão lugar à insuficiência por um destes processos, ou pela combinação de vários deles. A insuficiência

TRANBRONQUINA

VITAMINADA

Quinina básica
cânfora
essência de limão
essência de eucalipto

VITAMINA A

Laboratórios Lab

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES



ESPECIFICO DA SARNA

Felix combinação de :

NAFTOL B
BÁLSAMO DE PERÚ
RESORCINA
ÁCIDO SALICÍLICO
SALICILATO DE METILO EM
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

Ex.^{mo} Senhor Doutor

*Os incomodativos aracnídeos da sarna, seus ovos e outras doenças parasitárias da pele, encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal para a sua rápida destruição.*

*Um produto
de reconhecido valor terapêutico
à disposição de V. Ex.^a*

LABORATORIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

COVILHÃ

absoluta parcial é devida a causas diversas e numerosas: arteriosclerose, aortite sífilítica, aneurismas, etc. A insuficiência relativa por aumento das necessidades em oxigénio do músculo verifica-se quando este é obrigado a hipertrofiar-se, como nos casos de insuficiência ou estenose aórtica. Por pobreza de sangue em oxigénio, nas anemias agudas, nas hemorragias, na respiração pobre em oxigénio, no envenenamento pelo óxido de carbono. Alterações da dinâmica circulatória, por elevação brusca da tensão arterial, qualquer que seja o processo patológico que a determine, provocam sobrecarga aguda no ventrículo esquerdo, provocadora de insuficiência coronária, e por isso não são raras nos hipertensos as crises de angor que a traduzem.

SOCIEDADES E CONGRESSOS

Sociedade das Ciências Médicas. — *A geração humana e as doutrinas de Exeter*, por Egas Moniz (30-X-44). *A reacção do colargol clorídrico nas doenças mentais*, por Gustavo Igrejas e Pedro Polónio (13-XI). *O papel da S. C. M. nas questões médico-sociais*, por Costa Sacadura; *O problema da técnica da fecundação artificial*, por Neves de Castro (27-XI). *Considerações sobre o valor neurológico do reflexo de Rossolimo e outros frequentemente considerados como sinais das vias piramidais*, por Almeida Lima; *Sobre um caso clínico de miotonia*, por Diogo Furtado e Orlando de Carvalho (18-XII). *Um artigo de Sousa Martins: As pupilas dos mortos reagem?*, por Egas Moniz (8-I-45). *O complexo pulmonar da chamada Eosinofilia tropical não é mais que uma modalidade do síndrome de Loeffler*, por Froilano de Melo; *Um novo sinal arterio-gráfico*, por Almeida Lima e Joaquim Imaginário (22-I).

LIVROS E OPÚSCULOS

Conferências médicas, por EGAS MONIZ (130 págs., Lisboa, 1945). — Contém dois trabalhos: a alocação inaugural do ano académico da Sociedade de Ciências Médicas, intitulada «A geração humana e as doutrinas de Exeter» (em que descreve e comenta os ensaios de fecundação artificial e a obra da clínica de Exeter, dedicada ao estudo da esterilidade feminina), e a conferência da série comemorativa do centenário de Roentgen, com o título «Os raios de Roentgen e a neurologia» (em que as contribuições radiológicas à patologia do sistema nervoso são superiormente inventariadas).

Portugal na história da cultura universitária hispânica, por LUÍS DE PINA (68 págs., Sep. do Bol. Cult. da Câmara Municipal do Porto, 1945). — Estuda pormenorizadamente a contribuição dos intelectuais portugueses nas Universidades espanholas, nos séculos passados; inclui a relação dos médicos que nelas deram lições: Henrique Jorge Henriques, Ambrósio Nunes, Luís de Lemos, Tomás Rodrigues da Veiga, etc.

REVISTA GERAL

Recentes descobertas sobre o lugar de formação dos anticorpos e o mecanismo hormonal da sua libertação ⁽¹⁾

Durante muito tempo hesitou-se em considerar os anticorpos como individualidades químicas bem definidas; temia-se cair na armadilha das «fenomeninas». Tal período passou. Isolaram-se anticorpos em estado muito visinho da pureza química; preparou-se mesmo antitoxina diftérica cristalizada (Northrop). Trata-se de globulinas que se aproximam das seroglobulinas γ normais de Tiselius. Desde que se conseguiram anticorpos «in vitro» sem concurso de qualquer célula (Pauling), entrevê-se a sua elaboração, por estruturação secundária de globulinas normais, em face de moléculas antigénicas.

Primeira questão: lugar de produção dos anticorpos. De há muito se admite que a seroalbumina se elabora no fígado, atribuindo-se às seroglobulinas normais uma origem extra-hepática; hoje, localiza-se esta no tecido linfóide. Os anticorpos proviriam das células retículoendoteliais; experiências numerosas se fizeram para provar esta concepção, tais como a ablação de órgãos ricos em células R. E. (baço, etc.), bloqueamento desses elementos por injeccões macissas de matérias muito finamente divididas ou de colóides, tentativas de produção de anticorpos por células R. E. cultivadas, etc.; mas sem resultados decisivos. Em verdade, a teoria só assentava na semelhança de acção, dado o poder que esses elementos celulares têm de fagocitar as bactérias e as células estranhas (glóbulos rubros, etc.) e de fixar, por coloidopexia, as macromoléculas (corantes coloidais e provàvelmente antigénios bacterianos). Sabe-se hoje que, tal como as globulinas normais, as globulinas-anticorpos se formam no tecido linfóide.

Hectoen, em 1915, e depois Murphy e Sturm, em 1925, mostraram que, reduzindo-se a quantidade de tecido linfóide de um animal por meio dos raios X, ou aumentando a actividade desse tecido por exposição do animal ao calor seco, se prejudicava ou se facilitava a produção de anticorpos. Bunting, em 1925, formulou com nitidez a teoria da origem linfóide dos anticorpos; mas, na sua grande maioria, os imunologistas permaneceram fieis à teoria clássica. Foi preciso chegar aos trabalhos de McMaster e Hudack, e sobretudo aos de Ehrlich e Harris, para que a nova teoria a todos se impusesse.

Notaram estes últimos autores que a injeccção de um antigénio a um animal provoca uma importante hiperplasia do gânglio linfático

(1) Por A. BOIVIN & A. DELAUNAY, in *Presse Médicale* (N.º 2 de 1946).

tributário da região injectada e que esse gânglio lança muitos linfocitos na linfa eferente; e mostraram que esta linfa e o próprio gânglio contém mais anticorpos respectivos, aparecidos precocemente, do que o sangue circulante ou a linfa aferente. E em trabalho recente, de 1945, os mesmos autores fizeram uma demonstração ainda mais decisiva, provando que se encontram os anticorpos em grande quantidade nos linfocitos do animal imunizado (cuidadosamente lavados por centrifugação para os desembaraçar do plasma linfático); por unidade de volume, os linfocitos são muito mais ricos em anticorpos do que o plasma que os banha. Duas hipóteses explicativas do facto: ou são os linfocitos que produzem os anticorpos e os largam ao plasma, ou é neste que eles existem, produzidos por outras células, e os linfocitos os absorvem, ou adsorvem. Para resolver o problema, os mencionados autores americanos fizeram engenhosas experiências. Linfocitos contendo um dado anticorpo (proveniente de animal imunizado) ou não tendo anticorpos (de animal testemunha) foram deixados em contacto com plasma linfático contendo outro anticorpo ou não tendo nenhum; seguidamente, separaram linfocitos e plasma, e estudaram a sua riqueza em anticorpos. Os resultados obtidos foram nítidos: as trocas de anticorpos entre as células e o plasma fazem-se num único sentido, o que corresponde à saída deles para fora dos linfocitos. São pois estes os produtores. E assim, Ehrlich e Harris, retomando e ampliando a teoria esboçada por Bunting, chegam à seguinte concepção: as bactérias com antigénios, e as células estranhas, são captadas e destruídas por fagocitose, exercida pelos polinucleares e elementos R. E.; os antigénios livres são fixados, por coloidopexia, pelos elementos R. E.; depois de terem sofrido uma preparação nessas células, os antigénios libertam-se delas e são retomados pelos leucocitos, na intimidade dos quais provocam a formação dos respectivos anticorpos. O futuro dirá o que vale esta concepção. É verosímil que o recurso aos isotopos traga notáveis esclarecimentos sobre a eventual circulação dos antigénios no organismo.

Em 1944-45, outro grupo de investigadores americanos, White, Dougherty e Chase, chegou a resultados semelhantes. Mas, além disso, fez duas importantes descobertas: a da origem linfocitária das globulinas normais e a do mecanismo hormonal da libertação das globulinas normais e das transformadas em anticorpos, a partir dos linfocitos formadores. Ao passo que no animal imunizado se encontram grandes quantidades de anticorpos, nos extractos do seu tecido linfóide (linfocitos), os mesmos extractos, para o animal testemunha, contém abundância de uma proteína idêntica à γ globulina do plasma sanguíneo, pelas suas propriedades gerais e particularmente pelo seu comportamento perante a electroforese. Mas o facto mais notável que descobriram foi o do comando hormonal da libertação das globulinas-anticorpos e das globulinas normais. Injectando a um animal

hormona protéica corticotrópica da hipófise anterior, ou hormonas esterólicas do cortex suprarrenal, observa-se dissolução acentuada do tecido linfoide e simultânea descarga no sangue de globulinas β e γ no indivíduo normal, ou de anticorpos no que foi imunizado, com transitória subida no sangue do teor daquelas globulinas. Se ao animal se tiraram as suprarrenais, os extratos corticais continuam activos, mas os extratos hipofisários já o não são. Conclue-se, pois, que tanto as globulinas normais como as globulinas-anticorpos são produzidas nos linfocitos (dos gânglios, do baço, do timo, etc.) e que a descarga destas proteínas na linfa (e consequentemente no sangue) é comandada directamente pelas hormonas do cortex suprarrenal, indirectamente pela hormona hipofisária corticotrópica, que é capaz de fazer entrar em actividade secretória o cortex suprarrenal.

Possível é que essa libertação se faça de maneira contínua, e que, em certas circunstâncias se amplifique o processo. Conhece-se a reacção «anamnésica» dos imunologistas: — nova administração de um antigénio, a indivíduo por ele imunizado, faz subir passageiramente, no sangue, a quantidade do anticorpo correspondente, ou faz reaparecer esse anticorpo que já não existia: igual resultado se pode obter, embora menos amplo e regular, administrando-se outro antigénio, uma proteína banal, um coloide, ou mesmo um tóxico como o benzeno; e também se produz igual fenómeno com sangrias abundantes e repetidas, ou com infecção por micróbio distinto daquele que deu o antigénio imunizante. Ora esta reacção não se produz no animal sem suprarrenais; ela resulta, portanto, da irritação do cortex suprarrenal pelo agente não específico que entra em jogo, irritação que provoca secreção de hormonas esterólicas que actuam sobre os linfocitos, incitando-os à libertação dos anticorpos. Tais fenómenos intervêm certamente e de modo expontâneo, no decurso das infecções, e levam a pensar que contribuem para o conhecimento do modo como cada indivíduo se comporta na sua luta contra os micróbios.

Entrevêem-se importantes aplicações destas novas noções. Não será possível provocar, num doente de infecção, a mobilização brusca e total de todas as suas defesas humorais disponíveis: os anticorpos normais, os resultantes de vacinação preventiva ou de infecções anteriores, os já elaborados pela infecção presente? Não é afinal, em suma, o que se faz, empiricamente, com as medicações de choque? Em indivíduo já imunizado por vacinação ou infecção anterior, em tempo de epidemia, não é de tentar essa mobilização de defesas? Nos institutos produtores de soros terapêuticos, uma injeção hormonal feita com consciência, antes da sangria dos cavalos, não permitirá obter soros muito mais ricos em anticorpos? E não se encontrará, no aludido mecanismo hormonal a explicação de uma parte do efeito favorecedor das substâncias «adjuvantes da imunisação» de Ramon, Glenny, etc.? Um próximo futuro responderá, certamente.

LABORATÓRIOS “ELBA,,

Apresentam à Ex.^{ma} Classe médica

Dois novos produtos:

HEPATON — injectável

Extracto Hepático super-concentrado

Vitamina B₁

Vitamina B₂

Citrato de ferro

Glicerofosfato de soda

Sulfato de estircina

em ampolas de 2 c. c.

IODORGAN — gôtas

Sol. aquosa a 10 % de

a-iododihidroxiopropano

(CH²I — CHOH — CH²OH)

iodo sem iodismo

REPRESENTANTES

BACELAR & IRMÃO, L.^{DA}

RUA DO CARMO, 8 — TELEF. 5672 — PÔRTO

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS

Quinarrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminui a febre, facilita a digestão.
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO

Êste xarope tem por base além da «*creosota de faia*» (estudada e aconselhada nas doenças dos brônquios e órgãos respiratórios por notabilidades médicas mundiais), *acónito*, *beladona*, *benzoato de sódio* e *codeína*, balsâmico e anti-espasmódico em veículo.

Muito bem tolerado a meio das refeições. 3 a 4 colheres das de sôpa por dia.

Um novo Sedativo da TOSSE

Uma nova medicação anti-bacilar

TIOCOSE (GAMA)

Xarope de tomilho com tiocol, dionina, benzoato de sódio, acónito, beladona, gluconato de cálcio e hexametilenatetramina.

A feliz associação destes componentes prova que a — TIOCOSE —, como fórmula única no género, bem merece a atenção e até a preferência dos clínicos, porque vem preencher uma grande lacuna na terapêutica moderna.

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR

É o único preparado que conhecemos, tendo por base — Glicero-fosfatos *ácidos*, em tão elevada concentração: 0,55 gr. por 10 c. c.

A combinação orgânica de *ferro* e *fósforo* mais assimilável e de efeitos mais rápidos, na opinião do prof. A. Robin e outros.

:: :: O verdadeiro alimento dos tecidos nervoso e ósseo. :: ::

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estréla, 130 — LISBOA

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Tratamento da endocardite lenta

Em trabalho de revisão, J. E. DE OYA conclue que ainda não há processo terapêutico capaz; a percentagem de curas espontâneas é, segundo Libman, de 3 a 4 por cento. As sulfamidas, em que tantas esperanças se depositaram, não dão resultados nítidos; uma estatística de 198 casos, elaborada por Lichtman & Bierman, mostra que só se obteve a cura em 6 por cento dos doentes. Parece que se consegue uma maior proporção de êxitos, associando à sulfamidoterapia a piretoterapia, que já antes havia sido empregada isoladamente, o que elevou aquela cifra para 16 a 25 por cento de curas; a elevação de temperatura faz-se por meio de diatermia ou de injeção intravenosa de vacina anti-tífica. A penicilina não tem dado resultado na grande maioria dos casos, e só quando houver número avultado destes será possível comparar essa terapêutica com as anteriormente citadas. Outros processos ensaiados foram postos de lado, por ineficazes ou perigosos. De modo que o melhor procedimento a seguir ainda é o da clássica indicação de manter o doente no leito enquanto tiver febre, alimentá-lo bem, e combater a anemia, fazendo-se transfusões sanguíneas pequenas e repetidas, particularmente havendo descompensação cardíaca. (*Rev. Clínica Esp.*, 15-VII-44).

O climatério no sexo masculino

Geralmente, só se considera o climatério da mulher, em patologia e clínica; mas no homem também se observam perturbações, que são semelhantes às bem conhecidas do sexo feminino, à parte a menopausa, evidentemente. A. WERNER fez um estudo do assunto, baseado em 44 casos de observação pessoal (*J. American Med. Ass.*, 6-III-1945). A diminuição ou a abolição da potência viril verifica-se em 90,8 por cento dos casos, e constitui o fenómeno capital; em 85 por cento das vezes, é acompanhado por acentuada depressão psíquica, dificuldades de ideação e de memória. A indiferença ou supressão da libido aparece em 95 por cento dos indivíduos. Fadiga muscular, astenia e insónia, notam-se numa percentagem de 70; irritabilidade em 63 por cento. Cefaleia e vertigens são acusadas, respectivamente, por 46 e 44 por cento dos indivíduos em climatério. Taquicardia, palpitações e dispneia, dão-se em 42 por cento; acessos de sufocação em percentagem de 33. São, pois, alterações de ordem nervosa e psíquica os sintomas observados. Para os dominar, o A. empregou o propionato de testosterona em injeções de 25 miligramas, três vezes por semana, durante dois a três meses. Com esta terapêutica, obteve a desapareção de todos os incómodos que os tratados apresentavam. Nota, porém, que o climatério pode prolongar-se por muitos meses, e até durar anos.

Tratamento da tinha microspórica com hormona sexual

Há tinhas que são próprias da idade escolar e desaparecem na puberdade. Este facto faz pensar na existência de um processo de imunidade natural em face do agente, resultante das hormonas sexuais, as quais não só presidiriam ao desenvolvimento do sistema piloso, mas também desempenhariam um papel importante na imunidade local do mesmo sistema. Seguindo este raciocínio, C. APARISI SOLER num rapaz com tinha microspórica, extensa, que estava sendo tratada pela depilação e pelo iodo, sem grande resultado, aplicou fricções de testoviron, dia sim dia não, continuando à noite com o álcool iodado; em menos de dois meses, as regiões tratadas estavam curadas. Animado com este resultado, utilizou o mesmo procedimento em seis casos de tinha tricoftica, sem qualquer resultado. Conquanto um caso único não seja demonstrativo, foi tão interessante o que observou no caso de tinha microspórica, que com razão alvitra se experimente esta simples terapêutica em casos de tinha deste tipo, tanto mais que ela é inofensiva, pois não dá lugar ao aparecimento precoce dos caracteres sexuais secundários. (*Med. Española*, Dez. de 1943).

Ação de uma nova sulfona sobre a tuberculose experimental

FELMAN, HINSHAW & MOSES apresentam (*The American J. of the Med. Sciences*, 1944, N.º 3) os animadores resultados dos ensaios de tratamento da tuberculose experimental da cobaia pela 4-4' diaminodifenilsulfona. Os animais, em número de 10 a 14 por grupo, foram divididos em 6 grupos, 3 para os ensaios e 3 para testemunhas. O primeiro ensaio consistiu em começar primeiro com a administração oral da droga e dois dias depois fazer-se a inoculação por via cutânea. O segundo consistiu em praticar primeiro a inoculação e dois dias depois principiar com o tratamento. O terceiro consistiu em só começar a dar a droga sessenta dias depois da inoculação. Nos dois primeiros ensaios, os animais sobreviventes foram sacrificados sessenta dias passados sobre a inoculação; no último, duzentos e oitenta dias depois. Todos os ensaios mostraram acção muito favorável do tratamento sobre a evolução do processo tuberculoso. Particularmente, o terceiro ensaio mostrou ser essa acção efectiva; nêle, a mortalidade dos animais tratados foi de 28,6 por cento, ao passo que nos que serviram de testemunhas foi de 71,4; adoptando um índice de infecção baseado no exame microscópico das lesões, encontraram, respectivamente, valores de 8,4 e de 81,1. O que histologicamente mostra a acção da droga é a tendência produtiva, com escassa necrose, dos focos.

Os A.A. esperam obter um composto que seja aplicável na clínica humana; na cobaia este mostrou-se francamente benéfico, e não foi tóxico.

Gastrorragias por gastrite assintomática

Em *Revista Clínica Española*, Roda Pérez referiu o interesse clínico dos casos de hemorragias copiosas em doentes sem passado gástrico averiguado. FERNANDEZ PLEYÁN, em confirmação, relata na mesma revista (15-X-1944) uma observação mais, muito característica. Tratava-se de um homem de 33 anos, que uma manhã, subitamente, teve náuseas seguidas por um vômito abundante, escuro e com coágulos sanguíneos. Ficou muito abatido e pálido, mas sem dores; acamou. À noite, repetiu-se o quadro da manhã. Na manhã seguinte, duas ou três dejeções diarreicas, muito escuras. Continuava sem qualquer sinal doloroso; apenas debilitado pelas hemorragias. Refez-se nos dias seguintes, voltando à sua vida normal, de agente de polícia. Nos antecedentes, nada de interesse; apenas se registrou que, há muito tempo antes, havia tido algumas dejeções diarreicas, com o aspecto das acima citadas.

Da observação clínica e dos dados laboratoriais diversos que o A. colheu, nada se apurou que levasse ao diagnóstico de úlcera, tumor, cirrose, hemodiscrasia, ou de qualquer outra entidade mórbida. Por exclusão de partes, tem de se atribuir a gastrorragia a uma gastrite vascular, processo gástrico anatomicamente mínimo, sem qualquer sinal de lesão inflamatória verificável clínica e radiologicamente, mas que pode dar lugar a hemorragias grandes, por vezes mortais. Casos desta ordem estão registrados na literatura médica (Schindler, Gödel, Konjetzny, etc.).

O bismuto nas infecções abdominais

PINLACHS, SASTRE e NOGUÉ TUDOR historiam a utilização do bismuto nas infecções, recordando primeiramente a já clássica terapêutica das amigdalites, que, embora suplantada pela sulfamidoterapia, conserva o crédito, podendo aproveitar-se à falta de sulfamidas ou quando estas não devam empregar-se. (*Rev. Clin. Esp.*, 15-XII-44). Chamam particularmente a atenção para as infecções abdominais, e sobretudo para a infecção do apêndice, cujo tecido linfóide é semelhante ao da amígdala.

O italiano Agostoni publicou casos vários de apendicite tratados com bismuto, e os resultados favoráveis que obteve foram confirmados por Grazziani, Lazzarini e outros. A prática dos AA. condiz com os bons resultados registados na literatura médica, e permitiu-lhes opinar sobre indicações e técnica do tratamento bismútico.

Sem preterir o tratamento cirúrgico, quando este não foi possível precocemente, o bismuto permite reduzir o empastamento e preparar melhor e mais depressa o doente para a intervenção a frio. A febre, a dor e o empastamento cedem geralmente em dois ou três dias. Um bom meio de averiguar da possível supuração é a investigação dos leucócitos, os quais (com polinucleose relativa) diminuem em quantidade, se não se formou pus; se o seu número não diminue, salvo no caso de se tratar de mulher em período menstrual, é que se fez o abcesso.

O tratamento consiste em injeções diárias, três a sete, de 0,02.

Semelhantemente, a terapêutica pelo bismuto deu bons resultados nos empastamentos post-operatórios dos apendicectomizados que foram drenados. Também foi aplicada com êxito nos empastamentos da colecistite e nos anexiais; em vários casos permitiu evitar a intervenção cirúrgica.

Pastilhas de penicilina para infecções bucais

Pastilhas de gelatina com 100, 250 e 500 unidades de penicilina foram empregadas por GREGOR & LONG em diversos processos infecciosos bucais: estomatite ulcerosa de tipo Vincent, amigdalite estreptocócica aguda, faringites estreptocócicas crônicas, estomatites, glossites, feridas infectadas. Fizeram a verificação bacteriológica, antes e depois do tratamento. Os resultados foram muito bons, pois é rápida a redução da flora bacteriana e os sintomas infecciosos declinam rapidamente; assim, na angina de Vincent, vinte e quatro horas depois de começado o tratamento os doentes estavam assintomáticos e quatro dias depois os espirilos tinham desaparecido da cavidade bucal. O tratamento consiste em derreter as pastilhas na boca, hora a hora. (*British Med. Journal*, 25-XI-1944).

Defesa da pele contra as radiações actínicas solares

De estudo experimental feito por A. E. ROFFO no « Instituto para o estudo do cancro » de Buenos Ayres, no sentido de proteger contra a possível aparição de cancro em peles fotosensíveis, conclue que há dois processos de defesa: 1.º — o que consiste em tornar a pele mais resistente, por meio de banhos solares, bem graduados, que vão produzindo uma maior pigmentação fisiológica; 2.º — o que consiste em cobrir a pele com pastas ou pomadas que contenham uma substância electivamente absorvente dos raios ultravioletas longos, únicos que se encontram no espectro solar. A melhor substância para tal fim é a clorofila, e deve incorporar-se com água, para não se impedir a perspiração cutânea; eis uma fórmula: Lanolina e Água — ãã 100, Clorofila — 10. (*Gaceta Medica Española*, Maio de 1945).

Eczema por contacto devido ao verniz das unhas

DOBES & NIPERT consideram o uso do verniz das unhas uma das causas mais frequentes do eczema das pálpebras na mulher. A dermatite consiste geralmente em eritema com descamação, difuso ou em placas. Podem ser lesivos tanto os solventes como os ingredientes, conforme os preparados. Na maioria dos casos as pacientes oferecem reacção positiva à prova dérmica feita com o verniz que usam. (*Arch. of Derm. and Syphilis*, Março de 1944).



Participamos à Ex.^{ma} Classe Médica
que acabamos de receber NOVA
REMESSA de aparelhos de electro-
medicina «Purtschert» da Suíça, cuja
entrega podemos fazer imediatamente:

Aparelhos do Dr. Maurer para corte de aderências
Aparelhos de grande potência, de ondas curtas, para
diatermia, electro-cirurgia, febre artificial, etc.
Diatermias portáteis, com válvulas
Electro-cirurgia, de grande potência
Electro-choque, para doenças mentais
Pantostatos
Infra-vermelhos (grandes modelos), etc.

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

Escritórios: Tr. da Fábrica, 13-2.^o (c/ elevador)

Exposição e vendas: Rua da Fábrica, 74

Tr. da Fábrica, 1 a 9

TELEFONE P. B. X. 7583 — PORTO

Agentes em Lisboa: J. A. RIBEIRO & C.^A — Rua Aurea, 222

”
eregumil
Fernández
 ”

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

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

**Indicado como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinaes — Especial
para crianças, velhos, convalescentes e
doentes do estomago.**

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
 Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
 240, Rua da Palma, 246
LISBOA

PORTUGAL MÉDICO

DIRECCÃO CIENTÍFICA: AYRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Fac. de Medicina do Pôrto — **REDACT OR PRINCIPAL**

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívics; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomatologista nos Hospitais Cívics de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

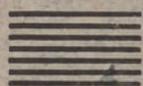
Condições da assinatura (por ano — série de 12 números):

Metrópole — 30\$00

Colónias — 40\$00

Número avulso — 5\$00

Redacção e Administração: Rua Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO



SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENÓFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^{DA}

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

PULMOQUINA

ANTISSÉPTICO BRONCOPULMONAR

Na sua fórmula, a acção antisséptica da cânfora, da essência de Niauli e do mentol — substâncias que se eliminam em grande parte pela via pulmonar — encontra-se associada a acção bactericida, analgésica e febrífuga da quinina

CAIXA DE 6 EMPÔLAS DE 1,5 CC.

CÁLCIO «PASTEUR»

RÉCALCIFICANTE — ANTIFLOGÍSTICO

Soluto injectável de glucono-glucoheptono-gluconato de cálcio, sal cálcico complexo mais solúvel e, por consequência, mais estável que o glocunato de cálcio

CAIXAS DE 6 E DE 12 EMPÔLAS DE 5 CC.
E DE 6 EMPÔLAS DE 10 CC.



LABORATÓRIO DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA