

COIMBRA MÉDICA

ANO XI

MAIO DE 1944

N.º 5

SUMÁRIO

	Pág.
MASTOSES — dr. Luis Raposo	221
OS AGENTES FÍSICOS NO TRATAMENTO DOS TUMORES — dr. Alexandre da Silva	263
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	XV

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Gui-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto —
Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra —
Prof. António Meliço Silvestre

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa
João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
José Correia de Oliveira

Lúis Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

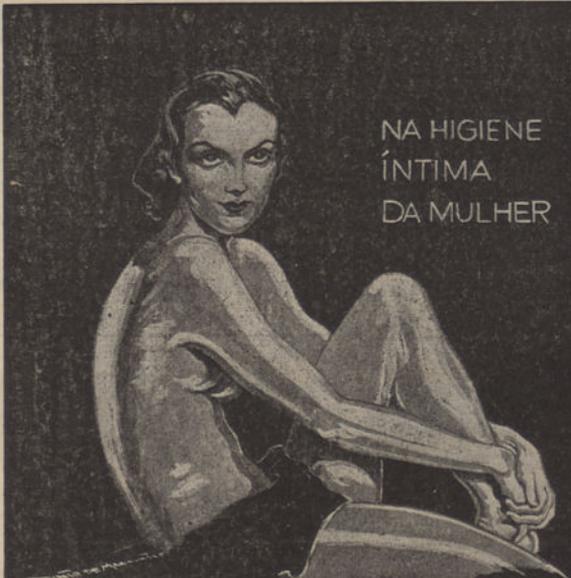
19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, das experiências feitas para avaliar o poder inhibitorio e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inhibitorio sobre as bacterias pathogeneas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Charles Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal,"
ANTI SEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NOROESTE

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, 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, opressões nervosas, convalescenças etc.

"Glucálcio,"

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

hepatodynamol

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

"MARCOTYL,"

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

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÔ-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.



MASTOSES ⁽¹⁾

POR

LUÍS RAPOSO

SUMÁRIO

- Classificação dos processos mamários:** 1. — *Modificações funcionais simples.*
2. — *Processos flegmáticos.* 3. — *Formações tumorais.* 4. — *Alterações hiperplásico-distróficas (mastoses).*
- Mastoses:** 1. — *Definição.* 2. — *Anatomia Patológica* (proliferação adenomatosa, fibrosa e quística). *Mastoses fibro-adenomatosas simples e quísticas* (doença de Reclus). 3. — *Sintomatologia.* 4. — *Diagnóstico diferencial* (com as hipertrofias funcionais simples, com as mastites crónicas, com os tumores). 5. — *Etiopatogenia* (teoria embriogénica, tumoral, inflamatória e endócrina. Influência do sistema neuro-vegetativo). 6. — *Evolução* (aspectos do problema da cancerização das mastoses; noções sôbre a possível acção oncogénica da foliculina). 7. — *Tratamento* (hormonal, pelos agentes físicos, cirúrgico. Crítica geral).

A classificação das afecções mamárias oferece dificuldades de vulto, se bem esmiuçadas as diferentes modalidades de certas hiperplasias, de certas lesões flegmáticas e de determinadas formações tumorais. Com isto não quero dizer que não haja afecções mamárias extremamente fáceis de diagnosticar e de definir sob o ponto de vista anátomo-clínico e fisiopatológico (mastites agudas, adenoma puro, certos cancros, etc.), mas apenas significar que em bastantes outros casos (mastites crónicas, doença de RECLUS, tumores dendríticos, ginecomastia, fibro-adenomas múltiplos) se fica perplexo e se hesita em apôr êste ou aquêlê diagnóstico a esta ou àquela lesão. Do facto resultam inconvenientes vários, como se compreende, nomeadamente no que interessa ao aspecto terapêutico.

E, do campo da patologia estrita, resvala-se para o da patologia — não menos delicado em muitas circunstâncias — e dêste

(1) Lição do VII Curso de Férias (1944) da Faculdade de Medicina de Coimbra.

para o domínio da clínica, onde, ao fim e ao cabo, vêem sempre projectar-se os problemas da patologia, uma vez que só a clínica dinamiza as nossas possibilidades de cura das doenças e dado ser êste o aspecto que fundamentalmente interessa ao enfermo e ao médico.

Explica-se, pois, o meu desejo de estudar algumas modalidades da patologia e da clínica mamária.

— Na parte que respeita ao estudo das observações clínicas é-me grato registar a valiosa colaboração do Prof. MOSINGER e a dedicada e competente ajuda dos colegas Dr. ANTÓNIO DE MATOS BEJA e Dr. ANÍSIO DE ANDRADE.

— Devo começar por dizer que não tenho, evidentemente, pretensões de resolver o assunto, nem sequer de o arrumar na prateleira da Patologia de maneira satisfatória. Contentar-me-ei em mostrar e comentar aspectos, em pôr dúvidas, mais do que afastá-las, em chamar para a clínica pormenores e dados que à mesma interessam. Em alguns domínios é possível que me desvie dos esquemas conhecidos, sobretudo em matéria de classificação. Ficará tudo muito sujeito a crítica e a reflexão, é verdade, mas se só ao categórico e indiscutível nos reportássemos a bem pouco ficaria reduzida a nossa acção no campo da medicina (1)!

Por *mastoses* considero as mastopatias, caracterizadas por hiperplasia distrófica parcelar ou total da mama, de feição mais ou menos duradoura, de crescimento irregular, sem obedecer rigorosamente a modificações fisiológicas cíclicas, e de tipo morfológico fibro-adenomatoso ou fibro-quistico.

Em certa maneira a designação de mastoses equivale à de *mastopatias*, que MOSZKOWICZ dá às lesões ou enfermidades da mama em conexão estreita com o ciclo mamário. Outros preferem a designação de *mastites*. Como não se trata de lesões averiguadamente inflamatórias, e, atendendo, por outro lado, a

(1) Limito as minhas considerações às mastoses da mulher, e digo da mulher... porque no homem, em bom rigor, também aparecem processos de mastose (*ginecomastia*). É singularmente impressionante a semelhança entre as duas afecções, quer nos pontos de vista anátomo-patológico e clínico, quer no patogénico.

É possível que noutra oportunidade faça à ginecomastia uma referência especial.

que mastopatias são tôdas as afecções da mama, prefiro o termo de *mastoses*, proposto por HARTMANN. O sufixo *ose*, de uma maneira geral, interessa às formações hiperplásico-distróficas, pelo que não vai mal no caso presente.

As mastoses têm uma certa equivalência morfológica com os processos hiperplásicos funcionais simples, como podem tê-la com os processos flegmáticos ou tumorais.

Os seus limites encontram-se, portanto, entre as modificações puramente fisiológicas e periódicas da glândula mamária e as lesões pròpriamente inflamatórias e tumorais de tipo fibro-adenomatoso. Limites bastante esbatidos, aliás, porquanto, nem num pólo nem nos outros temos possibilidades de fazer uma separação fisiopatológica e anátomo-clínica nitida.

Postas as coisas sob uma forma esquemática poderemos dizer que as alterações da mama pertencem a qualquer dos capítulos seguintes :

I — *Alterações funcionais simples, de ordem essencialmente fisiológica* (hiperplasia pre-catamenial, gravídica e da lactação).

II — *Alterações flegmáticas* (mastites agudas ou crónicas).

III — *Alterações de carácter tumoral* (quisto solitário, adenoma puro, fibroma típico, epitelomas, tumores vegetantes intra-canaiculares, doença de PAGET, sarcoma e tumores mistos).

IV — *Alterações de ordem distrófica* (mastoses), estas segundo a característica geral acabada de definir e de cujos pormenores vou ocupar-me nas páginas que seguem.

Não me interessa focar de maneira especial as *mastites* e os *tumores* pròpriamente ditos (grupos II e III). Quaisquer referências que haja a fazer a êstes estados obedecem única e simplesmente ao desejo de marcar a feição anátomo-clínica das mastoses, tomando-se, desde já, como assente, consoante acima referi, que nem sempre é fácil distinguir as mastoses das mastites crónicas e, outrossim, dos processos tumorais fibro-adenomatosos.

Os casos em que a estrutura histológica é clara, de ordem flegmática ou de ordem tumoral pròpriamente, devem ser riscados da variante de que me ocupo.

Quanto às *alterações funcionais simples* (grupo I) interessa conhecer as que dizem respeito às modificações da estrutura da

glândula mamária, estranhas à gravidez e à lactação, como termo de comparação com as que se observam nos processos de mastose.

Não me refiro aos caracteres da glândula nos períodos antepubertário e pós-menopáusico, isto é, fora dos períodos de actividade sexual, visto que são raras e praticamente de pouco ou nenhum valor fisiológico e clínico.

Mas já não acontece o mesmo pelo que respeita às modificações durante a vida sexual. Com efeito, então, notam-se alterações funcionais averiguadas, se bem que insuficientemente definidas.

Na opinião de ROSENBERG (1922), na fase pre-menstrual observam-se proliferações aciniformes sólidas, ao mesmo tempo que se estabelece distinção entre o tecido conjuntivo intra-lobular, de tipo celular denso, e os septos inter-lobulares, de tipo fibróide. Na fase pós-menstrual dar-se-ia a regressão dos ácinos e simultaneamente o desaparecimento da própria architectura lobular. ROSENBERG, além das fases pós-menstrual e pré-menstrual, aceita a existência de uma fase intermédia, durante a qual se nota regressão ainda mais acentuada dos ácinos, mercê, em parte, da acção fagocitária dos leucócitos. Nesta fase acentua-se, ainda mais, o processo de esclerose.

O certo, porém, é que nem todos perfilham este modo de ver (DIECKMANN, LITTEN, TAYLOR, HUCHENS, etc.). DIECKMANN, por exemplo, e com elle alguns outros, não aceita as modificações periódicas dos elementos epitélío-acinosos, segundo o esquema de ROSENBERG.

A maior crítica às observações de ROSENBERG reside no facto de elas terem sido colhidas no cadáver e não no vivo.

Verdadeiramente assente, neste capítulo, só existe a modificação cíclica do estroma intra-lobular e do aparelho excretor: linfo-plasmocitária, edematosa e ectásica, nos períodos pré-menstrual e menstrual e fibrosa no pós-menstrual. Quanto aos ácinos há fortes probabilidades de que se observe proliferação no pré-menstro e involução no pós-menstro.

De uma maneira geral, pode esquematizar-se da seguinte forma a opinião dominante:

a) — *Antes da ovulação* (pós-menstro), verifica-se proliferação maior ou menor do sistema excretor, com infiltração fibroblástica de linfócitos e de polinucleares no estroma peri-canalicular.

b) — *A seguir à ovulação* (pré-menstro), vêem-se aparecer formações alveolares com a competente proliferação de ácinos. Segundo se crê a proliferação a que me refiro está na dependência estreita da duração da fase luteica do ciclo ovarial.

c) — *Durante a menstruação*, observa-se imbibição edematosa do tecido conjuntivo intra-lobular, infiltração linfo-plasmocitária e dilatação dos canais galactóforos e canaliculos intra-lobulares (MOSKOWICZ). Glóbulos de gordura, hemácias, leucócitos e fragmentos de células podem recheiar, neste período, alguns canaliculos excretorios.

As modificações a que me refiro servem para demonstrar a alta influência dos estímulos ováricos na feição somática e fisiológica do seio.

A involução da glândula após a menopausa ou a castração, e a própria atrofia antes da puberdade, demonstram, igualmente, a interferência a que aludo, aliás de todo o ponto lógica na harmonia genital do sexo. FRAENKEL, ANCEL e BOUIN, OTT, SCOOT, TURNER, CORNER, etc., perfilham êste modo de ver. Não obstante, MOSZKOWICZ e HALBAN opinam no sentido da acção frenadora do ovário no crescimento da mama. Para exemplo citam a hipertrofia mamária que se observa por vezes nas amenorreias e no climatério. Lembremos, porém, que em regra a referida hipertrofia é mais aparente do que real, não sendo raro que corresponda a infiltração gordurosa.

— Pelo que interessa à natureza do influxo que comanda as modificações mamárias em causa, nada se conhece de seguro; presume-se, todavia, que:

a) — *A foliculina* estimula o desenvolvimento mamário (ALLEN, ZONDEK, BAUER, MAC BRYDE). A acção da foliculina sobre a mama foi estudada pela primeira vez por ALLEN, em 1927. Desde então multiplicam-se os trabalhos concernentes ao caso, de que não posso dar nota pormenorizada para não me alongar demasiado. Não há uniformidade de vistas, mas pode ter-se como assente, em face das experiências feitas: 1.º — que sob a sua acção o mamilo se hipertrofia (MUSSIO, BRINO, etc.), 2.º — que igual sorte tem o sistema canalicular (BRADBURY, TURNER, DIDDLE, etc.). É discutível a parte que respeita às modificações acinosas, embora modernamente a maioria dos autores não desdenhe aceitar a sua

hiperplasia. Em resumo, as modificações são as que constam da fase ante-ovular atrás referida.

b) — A *luteína* tem uma acção electiva sôbre os elementos acinosos, contribuindo, portanto, para o crescimento alvéolo-lobular. Desde que ANCEL e BOUIN estudaram o fenómeno, em 1911, têm sido imensos os trabalhos experimentais de ponto de partida do corpo amarelo, ou da sua hormona — a progesterona. Também os não desfio, nem critico com minúcia, pela mesma razão atrás apontada. Basta dizer que nada se conhece de positivo a respeito do mecanismo de acção da progesterona sôbre a glândula mamária, aceitando-se, depois dos estudos de TURNER e SCHULTZE, em 1931, ASDELL e SEIDENSTEIN, em 1935, e de alguns outros, que a progesterona para actuar exige o concurso prévio da foliculina. Em última análise, pois, as modificações dos elementos epiteliaes secretores parece variarem, como disse, na razão directa do estímulo luteínico. O que se passa pelo que respeita ao desenvolvimento da mama durante a gravidez ratifica, em certa maneira, êste ponto de vista.

Deixem-me dizer que se o esquema apresentado sôbre a acção da foliculina e da luteína é o mais aceite, autores há, de justo renome, e entre êles COTTE, que o repudiam, perfilhando o mecanismo inverso. ASTWOOD e GESCHIGTER, BROWN e COLLIP, limitam-se a dizer que não notaram qualquer modificação da mama com a injeccção de progesterona.

Que o problema seja complicado pelo que respeita à interferência das duas hormonas em questão compreende-se, não só em face da disparidade das observações de alguns autores, mas, ainda, se tivermos presente que experiências de SELYE, M. EVEN e J. COLLIP, BULLIARD e RAVINA, parece terem demonstrado que a injeccção de hormonas masculinas, de um modo particular o propionato de testosterona, conseguiu provocar o crescimento da glândula mamária da rata.

c) — As *hormonas ante-hipofisárias* possuem, igualmente, uma acção digna de registo, directa ou indirecta. A importância da hipófise no desenvolvimento da glândula mamária foi posta em evidência, em 1936, por SELYE e COLLIP. Segundo êles, nos animais hipofisectomizados a injeccção de foliculina não consegue provocar o desenvolvimento do sistema excretor mamário. Onde, porém, melhor se aceita a acção imediata de uma hormona



A qualidade

dos produtos químicos também depende da rigorosa seleção das matérias primas e auxiliares empregadas no local de fabrico. Se quiser evitar experiências dispendiosas que lhe roubariam muito tempo, siga o meu conselho de perito que reconhece perfeitamente as suas responsabilidades: Empregue produtos que satisfaçam a tôdas as exigências e em que poderá sempre confiar, os da Fábrica de Produtos Químicos, fundada em 1827,

E. Merck

DARMSTADT

hipofisária sôbre a mama é na lactação, pròpriamente dita. BATES e RIDDLE chamaram a esta hormona *prolactina*. É bom frisar, todavia, que a fisiologia da lactação oferece ainda muitos pontos de dúvida, fora do mecanismo simplista da acção da prolactina aceite por BATES e RIDDLE. Para COLLIP, NELSON, SNOEK e outros, a injeccção de foliculina põe têrmo à secreção láctea da mulher, facto que a ser exacto demonstra a incompatibilidade da prolactina e da foliculina. Mas, enfim, êste assunto não interfere de maneira especial com aquêde de que me ocupo.

— Fornecidas estas ligeiras noções de histofisiologia, que serviram para demonstrar a existência de um ciclo mamário em correlação com o ciclo ovárico, ainda que com muitos pontos obscuros no seu mecanismo biológico e funcional, voltemos ao ponto de partida.

As mastoses ocupam, repito, um lugar intermédio entre as modificações fisiológicas da mama e as lesões inflamatórias e, sobretudo, as tumorais.

¿ Mas, existirão êstes processos de mastose e, caso afirmativo, merecerão êles, pela sua freqüência, que se individualizem nosologicamente?

Se eu referi que as neoplasias de feição histológica *indiscutivelmente tumoral* não tõem que ser consideradas dentro das mastoses, se também disse que as formações *típicamente flegmáticas* nada tõem que ver, da mesma forma, com as referidas mastoses, o agrupamento clínico e anátomo-patológico das modalidades que considero tem de fazer-se: a) — à custa de certas hiperplasias de natureza funcional cujo tipo não obedece aos moldes observáveis nas modificações tidas como fisiológicas da glândula; b) — à custa de certos casos, de alguma maneira aparentados com as inflamações e com os tumores, sem que todavia como tal possam ou devam ser considerados. Como são freqüentes êstes estados escuso de dizê-lo por ser o facto conhecido de todos os clínicos; como interessa defini-los ressalta também à vista, afim de nos orientarmos devidamente na terapêutica, tantas vezes cheia de inquietações, não só para as doentes, mas, até, para os próprios médicos.

— As mastoses, no começo, confundem-se com as *hiperplasias funcionais simples* prè e pós-menstruais e com as do periodo de lactação, mas em geral é possível distingui-las, porquanto não

têm, como as primeiras, um carácter tão transitório e regular, nem se acompanham de secreção láctea, como as segundas, pelo menos em quantidade apreciável. Nas mastoses, efectivamente, domina uma certa permanência dos fenómenos hiperplásicos, como domina, igualmente, a ausência, ou quasi, de secreção láctea. Em regra o processo de mastose não atinge todo o tecido mamário. Se toca as duas glândulas é quasi sempre em zonas circunscritas e não extensivas a todo o seio, como acontece nas hiperplasias funcionais meramente fisiológicas.

Nas formas mais avançadas a distinção entre as mastoses e as hiperplasias fisiológicas é mais simples, visto as primeiras tomarem, quasi sempre, um aspecto fibro-adenomatoso ou fibro-quístico.

— Quanto às *mastites crónicas*, o modo de aparecimento, os sinais reaccionais em torno do processo, a ausência de dor apreciável em muitas mastoses, ao contrário da generalidade das mastites, e a evolução mais ou menos acidentada nestas, em relação àquelas, os antecedentes infecciosos, etc., orientam-nos, como regra, na distinção respectiva. Não há, repito, uma divisória precisa entre as mastoses, as mastites crónicas e certas formações tumorais, até porque não se exclui a possibilidade da transição progressiva de uns estados para os outros. Mais adiante voltarei a referir-me a este ponto, então com maior desenvolvimento.

— Pelo que respeita à sua possível confusão com os *tumores* deve dizer-se, também, que nem sempre é fácil estabelecer uma divisória histológica e clinica precisa. Compreende-se, assim, que certas afecções ora sejam tidas como mastoses ora como tumores. A maior difusão do processo nas mastoses e a sua maior limitação nos tumores, a evolução mais regular nesta última hipótese, sem períodos de retrocesso, como acontece nas mastoses, e, finalmente, a circunstância das mastoses nunca serem capsuladas, como é próprio dos fibro-adenomas propriamente ditos, nem terem a consistência rija das neoplasias malignas, constituem outros tantos elementos de que nos servimos para a diagnose diferencial. Pelo que respeita ao estudo histológico as características francamente tumorais ou simplesmente hiperplásicas, fibro-adenomatosas ou fibro-quísticas difusas, auxiliam-nos a fazer a distinção, auxiliam digo eu, porquanto não esclarecem

em absoluto o caso. Acontece, com freqüência, serem idênticas as respostas, por ser do mesmo tipo a estrutura histopatológica, não obstante ser diferente a marcha clínica do processo. (Por exemplo, nas Obs. II, III e X o exame histológico deixa-nos na dúvida sobre se se trata de uma formação tumoral propriamente dita ou de um processo mastósico).

— Os processos de mastose vêem-se, sobretudo, no período activo da vida genital. Não são excepcionais, todavia, antes da puberdade e depois da menopausa.

— As mastoses dividem-se em *fibro-adematosas* e *quísticas*, em função do predomínio da sua architectura morfológica. Qualquer delas pode ser circunscrita ou difusa, consoante a extensão e limitação do processo. A forma quística é conhecida na escola francesa e entre nós por *doença de Reclus*. A própria escola inglesa e americana não desdenha aproveitar a designação, se bem que a maior parte dos autores prefira chamar-lhe *mastite crónica quística*. A variante de PHOCAS não merece ser considerada à parte, visto a distinção se reportar, apenas, à configuração dos nódulos, que embora minúsculos nem por isso deixam de ser quísticos, na quasi totalidade dos casos. A escola alemã prefere a designação de *mastopatia quística*, que também não vai mal. Atendendo, porém, a que as formações quísticas da mama nem sempre têm a mesma origem e o mesmo significado, parece-me preferível continuar a designar a variante em questão por doença de RECLUS.

— Os quistos solitários, os adenomas e os fibro-adenomas típicos, devem, em princípio, considerar-se no grupo das formações tumorais, se bem que a morfologia histológica se confunda, em muitos casos, com a das mastoses fibro-adenomatosas ou quísticas, consoante referi.

Anatomia Patológica

Na opinião de todos a mama sofre periodicamente alterações nos elementos acinosos e no estroma intra-lobular; quer dizer, fisiologicamente é sede de modificações epiteliaes e conjuntivas de carácter cíclico, consoante referi um pouco mais atrás.

Se bem repararmos e meditarmos na índole e feição somática destas variações, não podemos deixar de as aproximar das

que se observam a nível da mucosa do útero durante o ciclo menstrual: regenerativas na fase folicular, secretórias na fase lútea e regressivas no período menstrual. E isto à custa dos elementos glandulares e conjuntivos.

De prever é que em determinadas circunstâncias os limites dos fenómenos cíclicos sejam ultrapassados, originando no sector uterino estados a que eu chamo endometriais hiperplásicas, mas a que poderia chamar endometroses, e no sector mamário estados conhecidos por mastoses, que hiperplásicas são também. Do lado do útero sabemos nós que é assim. Do lado da mama não o sabemos ao certo, mas presumimos que as coisas se passem de forma igual. E se o tipo das alterações do útero se revela por hiperplasia simples ou quística (metropatia de SCHROEDER) dos elementos glandulares e conjuntivos da mucosa, o da mama deve obedecer à mesma feição.

Se quiséssemos podíamos ir mais longe na semelhança das alterações mamárias com as útero-ováricas. Bastava aparentar certas formas de mastopatias quísticas com alguns estados de ovariose esclero-quística.

—As mastoses traduzem-se, sob o ponto de vista morfológico, por proliferações de tipo adenomatoso, de tipo fibroso e de tipo quístico (tais como se observam na camada funcional da mucosa uterina). Lógico é, portanto, que façamos a umas e outras a devida referência.

a) — *Proliferação adenomatosa*: — Caracteriza-se por hiperplasia dos ácinos e dos ductos excretores. Se a reacção é muito pronunciada é possível notarem-se formações intra-acinosas e intra-caniculares de ponto de partida do epitélio glandular ou de revestimento dos canais excretores (Obs. II e VII). Quando domina a última modalidade estabelecem-se pontos de contacto clínicos (mama sangrante) e histológicos com os tumores vegetantes intra-caniculares.

A reacção adenomatosa pode manter-se com o tipo somático clássico das formações acinosas, sem dar lugar a quistos, ou então condicionar o aparecimento destes por dilatação das cavidades glandulares ou dos pequenos canaliculos intra-lobulares. Neste caso, porém, não se fala já de reacção adenomatosa, mas, antes de neoformações quísticas, visto ser essa a feição dominante.

b) — *Proliferação fibrosa*: — Consiste no desenvolvimento de tecido conjuntivo em volta dos ácinos e dos canalículos excretores. Como regra, os elementos conjuntivos dispõem-se em lâminas concêntricas. Nos espaços tangenciais à confluência dos círculos acumulam-se os elementos embrionários. Segundo muitos, notam-se com freqüência infiltrações linfo-plasmocitárias, de um modo particular em torno dos vasos. LECÈNE e LENORMANT não aceitam a existência desta infiltração.

A reação fibrosa sucede, em regra, à reação adenomatosa; com efeito de início domina a hiperplasia epitelial. Simultaneamente com a reação fibrosa vê-se sempre reação adenomatosa e é raro que se não observe a formação de quistos.

c) — *Proliferação quística* (doença de RECLUS): — É de tôdas a mais importante e suponho que a mais característica dos processos de mastose. Comparecem, ao mesmo tempo, se bem que discretas, proliferações de tipo adenomatoso e fibroso. Trata-se, sempre, de quistos múltiplos. As formas solitárias, raras é certo, não devem pôr-se à conta das mastoses. No seio, como em qualquer ponto do organismo, rico em tecido epitelial glandular, podem encontrar-se quistos cuja origem e evolução ficam sujeitas às normas dos quistos, em geral e não às dos quistos das mastoses, que oferecem, como vamos ver, particularidades especiais. As mastoses quísticas constituem, na realidade, uma verdadeira doença poliquística, expressão por que, aliás, também é conhecida a doença de RECLUS. E enquanto os quistos solitários têm tendência a crescer progressivamente, segundo o determinismo usual, os da doença de RECLUS são susceptíveis de retroceder, pelo menos nas formas iniciais.

O volume dos quistos é variável, mas em regra não excede o tamanho duma noz. Os maiores resultam, quasi sempre, da fusão de um grupo de pequenos.

Os quistos têm ordinariamente forma arredondada, mas por vezes apresentam uma configuração irregular.

O conteúdo, em consistência: ora é seroso ora xaroposo; em côr: é claro, ou acastanhado.

Quanto à sede, pode bem dizer-se que se observam em qualquer ponto da glândula, ainda que KONJETZNY refira que se vêem com maior freqüência no quadrante supero-externo.

As alterações microscópicas nas mastoses quísticas são as mais variadas. A escola alemã, particularmente SCHULTZE, considera os grupos seguintes, em função da sua variabilidade histológica: quistos de *invólucção*, de *transformação* e de *proliferação*.

a) — Os *quistos de invólucção* equivalem a manifestações regressivas do pós-menstro, do pós-aleitamento e do climatério. As células epiteliais são cúbicas ou cilíndricas e distribuem-se em duas camadas. A origem destes quistos é propriamente glandular. Os canaliculos excretores sofrem variações em função da estenose originada pelo tecido conjuntivo. No começo podem ter o lume muito reduzido; mais tarde apresentam dilatações em vários pontos.

b) — Os *quistos de transformação* são de células cilíndricas e têm a particularidade de corar de vermelho pela eosina e de amarelo pelo «Van Gieson». Estas células têm uma grande semelhança com as das glândulas sudoríparas. Dentro desta modalidade KROMPECHER descreve os quistos epiteliais em mosaico, tendo em vista a configuração do epitélio. Trata-se de células semelhantes, também, às das glândulas sudoríparas.

c) — Os *quistos de proliferação* são caracterizados por vegetações intra-quísticas, em tudo semelhantes às dos tumores vegetantes intra-canaliculares. Esta particularidade levou SCHULTZE e KLOSE a descrever os tumores vegetantes no capítulo das mastopatias quísticas.

A escola francesa prefere a classificação de *quistos glandulares, canaliculares e idrosadenóides*.

a) — Os *glandulares* provêm, é claro, dos ácinos. O revestimento epitelial é formado por células cúbicas ou cilíndricas (lembra-se que normalmente as células do epitélio dos ácinos são prismáticas baixas no período de repouso e achatadas durante a lactação). Têm equivalência nos quistos de «invólucção» da escola alemã.

b) — Os *canaliculares* são revestidos de células prismáticas altas em correspondência com a histologia normal dos canais excretores.

c) — Os *idrosadenóides* são forrados de células mio-epiteliais, ricas em granulações acidófilas refringentes, semelhantes às células das glândulas sudoríparas. Equivalem aos quistos de «transformação» dos alemães.

As modalidades diferentes a que acabo de me referir servem, além do mais, para nos dar uma idéia dos aspectos multiformes que os quistos podem assumir, ponto em que aliás insistem todos os anátomo-patologistas.

Convém dizer que no mesmo exemplar se pode passar de uma variedade para outra, não sendo raro que se observem autênticos processos regressivos que levam à desapareição completa do revestimento epitelial. Quando assim, acontece que as cavidades quísticas são invadidas por células macrófagas que fagocitam os produtos de desintegração aí acumulados (ROUSSY).

Simultâneamente com as formações quísticas notam-se sempre, do lado do estroma, alterações conjuntivas e, inclusive, infiltrações linfo-plasmocitárias, segundo a opinião de alguns autores.

Os tipos anátomo-patológicos que referi não se observam isoladamente, mas sempre associados. Não há mastoses fibrosas, adenomatosas ou quísticas, simples, mas sim mastoses fibro-adenomatosas ou fibro-adeno-quísticas. A morfologia macroscópica das mastoses oferece variantes, tal como a textura histológica geral. Nas formas essencialmente fibro-adenomatosas o processo é quasi sempre difuso — o que não quer dizer que seja extensivo à totalidade da glândula — e a consistência é regular e elástica. Nas formas quísticas percebem-se, por vezes, nódulos em meio de tecido endurecido. Deve dizer-se, porém, que a ausência de nódulos não exclui, de forma nenhuma, a possibilidade de se tratar de uma mastose quística. Tudo depende do tamanho e distribuição dos quistos.

Sintomatologia

A divisão das mastoses em *fibro-adenomatosas e quísticas*, tem sobretudo valor anátomo-patológico. Sob o ponto de vista clínico não conta praticamente. A não ser na forma quística nodular, onde a palpação revela saliências lobuladas, nas restantes a descreção não é possível.

As mastoses podem ser uni ou bilaterais. O conceito da bilateralidade obrigatória, antigamente perfilhado, não corresponde à verdade dos factos.

Na minha reduzida casuística são em maior número as formas unilaterais.

A inspecção não tem, evidentemente, qualquer valor. O seio aumentado de volume, uma circulação venosa cutânea mais intensa, uma superfície irregular, nada nos dizem, visto constituírem sinais de várias outras afecções.

A palpação tem mais importância. Nas formas fibro-adenomatosas simples e nas micro-quísticas não se palpa uma massa de consistência tumoral, como acontece nos adenomas puros e nos carcinomas. O achatamento do seio contra a grelha costal pode não dar sinais de maior, e nas formas pouco avançadas não dá de facto, quando muito percebe-se um certo engrossamento e, disseminados, aqui ou além, minúsculos nódulos, muito rijos, que ora correspondem a pequenos quistos, ora a formações fibro-adenomatosas simples. Nas formas mais adiantadas a palpação sobre as costelas, à maneira clássica, dá conta, geralmente, de nódulos consistentes de volume apreciável.

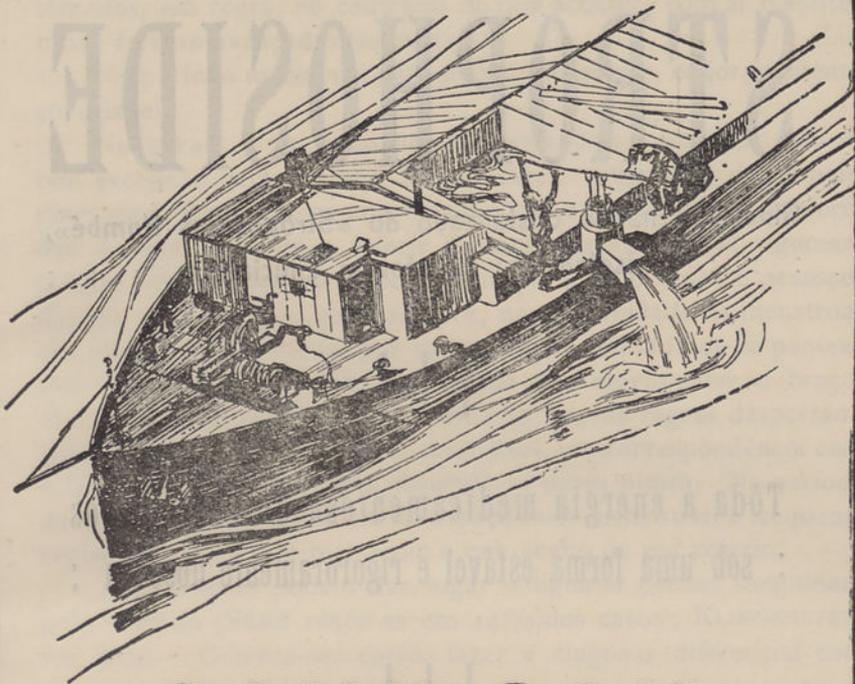
A pinçagem do seio entre o polegar e os restantes dedos fornece, como regra, melhores indicações. Não é difícil notar na maior parte dos casos um engrossamento apreciável em relação a outros sectores, livres do processo.

A punção exploradora pode esclarecer por completo o diagnóstico na doença de RECLUS. A transiluminação não tem valor apreciável, na grande maioria dos casos.

Os sinais variam, naturalmente, em função do tipo clínico da mastose: difusa ou circunscrita. Na primeira vemos muitas vezes embaraçados para pôr um diagnóstico de precisão, tanto mais que a consistência do seio normal não é sempre a mesma. A dificuldade sobe de ponto, se o processo toma toda a glândula e, de uma maneira especial, se atinge as duas em pleno.

Nas mastoses circunscritas a palpação dá melhores ensinamentos. Por comparação com a parte normal do seio não é difícil apercebermo-nos da massa em questão. Como as mastoses não são capsuladas é raro que os contornos se mostrem tão vincados como nos adenomas típicos ou nos quistos solitários. Êste pormenor serve, como é compreensível, para o diagnóstico diferencial.

Os processos de mastose não aderem aos planos profundos e, na maior parte dos casos, também o não fazem à pele. Mas, se existe aderência, o que falta sempre é a «pele de laranja». O mamilo não está retraído. Os gânglios da axila não estão



SALYRGAN

DIURETICO

seguro, tolerado sem irritações

Ação do Hg + Teofilina

Nos edemas cardíacos e renais, na
nefrose, na ascite, na adiposidade

EMBALAGEM ORIGINAL:

Calxas com 5 ampolas de 1 ou de 2 c.c. da solução a 10%



«Bayer»
LEVERKUSEN

Representante:

BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintela 11, 2.º LISBOA

STROPHOSIDE

Glucosido nativo cristalizado do «Strophantus Kombé»,
: : : : isolado na sua forma «inicial» : : : :



Tôda a energia medicamentosa do estrofantos
: sob uma forma estável e rigorosamente doseada :



Empôlas de 1 c.c. (1 $\frac{1}{2}$ mgr.)



*Amostras e literatura científica à disposição
do Corpo Médico*

SANDOZ S. A. Bâle (Suissa)

tomados, em regra, ao contrário do que acontece com as mastites e nas formas avançadas do cancro.

No período menstrual nota-se, habitualmente, engorgitamento apreciável.

No geral, a palpação não desperta dores grandes, mas só por excepção deixa de ser desagradável. Quanto a dor espontânea devo dizer que se encontram tôdas as variantes. A maioria das doentes limita-se a referir sensação de «picadas»; algumas, porém, accusam dor viva com irradiação para o braço e pescoço, dor que se exacerba, quasi sempre, na proximidade da menstruação. A Obs. XII via-se, por vezes, impossibilitada de se pentear com a mão direita, tão custoso lhe era movimentar o braço. Mesmo que não haja dor é manifesto que as regras despertam, quasi sempre, mal estar local apreciável, em correspondência com a hiperplasia que é de uso observar-se nessa altura. No período da ovulação (meia distância do espaço inter-menstrual) é freqüente registrar-se o mesmo mal estar a que acabo de me referir.

As mastoses podem dar lugar a ligeiras perdas sangüneas pelo mamilo (SEMB notou-as em 14 0/0 dos casos; KLINGENSTEIN em 8 0/0). Oferece-se, então, fazer a diagnose diferencial com os tumores dendríticos.

De uma maneira geral, e sob o ponto de vista clínico, as mastoses que dão lugar a perdas sangüneas pelo mamilo devem considerar-se a transpor os limites da benignidade, se é que os não transpuseram já (Obs. IV). É prudente tomar êste facto em consideração quando se pense na terapêutica a aplicar.

As mastoses são susceptíveis de retroceder, como disse, TILLAUX, referindo-se à doença de RECLUS, chama-lhe *oscilante*. Êste pormenor tem muita importância, segundo também disse, como sinal de diferenciação dos tumores (1).

(1) É bom não esquecer, todavia, que os tumores, não sendo, por natureza, regressíveis, podem, em certas condições, oferecer essa curiosa variante. Exemplo: certos fibromiomas do útero após a menopausa e certos adenomas do seio. Êste facto é interessante no aspecto das relações dêsses tumores com as hormonas genitais.

Diagnóstico diferencial

Pelo que acabo de expor, reconhecemos sem custo que o diagnóstico clínico das mastoses oferece por vezes dificuldades grandes. Se fácil em algumas modalidades da doença de RECLUS, quando as formações quísticas assumem proporções razoáveis, e se não extremamente difícil em certas formas difusas da adolescência e da juventude, nós compreendemos que seja delicado em muitas outras circunstâncias, de um modo particular se se trata de mulheres que aleitaram já — nas quais a possibilidade de uma mastite crónica é sempre de presumir — ou, então, de mulheres que atingiram, ou estão prestes a atingir, a menopausa.

Compulsando as noções que acabo de fornecer e sopesando, ao mesmo tempo, os sinais que se conhecem das afecções com as quais as mastoses podem confundir-se, é possível, na grande maioria dos casos, estabelecer o diagnóstico, se não de certeza, pelo menos de grande probabilidade. Apesar de incorrer na falta de me repetir, julgo vantajosa, nesta altura, a reinsistência em alguns dados já fornecidos, que mais não seja em obediência à estrutura didáctica que resolvi dar a êste trabalho.

— Nas *hiperplasias funcionais simples*, tudo se passa em obediência ao ciclo ovárico. Precedem o menstro e desaparecem com êle. Se uma vez ou outra tomam proporções um pouco mais marcadas, nem por isso deixarão de se subordinar ao ritmo menstrual. Um outro carácter está na sua bilateralidade costumada.

— Nas *mastites crónicas*, o diagnóstico é bastante mais delicado. Efectivamente a confusão das mastoses com as mastites crónicas é corrente. Num e noutro caso existe engrossamento da glândula, bem apreciada por pinçagem e mal por achatamento, a consistência e a configuração podem ser iguais em ambas as hipóteses porque em ambas elas, afinal, a arquitectura morfológica é semelhante. LECÈNE, LENORMANT, MOULONGUET e outros, dizem nunca ter observado na doença de RECLUS lesões inflamatórias. A riqueza e o tipo do tecido conjuntivo, numa e noutra hipótese, autoriza a semelhança a que me refiro e explica em certa maneira a terminologia de mastite quística que muitos dão à doença de RECLUS.

As mastites crônicas podem ser primitivas ou secundárias. Na última modalidade o diagnóstico é facilitado pela anamnese. Na forma primitiva as dificuldades são maiores. É raro, todavia, que não haja no passado um acidente do período de lactação, visto que as mastites crônicas raramente se observam nas nulíparas. Não falta, nunca, reacção dos gânglios axilares. Nas mastoses, como disse, constitui excepção. Os processos de mastite crônica não costumam ser bilaterais. Também não sofrem variações cíclicas, em concordância com as do ovário, pelo menos de maneira tão vincada como as mastoses. Por vezes dão temperaturas subfebris. Não é raro determinarem alterações da fórmula leucocitária. Nas formas nodulares a punção ajuda a esclarecer o diagnóstico. Nas mastopatias quísticas obtém-se um líquido seroso, claro ou acastanhado; nas mastites crônicas banais pode colher-se pus. Nas formas duvidosas o exame bacteriológico presta bons serviços.

Entre as mastites crônicas deve fazer-se menção especial das de natureza bacilar e luética. Díficeis de afirmar fora de um estudo biopsico, podem, no entanto, ser suspeitadas em função do estado geral, de certas reacções serológicas e do estudo radiológico pulmonar.

— Nos *tumores* o diagnóstico faz-se através da forma e consistência do processo, da retracção da pele e do mamilo, da reacção ganglionar, da ausência de dores, da independência com os ciclos ováricos e, sobretudo, do seu crescimento progressivo. Nos adenomas e fibro-adenomas propriamente ditos, e bem assim nos quistos solitários, a lesão apresenta contornos regulares e quasi sempre esféricos. Nas mastoses esta configuração é excepcional, mesmo que se trate de tipos circunscritos.

Nos tumores vegetantes intra-canaliculares (tumores dendríticos) domina a perda de sangue pelo mamilo. Determinadas mastoses quísticas também a dão, como já disse. Compreende-se, pois, uma certa hesitação.

No cancro a confusão só pode dar-se nos primeiros tempos. Com efeito, no período de estado é raro que subsistam dúvidas.

Apesar de todos os sinais e de tôdas as pesquisas locais e gerais, acontece, muitas vezes, que ficamos perplexos. Surgem, então, tôdas as possibilidades da biópsia. Não a aconselho nos casos claros, por não ser indiferente na marcha de certas afecções, nomeadamente cancerosas, mas quando haja dúvidas não

devemos hesitar em a fazer. Atenda-se a que se é grave mutilar uma doente sem precisão, é muito mais deixar de o fazer, se a natureza do mal nos impõe êsse caminho como indispensável.

Etiopatogenia

Os conceitos admitidos em matéria de etiopatogenia das mastoses têm sido múltiplos e variados. Analisá-los-ei rapidamente, não tanto segundo a ordem cronológica sob que têm aparecido, mas segundo o valor que em meu critério possuem uns e outros. Reservo para o fim aquêles que me merecem maior crédito.

Teoria embriogenética:—KROMPECHER, ASCHOFF e LETULLE, filiam as mastoses quísticas em processos disembrionários. Para êles a doença quística do seio é igual á doença quística dos rins, do figado ou do pâncreas. As formas idrosadenóides contribuem, na opinião de Letulle, para reforçar êste ponto de vista.

ROUSSY objecta que a mastose quística não existe desde o nascimento, como acontece nas doenças poliquísticas de outros órgãos. Por outro lado, faz notar que a natureza das lesões não é, afinal, a de uma simples má-formação, visto que o estudo histológico depõe a favor dum processo evolutivo, de lesões muito complexas. A produção dos quistos equivaleria, apenas, a um epifenómeno destas lesões. Em resumo, esta teoria não satisfaz a grande maioria dos observadores.

Teoria tumoral:—BORST, SEMB, MALASSEZ, BRISSAUD, etc. consideram a doença de RECLUS como um verdadeiro processo tumoral. Por isso a etiquetam de «adeno-quistoma difuso» ou de «epitelioma intra-acinoso». ROUSSY comenta, igualmente, que êste conceito olha, apenas, a um aspecto das lesões, isto é, dos processos proliferativos, fazendo «tábua rasa» (é sua a expressão) dos restantes fenómenos: atrofia, esclerose, lesões inflamatórias, etc. Além disso, deve notar-se que os próprios processos proliferativos têm maior parentela com as reacções hiperplásicas do que com as formações tumorais. No geral o ponto de vista de ROUSSY é aceite. A circunstância de certas mastoses, nomeadamente quísticas, poderem evolucionar no sentido tumoral não

nos habilita, igualmente, a considerar as mastoses como de origem neoplásica. Trata-se dum fenómeno de degenerescência, como pode notar-se em outras hiperplasias.

Teoria inflamatória:—TILLAUX, QUENU, DELBET, ROUSSY e KÖNIG, entre outros, aceitam a origem inflamatória das mastoses, em particular da doença de RECLUS. Segundo êles o tipo das lesões (hiperplásicas, atróficas, epiteliais e conjuntivas), é em tudo semelhante ao dos processos flegmáticos. Os partidários desta teoria não se obrigam à aceitação da natureza infecciosa. Tratar-se-ia de lesões de tipo inflamatório geral. As infiltrações linfo-plasmocitárias que por vezes se observam (Obs. VIII), apesar de LECÈNE, LENORMANT e MOULONGUET as negarem, como já disse, reforçariam o ponto de vista inflamatório. O estafilococo branco que DELBET diz ter encontrado em alguns quistos não tem qualquer significado etiológico.

Sob o aspecto estrito das lesões não é de excluir nem de aceitar a teoria em questão. Em matéria de causa, porém, é que se fica na mesma ignorância, uma vez que se ponha de parte a infecciosa. Chamar mastite ao processo, ou chamar-lhe mastose, pouco significa sob o ponto de vista da essência. Em certas mastoses é possível encontrar uma estrutura em todo o ponto semelhante à das mastites crônicas, não obstante a origem ser diferente.

O que interessa, neste caso, não é o expressionismo morfológico, mas, antes, o determinismo biológico, ressaltada, embora, a ignorância em que estamos no respeitante ao mecanismo de acção das causas primeiras.

Em conclusão, a teoria inflamatória não explica satisfatoriamente a génese das mastoses.

Teoria neuro-endócrina:—O inconformismo da maior parte dos autores com as teorias referidas levou-os para os domínios da endocrinologia e a meu ver muito bem, porque é neste campo que se recolhem dados mais convincentes.

Tendo em vista as relações que existem entre a mama, o ovário e a hipófise — a que já me referi sumariamente — e sabendo-se, por outro lado, como é notável a influência do sistema neuro-vegetativo no funcionamento normal e patológico da glân-

dula mamária, seria de estranhar que não se pedisse ao complexo endócrino-neuro-vegetativo a explicação do aparecimento das mastoses, uma vez que se trata de alterações em certa maneira do tipo distrófico, observáveis, tantas vezes, segundo o ritmo funcional das glândulas genésicas (1).

LECÈNE tinha razão, quando dizia que a doença quística do seio era o resultado de uma «disgenesia evolutiva por viciação hormonal».

Com efeito, modernamente, todos os investigadores procuram neste campo a compreensão do fenómeno. TAYLOR, VERNICHI, DAHL-IVERSEN, WANKE, HEROLD e EFFKMANN, SEMB, LEWIS, etc., insistem em que as mastoses quísticas resultam de transtornos hormonais do ovário e da hipófise. O mesmo devemos pensar — acrescento eu — pelo que respeita às mastoses em geral.

Como me propus fazer a apreciação das teorias patogénicas em ordem crescente da sua importância, isto é, na razão inversa da sua maior viabilidade, apreciemos primeiro a que diz respeito à disfunção do corpo amarelo e logo em seguida à do folículo de DE GRAAF.

Teoria luteínica: — Com as conclusões de ANCEL e BOUIN, no respeitante à influência da luteína nos processos hiperplásicos da mama — a que fiz alusão no começo deste trabalho — conclusões, aliás, que muitos observadores perfilharam, criou-se a doutrina de que as mastopatias quísticas e fibro-adenomatosas simples correspondem a uma disgenesia por viciação da hormona luteica. E o certo é que autores da categoria de LERICHE e MOSZKOWICZ, não hesitam em patrocinar esta teoria. Segundo eles as mastoses proviriam de fenómenos de hiperluteinemia (2).

Nasceu daqui a idéia de tratar as mastoses pela foliculina, hormona em certa maneira antagónica da luteína, dentro do complexo genital. Registaram-se alguns sucessos, é certo, mas

(1) Em *Annales de Medecine*, t. xxxv, n.º 2, de 1934, vê-se um trabalho de ROUSSY e MOSINGER sobre a interferência a que me refiro. Não se foca, aí, directamente a questão das mastoses, mas nem por isso resulta menos evidente a influência do sistema neuro-vegetativo no funcionamento normal e patológico da glândula mamária.

(2) CHEATLE e CUTTLER descreveram «mazoplasias» dolorosas, devidas a exagero de secreção do c. a.

na maioria das vezes o efeito não foi encorajante. Uma vez ou outra o processo aumentava, longe de diminuir. Efectivamente, a melhor explicação devia procurar-se na hormona folicular.

Teoria foliculínica:— Incontestavelmente, esta teoria é a que reúne mais sufragios. E assim deve ser, se tivermos presentes as noções mais atrás fornecidas sobre a influência da foliculina na hiperplasia mamária.

Em que medida e de que maneira interfere o hiperfoliculinismo na patogenia da afecção é coisa que se não conhece ainda com rigor; não obstante, o fenómeno nem por isso deixa de ser menos exacto, na opinião da grande maioria dos observadores e na minha própria.

O fundamento desta teoria encontra-se nas experiências realizadas, em 1930, por GOORMAGHTIGH e AMERLINCK. Conseguiram elles, mercê de injeções de foliculina em ratinhas, determinar o aparecimento de quistos da mama em tudo iguais aos da doença de RECLUS (1).

LACASSAGNE, pouco depois, obteve resultados semelhantes. COTTE e SAUPHAR, HEROLD e EFFKMANN, GESCHICKTER, LEWIS e tantos outros, aceitam, igualmente, a influência da hiperfoliculinemia no aparecimento das mastoses.

Aquilo que sabemos da influência da foliculina nas modificações cíclicas da mama depõe, também, neste sentido. Ora, dos estados congestivos fisiológicos que se observam sob a incidência da hormona folicular, pode cair-se em processos patológicos, que só o são por se mostrarem mais intensos na contextura e mais extensos em duração. No comêço, as mastoses correspondem em tudo ás hiperplasias funcionais simples de tipo folicular.

Lembremos que alguns têm obtido reacções mamárias de tipo mastósico com a injeção « in loco » de foliculina.

A própria terapêutica, por meio da progesterona ou da testosterona, tão clara e evidente em algumas das minhas *Obser-*

(1) Segundo estes autores o fenómeno não se observa em ratinhas castradas, mas apenas em animais cujos ovários mostram corpos amarelos e foliculos. Este facto parece demonstrar que a foliculina não actua directamente sobre a mama, mas sim por intermédio do ovário; pelo menos GOORMAGHTIGH e AMERLINCK assim o pensam.

vações (I, II, VIII e XII), reforça êste ponto de vista duma maneira particular. A Obs. VIII é a êste respeito duplamente interessante. Apresentou da primeira vez focos bilaterais de mastose. A biopsia de um nódulo de um seio revelou «mastose esclerosante e microquística com infiltração plasmocitária pericanalicular». Deram-se 8 injeções, em dias alternados, cada de 10 mmgrs. de propionato de testosterona. Observou-se a cura clínica. Oito meses volvidos aparece novo foco no seio esquerdo; 25 mmgrs. de *Sterandryl*, fazem retroceder rapidamente o processo. A título de ensaio mando injectar 10.000 unidades de *Progynon* durante três dias. Pioria imediata com engorgitamento e dor grande do seio. Nova injeção de 25 mmgrs. de *Sterandryl* faz murchar imediatamente a reacção observada. Parece-me clara, neste caso, a influência agravante da foliculina e calmante da testosterona.

Sem dúvida que o fenómeno biológico comandado pela hiperfoliculinia guarda em si grandes e importantes segredos pelo que respeita ao mecanismo de acção, tanto mais que há quem não aceite o papel neutralizante da foliculina sôbre a progesterona. Efectivamente, nós não sabemos porque muitas mulheres com hiperfoliculinismo manifesto não fazem mastoses. Também não compreendemos porque motivo a outras, dentro de um ritmo perfeito em matéria de equilíbrio das hormonas ováricas, lhe aparecem e depois desaparecem, em condições que se nos afiguram absolutamente iguais.

Por outro lado, não esqueço que muitas portadoras de mastoses não revelam quaisquer outros sinais de hiperfoliculinismo. É verdade. Longe de mim afirmar que as mastoses resultam sempre e necessariamente, de super-produção de foliculina.

De ponto de partida daquilo que conhecemos da acção hipertrofiante da luteína sôbre os elementos epitélío-acinosos da glândula mamária, não repugna acreditar que em certas mastoses, de predominância adenomatosa, esta hormona goze um papel primacial em relação à foliculina.

Tôda a dissnergia foliculo-luteica, como tôda a disfunção hipofisária, no que respeita a criação das gonado-estimulinas, pode, talvez, originar os fenómenos hiperplásicos de que me ocupo.

Conhecimento exacto do facto só o teremos quando soubermos em que medida actua o equilibrio hormonal do ovário e da

DIGITALINE-MIALHE

GLICOSIDO DA DIGITALIS PURPUREA

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS



DIGITALIS PURPUREA

DIGITALIS LANATA

— STOCKS ASSEGURADOS —

DIGI-LANATINE

TODOS OS GLICOSIDOS DA DIGITALIS LANATA = FOLHA DE DIGITAL

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS

LABORATOIRES MIALHE

8, RUE FAVART

PARIS (2^e)

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

F.A. CANOBBIO & C.^A LTDA.

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 142

LISBOA

I
O
D
A
L
O
S
E



G
A
L
B
R
U
N

STOKS ASSEGURADOS

hipófise com as restantes funções endócrinas e, sobretudo, quando conseguirmos apreciar o papel que o sistema neuro-vegetativo tem na projecção mamária das modificações fisiopatológicas gerais e qual a sua relação precisa com o funcionamento do sistema endócrino ou com quaisquer outros estímulos biológicos que sobre ele actuam. Como êsse momento vem longe limitemo-nos, por enquanto, a registar a alta importância do hiperfoliculinismo na génese da maior parte das mastoses.

Enfim, o problema é extremamente complexo, não há dúvida alguma.

— Não aprecio separadamente a *teoria hipofisária*, por serem muito imprecisos os dados que dêsse sector nos vêm. Aceito, não obstante, a sua alta influência, através da harmonia funcional da hipófise com as secreções internas do ovário e o sistema neuro-vegetativo.

— A rematar êste capítulo direi que o problema da influência das hormonas genitais, particularmente da foliculina, no aparecimento das mastoses tem um certo parentesco com aquêlo outro da influência das mesmas hormonas no aparecimento dos tumores. Mais adiante dou conta do estado actual da questão pelo que respeita à possível acção tumorigena da foliculina. Por agora basta dizer que nada se sabe de positivo, não deixando, todavia, de ser impressionante o valor que se liga à interferência da foliculina na etiopatogenia das mastoses e de certos processos oncogêneos.

Evolução

A evolução das mastoses é, como regra, lenta. Muitas vezes mantêm-se meses e meses sem que o volume aumente de maneira apreciavel e sem que da sua presença resulte para a doente qualquer contratempo, nem sequer sofrimento digno de nota. Em outros casos o crescimento é rápido, despertando dores e mal estar, em certa maneira inquietantes. São justamente estas formas que nos fazem pensar na possibilidade de degenerescência.

A marcha é também irregular. Como carácter fundamental devemos apontar a circunstância de se verificarem surtos frequentes em correspondência com as fases do ciclo mamário.

Não é raro que passado algum tempo, maior ou menor, se observe retrocesso dos fenómenos hiperplásicos, entrando tudo

na normalidade e isto espontâneamente, fora, portanto, de qualquer tratamento.

Uma vez ou outra o processo termina em regressão atrófica. É possível, então, reconhecer os sinais da afecção havida através da intensificação dos fenómenos de fibrose.

Evidentemente que nestas formas fibrosadas o tratamento hormonal resulta absolutamente inútil.

As variantes de evolução que acabo de apontar, traduzem-se, como é natural, na morfologia do seio. Daqui o facto de em observações espaçadas se poderem notar aumentos de volume, com a presença de nódulos ou de focos difusos, ou, pelo contrário, apagamento dos sinais clínicos. Como já disse esta alternância de lesões e de sinais constitui factor dominante dos processos de mastose.

— Quanto ao carácter benigno ou maligno da afecção deve dizer-se que em princípio as mastoses são benignas. A malignidade resulta, apenas, da possibilidade de se verificar degenerescência cancerosa. Mas observar-se-á esta porventura?

Reside neste ponto a parte mais importante da questão. Enquanto uns a negam, outros aceitam-na.

RECLUS disse não conhecer nenhum caso de degenerescência de mastose quística.

LEWIS e GESCHICKTER, referem que em 1048 casos de mastopatias quísticas, dos quais 560 foram operados, só 4 morreram de cancro no decurso dos 10 primeiros anos, durante cujo período os exemplares foram devidamente vigiados.

LIMBURG nunca registou carcinomas em tôdas as mamas quísticas por êle observadas.

ANSCHUTZ assinala apenas 2% de degenerescências.

CAMPBELL, em 290 casos, viu sòmente 3 degenerescências.

LECÈNE não aceita uma relação directa entre o cancro e a doença de RECLUS. O aparecimento do cancro nas mastopatias quísticas não excede as proporções habituais das mamas não afectadas de qualquer lesão. Não considera, pois, a mastose de RECLUS como uma afecção precancerosa.

Mas há quem pense de maneira diferente.

SEMB viu degenerar 24% das suas mastoses quísticas.

BLOODGOOD e MAC FARLAN, em 350 casos, observaram degenerescência 20% das vezes.

HEROLD e EFFKMANN, registaram igual número.

LENORMANT afirma não haver dúvidas sobre a degenerescência cancerosa das mastoses quísticas.

CHEATTLE e CUTLER, DAHL-IVERSEN, STARUP, CRAMER, HORNING, SAMPSON, HANDLEY, ROUSSY e OBERLING, aceitam, igualmente, a facilidade da transformação cancerosa da doença de RECLUS.

H. ATKINS (1938) diz que a «masite crónica» (lembre-se que a escola inglesa chama mastite àquilo que eu designo por mastose), sob o ponto de vista histológico, se mostra como uma «doença precancerosa», mas já outro tanto não acontece no ponto de vista clínico, visto que o número de cancros nas doentes com mastites crónicas não é superior ao observado nas mulheres sem mastite (1).

DESMARETS e M.^{me} CAPITAN, escrevem que «as relações entre as mastopatias benignas e o cancro são ainda imprecisas».

P. GUÉRIN (1944) diz que a cancerização das mastoses quísticas é incontestável, se bem que menos frequente que alguns autores pretendem.

Pelo que me respeita, na minha limitada casuística há 2 casos (Obs. IV e XI) de carcinoma desenvolvido em mastoses de RECLUS. É o Prof. MOSINGER que o afirma.

Evidentemente que a disparidade observada, de autor para autor, provém muito da interpretação a dar ao caso no momento do exame. Assim, um estudo histológico confirmativo, num exemplar observado pela primeira vez, tanto pode significar degenerescência de uma mastose, como, afinal, um cancro banal acompanhado de mastose quística.

Em resumo: as opiniões não são nada condizentes; não obstante, a possibilidade de degenerescência não deve excluir-se.

Os números e nomes citados referem-se, apenas, às formas quísticas.

Nas mastoses fibro-adenomatosas simples a evolução no sentido do cancro é menos de prever. Para SEMB só 2% degeneram, enquanto que nas formas quísticas a percentagem passa para 24,

(1) Segundo êste autor a fibrose que se observa na «mastite crónica» faz parte do mecanismo de defesa contra a «doença neoplásica», tal como o tecido de granulação relativamente á «doença infecciosa» (*The Lancet* 29 de Abril de 1939, p. 866).

como disse. Compreende-se, se tivermos em atenção que os processos quísticos acusam maiores alterações de ordem epitelial.

— De uma maneira geral pode dizer-se que a degenerescência das mastoses quísticas antigas ou muito volumosas é provável, se abandonadas a si próprias, de um modo particular nas mulheres acima dos 40 anos. Nas fibro-adenomas simples é excepcional. Nas formas recentes não é de temer.

— Nas mastoses que se acompanham de perdas sangüíneas pelo mamilo a degenerescência é mais de recear. Reinsisto na parentela que estas formas têm com os tumores dendríticos, muito propensos a degenerar, sobretudo nas formas avançadas. Para BRUSTLEIN e CHEATTLE, a perda de sangue pelo mamilo, nas mastopatias quísticas, constitui já um sinal de malignidade. MATEOS LÓPEZ pensa de igual modo, não hesitando em aconselhar, desde logo, a exérese cirúrgica.

A circunstância da foliculina poder contribuir para a formação de mastoses, especialmente de forma quística, e, em certas condições, poder concorrer, segundo alguns, para o aparecimento do carcinoma mamário, não significa, como diz H. ATKINS, que a primeira afecção evolucione necessariamente no sentido da segunda. Outros factores entram em causa cuja essência verdadeira e mecanismo exacto nós ignoramos em boa verdade (1).

(1) O problema da cancerização das mastoses prende-se directamente com aqueloutro do aparecimento dos neoplasmas mamários e dos órgãos genitais, sob a influência das hormonas sexuais. Por isso não deixam de ser oportunas algumas noções sobre o estado geral da questão.

É manifesto que existe grande parentesco clínico e razoável semelhança biológica entre as hormonas sexuais (estrone, progesterona e testosterona) e os hidrocarbonetos cancerizantes (metilcolantreno, dibenzotraceno e benzopireno). Acontece, de facto, que os hidrocarbonetos cancerizantes têm propriedades estrogéneas, tal como as hormonas sexuais têm propriedades oncogéneas. Observa-se, ainda, que os hidrocarbonetos mais cancerizantes são os de menor acção estrogénea, enquanto que as hormonas mais estrogéneas são as de maior acção oncogénea (estrone ou foliculina).

Segundo GOORMAGHTIGH e AMERLINCK, a acção da foliculina exigiria a presença do corpo amarelo, que quer dizer, em última análise, a luteína é que seria responsável do processo de cancerização. Já atrás me referi a este ponto.

SMITH, ALLEN, BURROWS, GARDNER, M. ATHIAS, e muitos outros, obtiveram neoplasias da mama em ratinhos machos pela injeção repetida de

A êste respeito deve dizer-se que se é aceitável a influência das hormonas sexuais no aparecimento de hiperplasias do género das mastoses, repugna um pouco admitir a autocancerigênese, mercê da sua acção. GUERCIO e outros, pelo menos, pensam assim.

Em conclusão: a) — É prudente ter como provável a degenerescência sempre que se trate de mastoses quísticas volumosas ou bastante antigas, ou, ainda, de mulheres além dos 40-45 anos; b) — nas restantes formas a transformação cancerosa não é de presumir. E em qualquer dos casos não me parece que estejamos habilitados a considerar as mastoses, como um estado precanceroso, à maneira de LACASSAGNE, ATKINS, CRAMER, HORNING, etc.; É interessante verificar a acção da foliculina no aparecimento das hiperplasias mamárias simples, das mastoses e de alguns cancros experimentais da mama; concluir daqui, porém, a favor da sucessão dêstes estados sob a influência do mesmo mecanismo hormonal vai uma certa distância, por sedutora que a hipótese seja. A foliculina, coitada, está passando um mau quarto de hora; é possível que o futuro a ilibe de algumas faltas que lhe assacam!

Tratamento

O tratamento das mastoses enferma, naturalmente, das dúvidas que existem em matéria da sua etiopatogenia. Compreende-se, com efeito, que sejam variadas as condutas seguidas.

foliculina; quer dizer, a luteína não é indispensável no fenómeno da cancerização. Nada se conhece de positivo a respeito do mecanismo de acção da foliculina. Acção directa sôbre as células mamárias? Indirecta através do systems neuro-vegetativo ou retículo-endotelial, da hipófise ou outras glândulas endócrinas? São dúvidas que estão longe de se verem esclarecidas.

O problema é na realidade muito complexo. Acontece, até, que há quem se recuse a aceitar a acção oncogénea da foliculina (GUERCIO, por exemplo). LIPSCHUTZ não nega esta accção, mas afirma, no entanto, que o ovário «in situ» tem um papel antitumorígeno.

São dignas de registo as palavras com que M. ATHIAS termina um artigo, sôbre o assunto, na *Imprensa Médica*, n.º 24, 1940: «devem entrar em jôgo (na génese do cancro da mama) múltiplos factores endocrínicos, sendo demasiado simplista a idéia de atribuir, como alguns fazem, tôdas as culpas exclusivamente à hormona folicular, por mais evidente que pareça o seu papel cancerigéneo».

Para aquêles que crêem numa metamorfose cancerosa fácil, os meios cirúrgicos terão o primeiro lugar. Pelo contrário, os partidários da benignidade da afecção serão contemporizadores, lançando mão dos métodos hormonais em obediência à doutrina modernamente aceite da interferência das glândulas genitais no seu mecanismo patogénico.

Analiseemos, primeiro, as modalides de tratamento, reservando para o fim dar conta das linhas gerais a que deve obedecer a nossa conduta, segundo a morfologia das lesões e a idade das doentes.

Tratamento pela foliculina: — WANKE, LEWIS e GESCHICKTER, LERICHE, ATKINS, MOSZKOWICZ e outros, partidários no geral da influência da luteína no aparecimento das mastoses, empregaram injeções de foliculina e, ao que parece, com bons resultados, senão em todos os casos, pelo menos em vários.

DAHL-IVERSEN e DRIESSEN, dizem não ter obtido efeito benéfico com a foliculina. HANDLEY vai mais longe, pois chega a considerar perigoso o tratamento por esta hormona.

Embora duma maneira geral o tratamento pela foliculina esteja pôsto de parte, quere-me parecer que não devemos repudiá-lo «in limine». Na falência da progesterona ou da testosterona e, dum modo particular, quando se observem sinais de hipofoliculinismo averiguado, ou suposto, será prudente ensaiá-lo. O seu bom efeito, em alguns casos, não pode negar-se, porque a autoridade dos nomes que citei não nos permite que ponhamos em dúvida as suas observações.

Tratamento pela luteína: — Os insucessos da foliculinoterapia e a nova orientação da patogenia das mastoses fez desviar a grande massa dos observadores do campo da foliculina para o da luteína.

Depois das observações de DESMARETS e CAPITAN, em 1937 e 1938, a onda derivou para as hormonas masculinas, (acetato ou propionato de testosterona), cuja composição química é análoga à da progesterona. Como se reconheceu que a testosterona é, neste particular, mais enérgica do que a própria progesterona, pôs-se esta praticamente de parte. O mecanismo de acção parece ser semelhante, se bem que ignorado nos seus pormenores biológicos.

Tratamento pela testosterona:— Constitui hoje, sem dúvida, o método de escôlha. Como disse, foram DESMARETS e CAPITAN os primeiros a ensaiá-lo (1937). No activo: 33 curas e 4 insucessos. Os mesmos, em 1938, e outros (TURPAULT, BENDER, FRISZBERG, LACASSAGNE, RAYNAUD, etc.), colheram bons resultados com o seu emprêgo. Eu próprio pude observar bons efeitos, algumas vezes mesmo brilhantes (Obs. I, VI, VIII e XII entre muitas outras não registadas).

Pelo que respeita ao mecanismo de acção da testosterona deve dizer-se que nada se conhece de positivo. Dou conta em *nota* do modo de ver de DESMARETS (1).

Deve pensar-se, como COURRIER, GLEY e DELOR, na acção antagónica da testosterona sôbre a foliculina? Ou deve admitir-se, antes, uma acção reguladora sôbre o sistema neuro-vegetativo, como diz DESMARETS? Inclino-me mais para êste modo de ver.

Seja como fôr, o que é incontestável é que os surtos congestivos se atenuam e espaçam e que o engorgitamento da glândula diminui igualmente. Mais, a par do retrocesso clínico, observa-se manifesta melhora na contextura histológica. Enfim, dá-se a cura clínica e a cura lesional. O efeito é sobretudo admirável nos casos em que existem sinais de hiperfoliculinismo manifesto. Nas formas recentes também dá melhor do que nas antigas, o que se explica perfeitamente. Não estranhemos, portanto, que as mastoses antigas resistam ao tratamento, de um modo particular se o processo é predominantemente macro-quístico. Aliás êstes casos pertencem mais ao domínio da cirurgia do que da medicina.

Fora destas hipóteses observam-se, também, insucessos com a testosterona. Deve tentar-se, então, o tratamento pela foliculina,

(1) «Nas hiperfoliculinias, pendemos para a hipótese de uma espécie de acção frenadora, seja directa, seja por intermédio da hipófise, sôbre a secreção da foliculina».

«Que papel pode gozar a testosterona sôbre a secreção luteica, uma vez que a sua composição química se aproxima da da luteína? Trata-se de uma acção reguladora indirecta sôbre o sistema vago-simpático? Ou torna-se necessário admitir uma ambossexualidade hormonal comum a todos os sêres?» (DESMARETS e M.^{ME} CAPITAN — *Presse Médicale*, 5 de Fevereiro de 1938).

prontos a largar ou a prosseguir segundo os resultados colhidos.

DESMARETS aconselha iniciar o tratamento pela testosterona, 10 dias depois de aparecer a menstruação. Espaça as injeções de dois, três ou quatro dias. Começa com 5 ou 10 mmgrs. aumentando a dose ligeiramente. Suspende as injeções dois a três dias antes das regras. Não é partidário das doses maciças com receio de provocar atrofia do endométrio. Repete o tratamento nos meses seguintes. As doses mensais oscilam entre 40 e 90 mmgrs.

Foi esta, mais ou menos, a técnica seguida nos meus exemplares. Embora as doses, na maior parte dos casos, não atingissem a média recomendada por DESMARETS (devido a dificuldades de fornecimento do produto) e a repetição das séries se não fizesse habitualmente, o certo é que os efeitos foram em geral bons. DESMARETS empregou o acetato de testosterona. TURPAULT e BENDER, preferiram o propionato. Eu empreguei, também, o propionato (*Sterandryl* ou *Testoviron*) a 5, 10, ou 25 mmgrs. por 1 c.c.

Tem-se apontado alguns inconvenientes ao uso da testosterona, com receio de cair numa certa masculinização. As doses muito elevadas podem, na verdade, provocar amenorreia; as doses moderadas não apresentam inconvenientes de espécie alguma.

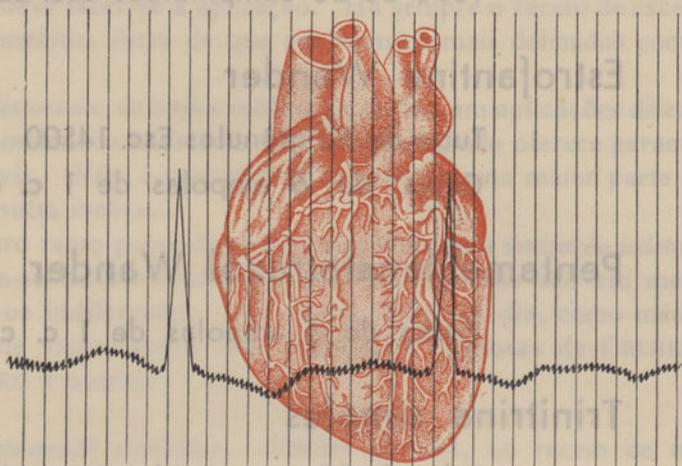
Tratamento pelas hormonas ante-hipofisárias: — Em obediência ao que se conhece da sinergia endócrina pensou-se no emprêgo dos extractos ante-hipofisários, que iriam influir directamente nas hormonas ovárias. O prolán B estaria particularmente indicado, com o fim de estimular a secreção da progesterona. Como a diferenciação dos prolans é operação que não está ainda industrialmente bem resolvida, se quisermos empregar hormonas ante-hipofisárias, teremos de servir-nos das totais. Os resultados colhidos são muito sujeitos a críticas, pelo que me parece preferível empregar directamente as hormonas ovárias.

Alguns autores têm preconizado o emprêgo das hormonas directamente sobre o seio. Não tenho opinião formada a êste respeito, visto os ensaios a que estou procedendo serem poucos e mesmo êsses de resultados bastante imprecisos. Não me parece, todavia, que êste método venha desbancar o outro.

Aminocardol

WANDER

Teofilina - etileno - diamina



poderoso vaso-dilatador das coronárias

Tubos de 20 comprimidos de 0,1 g.

Caixas de 3 e 6 ampolas de 2 c. c. de 0,48 g.
para injeção intramuscular

Caixas de 3 e 6 ampolas de 10 c. c. de 0,24 g.
para injeção intravenosa.

Frascos conta-gotas de 10 c. c. com 2,4 g.

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Digitalina Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 29\$00

Frasco conta-gotas de 10 c. c. Esc. 54\$00

Efedrina Wander

Tubo de 20 comprimidos Esc. 22\$00

Estrofantina Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 14\$00

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c. Esc. 20\$00

Pentametilenetetrazol Wander

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c. Esc. 34\$00

Trinitrina simples

Tubo de 30 comprimidos Esc. 18\$00

Trinitrina cafeïnada

Tubo de 30 drageias Esc. 22\$00

Boldina composta Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 29\$00

PRODUTOS WANDER TITULADOS RIGOROSAMENTE

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Fisioterapia das mastoses:—No capítulo dos agentes físicos, tem-se proposto os Raios X directamente sôbre a mama, ou indirectamente sôbre os ovários, hipófise ou suprarrenais. Os resultados apontados são bastante irregulares. Particularmente pelo que respeita à sua acção sôbre os ovários, hipófise ou suprarrenais, devo dizer que não se conhece ainda a dosagem precisa sob que deve fazer-se a aplicação. Há sempre o receio de exceder a justa medida, facto de que adviriam os mais delicados contra-tempos.

A *diatermia*, de ondas médias ou curtas, em aplicações directas sôbre a mama ou indirectas sôbre o ovário, não oferece garantias apreciáveis. Não é prejudicial, é certo, mas na maior parte dos casos resulta ineficaz.

Outro tanto posso dizer pelo que respeita à *ionização iodetada*. Apontam-se-lhe resultados lisongeiros, mas não são em menor número os indiferentes. Não conta, hoje em dia, como método de grande valor, apesar das referências elogiosas de DELHERM, FRISZBERG e outros.

Tratamento cirúrgico:—Vários autores, no receio de uma cancerização provável, são bastante generosos em matéria de indicações cirúrgicas.

Em regra limitam-se à exérese da formação. Nos casos avançados não hesitam em sacrificar a totalidade da glândula, inclusive com visita à axila.

Em princípio, o tratamento cirúrgico não tem razão de ser, excepção feita das formas muito adiantadas, ou então dos processos intra-canaliculares (que dão perda de sangue pelo mamilo, como se referiu) (1).

Nas restantes é imprudente pôr, acto contínuo, a indicação do tratamento cirúrgico, de uma maneira especial nas pessoas novas. Deve tentar-se primeiro o tratamento médico e em segundo lugar a röntgenterapia. Nas mastoses de RECLUS, de nódulos volumosos, a punção dos quistos pode favorecer a marcha do processo. DESMARETS e CAPITAN aconselham-na.

(1) Nos fibro-adenomas propriamente ditos, ou nos quistos solitários, é recomendável a extirpação desde logo.

Os casos rebeldes ao tratamento hormonal e aos R. X necessitam de uma vigilância especial. Se a lesão se mantém estacionária ou com tendência a progredir, de uma maneira especial se se trata de doentes na proximidade da menopausa, ou além, está indicada a terapêutica cirúrgica. Exérese simples?; amputação do seio, com ou sem visita à axila? Tudo depende da feição clínica do exemplar. Como norma, nas pessoas novas, a terapêutica mutilante só se aplicará quando uma biopsia prévia nos revele cancerização averiguada ou suspeita.

Nos meus exemplares intervim com uma certa freqüência, mesmo quando tudo fazia prever que as coisas se resolveriam por meios médicos. Explica-se, pelo desejo de proceder ao estudo histológico das lesões.

Visto não haver uma linha de conduta absolutamente assente, termino apontando, à maneira de resumo, o que me parece aconselhável na terapêutica das mastoses.

A — 1.º Se a lesão se observa em *pessoas novas*, prescrevem-se injeções, de 3 em 3 dias, de acetato ou propionato de testosterona, em duas séries repetidas, cada de 50-80 mmgrs.

2.º Se o tratamento deu bom resultado, prossegue-se com o mesmo produto durante mais algum tempo, para consolidar a cura. Se, pelo contrário, resultou inteiramente improfícuo nada se perde em ensaiar a foliculina, à razão de 10.000 unidades, em dias alternados, num total de 3 injeções por mês.

3.º No caso de insucesso da hormonoterapia, deve tentar-se o tratamento directo pelos Raios X e pela diatermia, antes de se pôr a indicação cirúrgica.

4.º Nas mastoses de tipo fibro-adenomatoso simples contemplaremos durante bastante tempo, mesmo na hipótese do tratamento referido resultar ineficaz, uma vez que a degenerescência é rara e, até, porque na grande maioria dos casos se trata de formas difusas, nas quais o tratamento cirúrgico requiere mutilações extensas.

Nas mastoses quísticas difusas a conduta será igual se o grau das lesões é pequeno. Nas muito pronunciadas deve proceder-se à exérese cirúrgica. Nas formas circunscritas que não cedem ao tratamento hormonal mais vale intervir sem delongas.

B — 5.º Se a lesão se observa *depois dos 40 anos* é aconselhável proceder à sua extirpação cirúrgica, para evitar os riscos da cancerização. Não é contra-indicado, bem entendido, tentar previamente o tratamento hormonal.

6.º Nos casos de mastoses cujo estudo biópsico revelou cancerização, ou suspeitas, devemos operar desde logo. Igual conduta deve seguir-se nas mastoses que dão lugar a perdas sangüíneas pelo mamilo.

7.º Na escôlha da intervenção atende-se à natureza do processo e à idade das doentes, fugindo de mutilações extensas sempre que o caso se não afigure delicado, duma maneira especial nas mulheres novas. Impõe-se, então, uma vigilância cuidada.

ERRATA

Na pág. 224, linha 3, onde se lê «aos caracteres» deve lêr-se «às alterações».

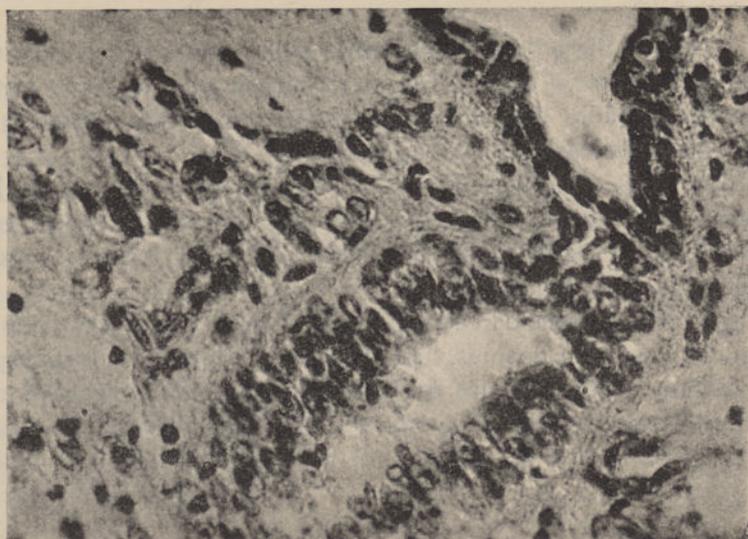


Fig. 1

Mastose com reacção conjuntiva pericanalicular.

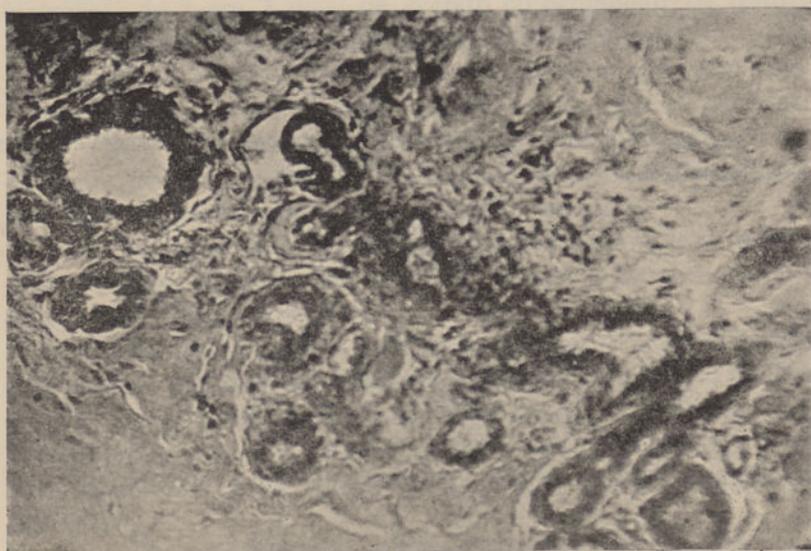


Fig. 2

Linfo-plasmocitose periglandular.
Abundância de substância colagênea no estroma interglandular.



Fig. 3
Mastose macroquistica.

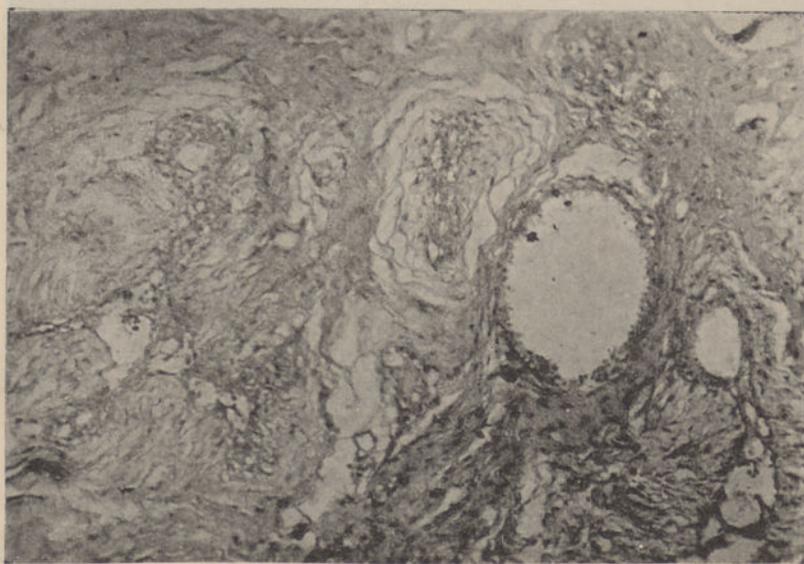


Fig. 4
Microquistos e ácinos num tecido esclerótico abundante.

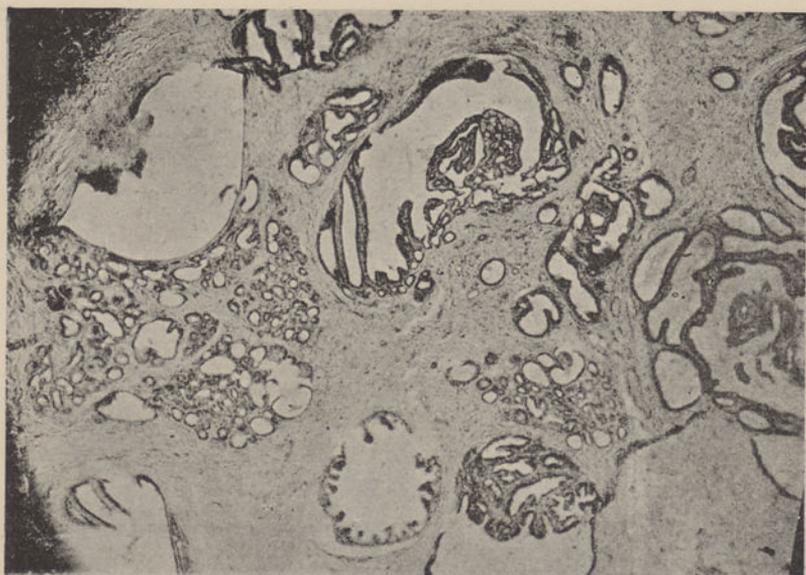


Fig. 5

Mastose macro e microquistica com vegetações papilares e esclerose intensa.

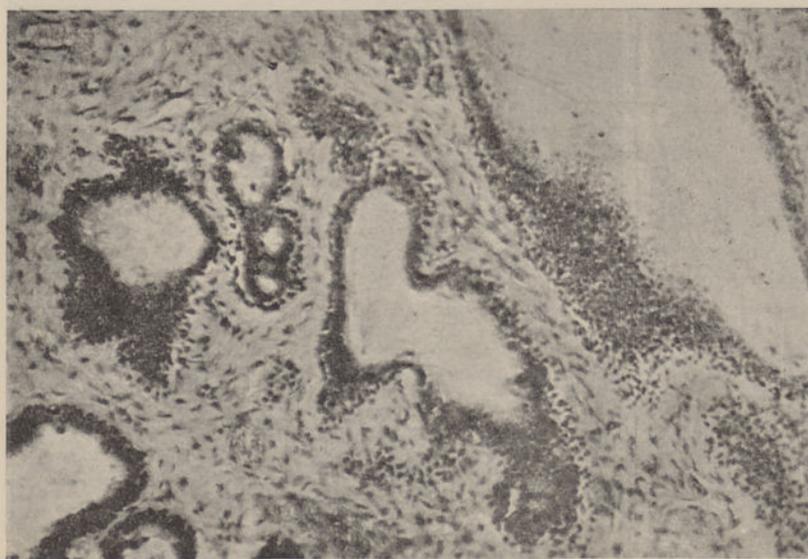


Fig. 6

Saliências pseudopapilares intraquisticas e gomas epiteliaes penetrando no estroma fibroblástico.

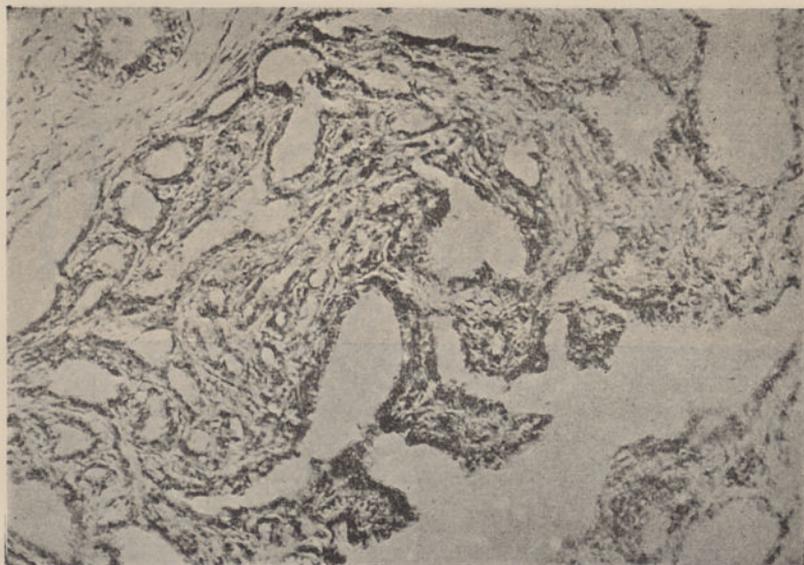


Fig. 7
Formação dendritica intracanalicular.

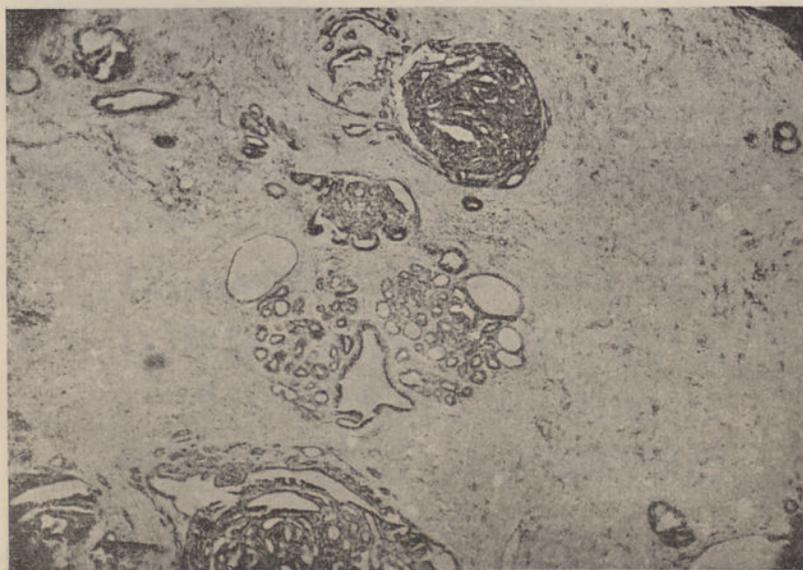


Fig. 8
Mastose de Reclus com epitelioma intracanalicular.

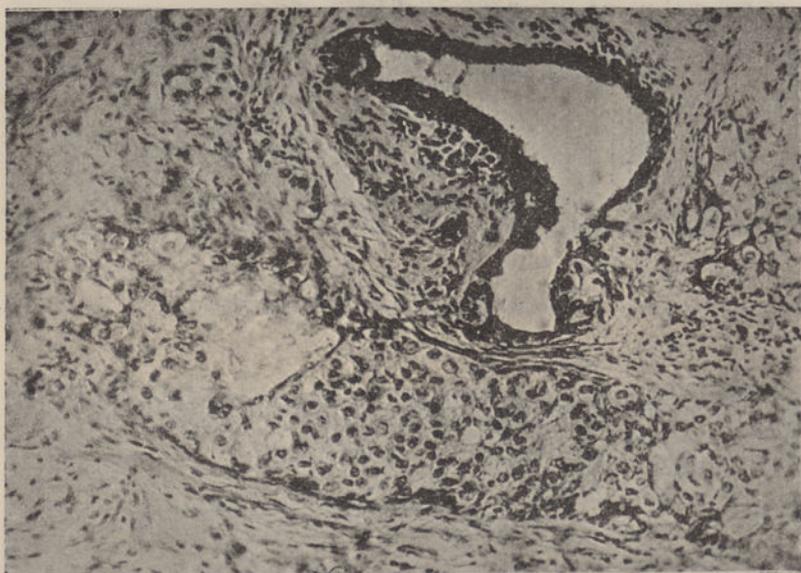


Fig. 9

Mastose de Reclus cancerizada.

*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:

*Granjeias doseadas a 0gr.10 (tubos de 50) — Empôlas de 2 cm³. de solução a 2,5%
" " 0gr.05 (tubos de 50) (caixas de 10).*

POSOLOGIA: Dose média diária 0gr.40 a 0gr.80

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

Acaba a **Colecção Studium** de ser enriquecida com o 43.º volume:

S. METALNIKOV

A LUTA CONTRA A MORTE

Tradução do clínico Dr. David Augusto Júlio

Para que os nossos leitores possam avaliar melhor do interesse do mesmo, reproduzimos o respectivo índice:

I — *Existirá a imortalidade corporal?*. II — *Vida, estrutura e nutrição do infusório*. III — *Experiências que demonstram a imortalidade dos seres unicelulares*. IV — *A imortalidade da bactéria*. V — *O papel da fecundação*. VI — *A célula imortal como base da vida*. VII — *A imortalidade potencial dos organismos pluricelulares*. VIII — *A evolução da morte*. IX — *Individualização e não repetição dos fenómenos vitais*. X — *A morte natural e a longevidade nas plantas*. XI — *A morte dos animais*. XII — *A duração da vida dos animais*. XIII — *A velhice*. XIV — *As teorias da velhice e da morte*. XV — *Será possível lutar contra a velhice e contra a morte?*. XVI — *Imunidade natural e adquirida*. XVII — *Papel do sistema nervoso na imunidade*. XVIII — *Os reflexos condicionados nas doenças*. XIX — *A palavra como excitante condicional*. XX — *Tentativas de rejuvenescimento*. XXI — *Os yoguis*. *Conclusões*.

1 volume, 280 páginas, **Esc. 18\$00**

Dirigir pedidos ao Editor **ARMÉNIO AMADO**
ou à **Livraria MOURA MARQUES & FILHO — COIMBRA**

Resumo das Observações (1)

Obs. I — *O. S.*, 36 anos. Dois filhos. Dois nódulos no seio direito e um no esquerdo. Extirpou-se um do lado direito para estudo. Revelou «fibro-adenoma banal». Curou com 80 mmgrs. de propionato de testosterona (*Testoviron*).

Obs. II — *B. C.*, 38 anos. Dois filhos. Um nódulo difuso no seio esquerdo, de consistência elástica, não aderente à pele, nem aos tecidos profundos. Extirpação. Exame histológico: «adeno-fibroma muito proliferativo com vegetações papilares intra-acinosas e numerosas células linfo-plasmocitárias».

Obs. III — 51 anos. Casada. Não teve filhos. Massa difusa, bastante dura, ocupando quasi todo o seio direito. Não há reacção axilar. Em vista da idade fez-se a amputação do seio. Estudo da peça: «fibro-adenoma caracterizado por 1.º canais excretorios quisticos, 2.º um tecido tumoral fibroblástico rico em células».

Obs. IV — 43 anos. Cinco partos com puerpério normal. No seio direito uma massa dura e difusa, do tamanho de uma noz, sem aderências profundas mas com o mamilo retraído. Biopsia: «epitelioma dendrítico». Halsted. Estudo histológico da peça: «1.º lesões de adenoma banal com quistos excretorios e reacção inflamatória; 2.º lesões de epitelioma típico e atípico. Em resumo, epitelioma desenvolvido em mamose de Reclus».

Obs. V — *A. R. F.*, 31 anos. Casada. Nuligesta. Massa no seio direito espontaneamente indolor, mas um pouco dolorosa à palpação. Aumentava e tornava-se mais dolorosa nos periodos menstruais. Consistência dura-elástica, móvel sobre os planos profundos e sob a pele. Não há rebate ganglionar. 5 mmgrs. de propionato de testosterona em dias alternados. Total 3 injeções. Biopsia: «mamose quística». Mais 10 mmgrs. do mesmo produto, em dias alternados. Cura clínica.

Obs. VI — *A. C. D.*, 21 anos. Solteira. Desde os 14 anos nota pequenos nódulos no seio esquerdo. Últimamente aumentaram. Indolores. Deram-se 5 injeções de propionato de testosterona (*Testoviron*), a 10 mmgrs. em dias alternados. Passadas poucas semanas os nódulos desapareceram.

(1) Em separata do trabalho, publico as *Observações* por extenso.

Obs. VII — *M. F.*, 12 anos. Não menstruada. Nódulo junto do mamilo direito há um ano, do tamanho de uma amêndoa. Por vezes o mamilo sangra. Propionato de testosterona (*Sterandryl*) em dias alternados, num total de 7 injeções (70 mmgrs.). Certa melhoria. Extirpação. Estudo histológico: «Tumor benigno adeno-papilar intraquistico, constituído por saliências papilares».

Obs. VIII — *L. M.*, 30 anos. Casada. Nuligesta. Menstruações regulares. Tem, há dois meses, no seio esquerdo, uma massa não dolorosa. Crescia nas menstruações. Um mês depois massa igual no seio direito. Atingiram o tamanho de um ovo de galinha. Extirpação do nódulo direito: «mastose esclerosante e microquistica com infiltração plasmocitária pericanalicular». 8 injeções, de 10 mmgrs., cada, de *Sterandryl*, em dias alternados. Retrocesso do nódulo esquerdo até desaparecer. Oito meses depois nova massa difusa no seio esquerdo. Só se nota por pinçagem. 25 mmgrs. de *Sterandryl*. Desaparecimento rápido. A título de ensaio 3 injeções de progynon B oleoso (total 30.000 unidades). Pioria imediata. Curou com 25 mmgrs. de *Sterandryl*.

Obs. IX — *E. A.*, 34 anos. Casada. Nuligesta. Bem menstruada. Pequeno nódulo no seio esquerdo, bem limitado. Extirpação: «fibroadenoma pericanalicular caracterizado por nódulos fibromatosos numerosos».

Obs. X — *R. D.*, 22 anos. Solteira. Durante 9 meses nódulo duro no seio esquerdo, irregular. Extirpação. Estudo: «adeno-fibroma com proliferação activa constituído por canais de tipo excretor e tecido fibroblástico».

Obs. XI — *M. A.*, 30 anos. Solteira. Bem menstruada. Durante 8 anos nódulo indiferente no seio esquerdo. Nos quatro anos que se seguiram crescimento lento. Aderente à pele. Tem as características do carcinoma. Nos dois últimos meses apareceu um nódulo no seio direito. Operada de Halsted à esquerda e extirpação do nódulo à direita. Análise: À esquerda: «carcinoma desenvolvido sobre mastose de Reclus. À direita: exclusivamente mastose».

Obs. XII — *J. M.*, 24 anos. Casada. Nuligesta. Durante 6 meses nódulos muito dolorosos no seio direito. 3 injeções de *Testoviron* (a 10 mmgrs.), de 3 em 3 dias, levaram ao desaparecimento completo e rápido das dores e dos nódulos. Manteve-se a cura.

BIBLIOGRAFIA

- AUDENA (G.) — Contribution à l'étude de la maladie de Reclus et de ses rapports avec le carcinome. *Tese de Montpellier*. 1925.
- ATHIAS (M.) — Hormonas estrogéneas e neoplasias mamárias — *Imprensa Médica*, 1940, n.º 24.
- ATKINS (H.) — Chronic mastitis. *The Lancet*, Março, 1938, pág. 707.
- The nature of chronic mastitis. *The Lancet*, Abril, 1939, pág. 866.
- BARAF (H.) — Contribution à l'étude des indications thérapeutiques de l'opothérapie mammaire. *Tese de Paris*, 1939.
- BÉRARD (L.) — De l'influence du traitement par le corps jaune dans la mastite chronique. *Lyon Chir.*, Julho, 1934.
- BLOODGOOD (J.) — Broder-line breast tumors. *Am. J. of Cancer*, 1932, n.º 1, pág. 103.
- BRUSTLEIN (L.) — Un cas de dégénérescence maligne d'une maladie scléro-kystique du sein. *Progrés Médical*, 1936, n.º 27, pág. 1118.
- BUZNIG — Contribution à l'étude des rapports entre la maladie kystique de Reclus et le cancer. *Tese de Bordeus*, 1940.
- CAHANE (M. E T.) — Existe-t-il un antagonisme entre la folliculine et le corps jaune? *Bull. et Mémoires de la Soc. d'Endocrinologie*, 20-21-1935.
- CAMPBELL (J.) — Relationship between cystic disease of the breast and carcinoma. *Arch. of Surgery*, 1934, n.º 6, pág. 1001.
- CECIL ROWNTREE — Chronic mastitis. *The Lancet*, Nov. 1938, pág. 1002.
- CHEATLE (G.) — Cysts and primary cancer in cysts of the breast. *British J. of Surg.*, 1920, n.º 8, pág. 149.
- CHEATLE AND CUTLER — Tumors of the Breast. 1931.
- COURRIER — Les hormones sexuelles femelles. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 23-5-31.
- CUTLER — Relation of «chronic mastitis» cysts and papillomas to cancer of breast. *J. Amer. Med. Assoc.*, 1932, n.º 26, pág. 2152.
- DAHL-IVERSEN — Traitement de la maladie kystique et des engorgements mammaires par la folliculine. *Lyon Chirurgical*, Setembro, 1935.
- DAHL-IVERSEN E STARUP — Recherches sur la fréquence de la mastopathie kystique dans le carcinome mammaire, *Lyon Chirurgical*, 1938, n.º 35, pág. 570.
- FERICELLI (F.) — Considérations cliniques et Pathogéniques sur la Gynécomastie. *Tese de Marselha*, 1938.
- FRAIBERG (J.) — Contribution à l'étude des Engorgements Mammaires. *Tese de Toulouse*, 1936.
- FRISZBERG (T.) — Le traitement des Mastopathies. *Tese de Paris*, 1939.

- GOORMAGHTIGH E AMERLINCK — Réalisation expérimentale de la maladie de Reclus de la mamelle chez la souris. *Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, 1930, n.º 7, pág. 527.
- GOUMOT (H.) — Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire de la puberté. *Tese de Paris*, 1938.
- GUÉRIN (P.) — La cancérisation des mastoses. *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, 1944, n.º 1, pág. 2.
- HANDLEY (W.) — Chronic mastitis and breast cancer. *British. Med. Jour.*, 1938, n.º 2, pág. 113.
- LACASSAGNE (A.) — Un cancer d'origine hormonale: l'adéno-carcinome mammaire de la souris. *Paris Médical*, 1935, n.º 11, pág. 233.
- LECÈNE E GALTIER — Remarques sur le traitement des tumeurs végétantes intracaniculaires du sein. *Journal de Chirurgie*, 1928, n.º 31, pág. 481.
- LENORMANT (CH.) — Le cancer bilatéral du sein. *Progrès Médical*, 1934, n.º 10, pág. 417.
- LEWIS AND GESCHICKTER — The relation of chronic mastitis to carcinoma of the breast. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1938, n.º 2, pág. 300.
- LÓPEZ (V. M.) — Mama sangrante. *Editorial Aldecoa*, 1943.
- MARAÑÓN (G.) — Estudios de Endocrinología. *Espasa Ed.*, 1938.
- MARSUADON (R.) — Contribution à l'étude de la Gynécomastie — *Tese de Paris*, 1939.
- MATHEY (J.) — Les dystrophies mammaires. *Tese de Paris*, 1939.
- MENEGAUX et MATHEY — Gynecologie. Mamelle. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.
- MONDOR (H.) — Sur les relations des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes du sein. *Mémoires Acad. Chir.*, 1941, n.º 28 e 29.
- MOUTON (D.) — Considérations pathogéniques sur les mastopathies ou mastoses et leur traitement hormonal. *Tese de Marselha*.
- PATEY (D.) — Chronic cystic mastitis and carcinoma. *Surg. Gynec. and Obs.*, 1939, n.º 68, pág. 575.
- ROUSSY et CH. OBERLING — Précis d'anatomie pathologique, 1933.
- ROUSSY (G) e MOSINGER (M.) — Rôle du système neuro-végétatif. et des glandes endocrines dans le fonctionnement mammaire normal et pathologique. *Annales de Médecine*, n.º 2, Fev. 1934.
- SAMPSON HANDLEY — Chronic mastitis and breast cancer. *The Lancet*, Julho, 1938, pág. 113.
- TRISTÃO RIBEIRO — Acerca da doença de Reclus e da mastite de Tillaux e Phocas. *Coimbra Médica*, 1940, n.º 6.
- VAUGIER (J.) — La Mamelle Saignante. *Tese de Marselha*, 1939.
- VIRNICCHI (T.) — Su di un caso di epitelioma dendritico intra-canicolare in incipiente degenerazione maligna insorto su malattia cistica della mammella *Riv. di Chir*, 1936, n.º 2, pág. 109.
- ZONDEK (B.) — Las hormonas del ovário y del lóbulo anterior de la hipófisis. *Labor*, 1934.

SERVIÇOS DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

Director : Prof. Luis Raposo

Os agentes físicos no tratamento dos tumores ⁽¹⁾

POR

ALEXANDRE DA SILVA

ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA

Desde os tempos remotos que a Humanidade recorre aos agentes físicos para tratamento dos seus «achques».

Antes de se descobrir a electricidade já os povos mediterrânicos a utilizavam como agente terapêutico aproveitando as descargas eléctricas do peixe tremelga (*Narcacion torpedo*) no tratamento da dôr e da gôta.

Hipócrates aconselhava a luz para o tratamento das úlceras e Plínio afirmava que o sol era o melhor dos grandes remédios.

É nosso propósito tratar, neste momento, simplesmente da fisioterapia dos tumores, e como actualmente a terapêutica dos tumores está cingida à cirurgia, ao rádio e aos Raios X, referir-nos-emos seguidamente a cada um destes elementos.

Sempre que um tumor seja acessível e de possível extirpação, a cirurgia é considerada a arma mais poderosa a empregar na sua destruição.

Aponta-se como inconveniente da diérese cirúrgica a abertura dos vasos e a possível disseminação de células cancerosas no campo operatório. Para obstar a êste inconveniente, a electricidade veio prestar um valioso concurso sob a modalidade de electrocirurgia.

Electrocirurgia

O termo electrocirurgia designa tôdas as aplicações cirúrgicas das correntes eléctricas, especialmente das correntes de alta frequência.

Foi Keating-Harte quem, pela primeira vez, (1908) empregou a corrente de tensão elevada na destruição mecânica dos tumores.

(1) Lição ao Curso de Patologia Cirúrgica no ano lectivo de 1943-1944.

Na prática, aproveitamos os efeitos cirúrgicos da coagulação e da secção, provocados pelas correntes de alta frequência.

I — *Electrocoagulação* — Para obter a electrocoagulação é necessário dispor de um aparelho de alta frequência e de dois eléctrodos, sendo um formado por uma larga placa de estanho maleável que toma contacto com o corpo, constituindo o eléctrodo indifferente, e outro denominado eléctrodo activo, muito mais pequeno, e que só toma contacto com a lesão no momento em que se pretende obter o seu efeito.

O eléctrodo activo tem formas e dimensões variáveis conforme o fim a que se destina. Geralmente é uma agulha metálica, uma espátula, uma esfera ou um arco, ligados a um suporte isolado que serve de cabo ao operador.

O contacto directo do eléctrodo activo produz uma coagulação rápida das albuminas seguida de carbonização dos tecidos.

A elevação da temperatura produzida pela passagem da corrente é tanto maior quanto menor é o eléctrodo activo em contacto com os tecidos, sendo máxima quando actuarmos com um eléctrodo terminado em ponta.

Quando se faz a aplicação terapêutica da electrocoagulação sobre um tecido patológico, a temperatura eleva-se progressivamente ao contacto do eléctrodo activo, provocando a coagulação dos tecidos situados no campo das linhas do fluxo da corrente, ou seja em frente e dos lados do eléctrodo.

A temperatura atinge 100° à superfície de contacto descendo rapidamente nas zonas da profundidade e a coagulação pode atingir uma espessura de 2 a 5 milímetros ou mais, conforme a intensidade da corrente e a ondulação da frequência.

A electrocoagulação emprega-se no tratamento de muitos tumores, tais como: verrugas, papilomas, condilomas, quelóides, angiomas, etc., sendo indispensável anestesiar porque estas aplicações são bastante dolorosas.

A cicatrização faz-se rapidamente, e a cicatriz resultante é de superfície lisa e flácida.

II — *Electrodiérese* — Por uma acção semelhante à da electrocoagulação mas actuando com um eléctrodo activo linear (agulha), vulgarmente conhecido por bisturi eléctrico, obtem-se, à custa de um aparelho gerador de alta frequência, de ondas não amortecidas, ou de ondas constantemente mantidas, uma secção de tegumentos sem provocar a sua carbonização.

No momento da passagem da corrente os tecidos, em contacto com o eléctrodo activo, são desagregados dando a impressão nitida que são cortados por bisturi.

A dissociação celular não é provocada por um efeito térmico, como na coagulação, mas sim por uma desorganização dos tecidos, de ordem mecânica provocada pela agulha e devida ao campo eléctrico.

Pelo facto da coagulação ser insignificante, pode fazer-se a sutura imediata dos tecidos, obtendo-se uma fácil cicatrização por primeira intensão.

A electrocirurgia ao mesmo tempo que corta, coagula, provocando uma hemostase rápida sem necessidade de laqueações da maior parte dos vasos, faz a esterilização dos tecidos, evitando a propagação de células cancerosas e de infecções através dos vasos sanguíneos e linfáticos.

Graças à electrocirurgia, fazem-se hoje intervenções por via endoscópica na bexiga, recto, esôfago, cavidade pleural, etc., que outrora só podiam realizar-se com largas aberturas cirúrgicas, provocando um choque grave ao doente.

Em órgãos muito irrigados em que é difícil a hemostase (língua, cérebro, pulmão) a electrocoagulação veio simplificar, igualmente, as intervenções.

A electrodiérese tem grande vantagem sobre os instrumentos de corte, na cirurgia do cancro, em virtude da sua acção se fazer sentir além da superfície de diérese, destruindo as células cancerosas em determinada espessura e provocando a oclusão dos vasos.

O choque operatório é menor porque as extremidades nervosas são coaguladas, a hemorragia é mínima, e a intervenção torna-se mais rápida.

A electrodiérese permite, ainda, executar, com facilidade e sem os inconvenientes dos instrumentos cortantes, a biopsia das neoplasias.

Raios X

Pertence a Konrad Roentgen (Wurtzbourg, 1895) o mérito de conseguir a primeira aplicação prática dos raios X para fins médicos, realizando uma radiografia de ossos do corpo humano.

A radiologia impôs-se, desde logo, com apreciável utilidade para o diagnóstico e não demorou a entrar no domínio da terapêutica.

Inicialmente foram Schiff e Freund que utilizaram o Raio X na hipertricose (1896) e pouco depois Despaigne nos tumores profundos. Holzknicht, Sabourand, Noire e Bordier foram os precursores da dosagem dos Raios X (1902). Com Perthes, em 1906, introduz-se a filtração dos raios.

Os raios X têm uma velocidade igual à da luz, 300.000 quilómetros por segundo, propagam-se em linha recta e são caracterizados pelo seu comprimento de onda e pela sua frequência.

Como as ondas electromagnéticas obedecem às leis da reflexão, refração, polarização, absorpção, etc.

Entre as propriedades dos raios X, a que mais interessa à Medicina, é a absorpção. Se imaginarmos um feixe homogêneo de raios X e o fizermos actuar sobre uma lâmina de faces paralelas, constituída por um corpo simples, verificamos que parte dos raios são absorvidos, havendo uma relação entre o comprimento de onda das radiações e a espessura do corpo a atravessar.

Por outro lado a absorpção varia com a natureza do corpo absorvente, reconhecendo-se que é tanto mais importante quanto êle é mais pesado.

Sendo assim o feixe de raios X ao atravessar um corpo, abandona uma certa energia que tem o seguinte destino: uma parte, insignificante, é trans-

formada em calor, e a outra parte restante, mais importante, é transformada em raios secundários.

Outra propriedade dos raios X consiste no poder de ionizar os corpos que atravessam, especialmente os gases.

A fonte de raios X que hoje se utiliza é o tubo de Coolidge, imaginado pelo autor que lhe deu o nome, em 1913.

É constituído por um tubo de vácuo que tem um cátodo em filamento de tungsténio levado a alta temperatura onde se produzem electrons.

O cátodo incandescente está ligado a um potencial negativo, havendo um anti-cátodo do lado oposto do tubo, ligado ao polo positivo do circuito de alta tensão.

É ao nível do anti-cátodo que vão nascer os raios X sendo depois projectados para um ponto da lâmpada denominado foco. Estas lâmpadas têm ainda um sistema de protecção e de refrigeração.

O feixe de radiações que sai da lâmpada é heterogénio, constituído pelos raios de diverso comprimento de onda, motivo por que não se podem assim utilizar na röntgentherapia.

Se assim o applicássemos a pele seria lesada em virtude das radiações de grande comprimento de onda serem absorvidos superficialmente e as camadas profundas, no mesmo espaço de tempo, só poderiam receber doses comparativamente ínfimas e menos facilmente absorvidas.

Procuramos na prática conseguir feixes de raios homogénios intercalando entre a lâmpada e a região a irradiar uma certa espessura de metal, convenientemente estudada, que retém as radiações de grande comprimento de onda sem reduzir as mais curtas. Esta operação denomina-se filtração.

Os metais mais empregados na filtração são: o cobre, o zinco, o alumínio, e metais mais pesados nas tensões elevadas como: o chumbo, a prata e o ouro.

Dosagem dos raios X — Podemos considerar os efeitos dos raios X como função da qualidade do feixe e da sua intensidade e assim obtemos: no primeiro caso, medidas qualitativas que nos indicam o comprimento de onda dos raios X, e no segundo caso, medidas quantitativas que nos fornecem a intensidade ou a quantidade de radiações. Holzknecht aproveita a acção das radiações sobre os sais de potássio obtendo a viragem para criar a unidade H.

Sabourand estabelece a dose de epilação (alopécia temporária) como sendo a quantidade de radiações capazes de alterar a coloração de uma pastilha de platino-cianeto de bário — é a unidade Sabourand — ; a pastilha passa do amarelo (côr A) ao castanho (côr B).

Estas medidas aproveitam a acção química dos raios mas não oferecem precisão absoluta de dosagem, motivo por que se recorre, presentemente, aos processos que utilizam a ionização de modo a garantir uma maior segurança.

Uma das propriedades dos raios X consiste, como já dissemos, em ionizar os gases, o que equivale a dizer que os raios X tornam os gases condutores. Se fizermos passar um feixe de raios X entre as armaduras de um

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos 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
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

PROMONTA

O melhor tónico para os nervos

Preparado orgânico tendo por base lipóides da substância do sistema nervoso central em combinação com a vitamina nervina e metabólica B₁ (Aneurina) e outros factores vitamínicos, bem como cálcio, ferro, albuminas e hidratos de carbono.

Fabrico da CHEMISCHE FABRIK PROMONTA G. m. b. H.
HAMBURGO — Únicos Representantes para Portugal e Colónias:

HERMANN BIENER L.^{da}

COIMBRA

EMBALAGENS DE ORIGEM

EM PÓ

Caixas de 100 e 250 grs.

EM PASTILHAS

Caixas com 54 pastilhas de 2 grs.

Aos mesmos preços de antes da guerra



*felizes dos que puderem
recolher-se em si próprios
porque só esses entenderam
a linguagem do filósofo.*

Calmo-Lab
Sedativo do sistema nervoso

940

condensador carregado, êste perde a carga em virtude do ar se tornar condutor; tudo se passa como se houvesse estabelecido uma corrente entre as duas armaduras, que toma o nome de corrente de ionização.

É fundamentado neste principio de perda de carga que se construíram aparelhos, ionómetros, destinados a medir as radiações.

A unidade ionométrica internacional é designada pela letra *r* e representa a quantidade de energia que irradiando um centímetro cúbico de ar a 0° e à pressão de 760 mm., produz uma condutibilidade tal que a quantidade de electricidade que daí resulta é igual a uma unidade electrostática.

As medidas qualitativas fornecem o comprimento de onda das radiações, empregando-se para a sua apreciação os espectrómetros.

Técnica da röntgenerapia — A técnica do tratamento difere conforme se pretende irradiar uma lesão cutânea superficial ou um tumor profundamente situado.

Em röntgenerapia empregam-se localizadores de forma cónica ou cilíndrica que permitem focar as radiações no local a tratar.

Entre os localizadores e a lâmpada colocam-se filtros, destinados a seleccionar as radiações, constituídos por lâminas de 1 a 5 mm. de espessura de alumínio, cobre ou zinco.

I — *Röntgenerapia superficial* — As primeiras observações de tratamento dos epitelomas cutâneos pela röntgenerapia superficial foram publicados por Brocq, Belot e Bissériés, em 1903.

Os tratamentos superficiais empregam as radiações sem filtro ou com filtros de alumínio com distância do foco à pele de 20 a 30 cm.

É indispensável proteger as regiões próximas com placas de chumbo apropriadas para evitar perturbações como seria a epilação da vizinhança da lesão, ou eritemas.

II — *Röntgenerapia penetrante* — A röntgenerapia penetrante, também denominada röntgenerapia profunda, é de data relativamente recente, pois praticamente fêz o seu aparecimento em 1918, mas, apesar disso, tem feito grandes progressos e dia a dia apresenta inovações e aperfeiçoamentos que lhe permitem dispor, presentemente, de radiações de grande poder de penetração com lesão mínima para os tecidos superficiais.

Os filtros empregados são de cobre ou zinco com a espessura de 1 a 2 mm. para voltagens de 200 a 300 quilovoltes, combinados com um filtro de alumínio para reter as radiações secundárias formadas a nível do primeiro filtro e ainda um filtro terminal, de madeira ou cartão endurecido, colocado na abertura do localizador para reter as radiações mais brandas. A distância entre a lâmpada e o tecido varia em média entre 30 a 60 cm.

Modo de utilização das radiações — Para utilizarmos as radiações temos que levar em linha de conta:

1.º a distribuição da dose no tempo;

2.º a distribuição dos campos de irradiação.

A dose terapêutica, isto é, a quantidade de radiações aplicadas em determinado caso, é o produto da intensidade das radiações pelo tempo de aplicação; sob o ponto de vista físico é indiferente irradiar com uma intensidade 10, por exemplo, durante 1 minuto (forte intensidade durante um curto tempo), ou com uma intensidade 1 durante 10 minutos (fraca intensidade durante longo tempo), ou, ainda, com uma intensidade 5 durante 2 minutos (intensidade média em tempo médio).

A dose total mantém-se constante mas as reacções biológicas, pelo contrário, variam conforme a aplicação é continua ou descontínua, maciça ou fraccionada.

Actualmente a técnica mais seguida consiste em empregar intensidades médias (300 a 600 r por dia), em séries de 12 a 15 dias, devendo suspender-se o tratamento sempre que se manifeste qualquer intolerância.

Distribuição dos campos de irradiação — Em regra, as aplicações de raios X fazem-se centrando o feixe de radiações, por meio do localizador, sobre uma superfície determinada do corpo na direcção do órgão doente ou da lesão a tratar. Esta é a röntgenterapia localizada, havendo, em opposição, a röntgenterapia total que consiste em expor de uma vez, toda a superfície do corpo, também denominada teleröntgenterapia.

Quando desejamos empregar uma dose terapêutica sobre um órgão profundo devemos procurar obter diversos campos cutâneos de entrada para atingir a lesão profunda, conseguindo assim, com prejuizo mínimo da pele, uma dose conveniente na profundidade.

Esta técnica consiste em fazer convergir, sucessivamente, por diferentes portas, de entrada cutânea, o feixe de radiações penetrando sobre a lesão profunda. A dose profunda, recebendo a inter secção destes raios cruzados, é com efeito multiplicada e muito superior ao total da dose cutânea tolerável.

É indispensável durante o tratamento pelos raios X observar as reacções locais e gerais do doente, procedendo periodicamente à numeração globular e à fórmula leucocitária, suspendendo as radiações logo que haja eritema local ou diminuição importante dos glóbulos brancos ou dos glóbulos vermelhos.

Corpos radioactivos

Foi em 1896 que nasceu a nova ciência da radioactividade, quando Becquerel, estudando os efeitos fotograficos das substâncias fosforescentes, descobriu que os sais de urânio, eram capazes de impressionar uma placa fotografica, através de corpos opacos, e que esta propriedade não era devida à fosforescência.

Becquerel averiguou que estes raios podiam atravessar as placas metálicas finas e tornar o gás condutor da electricidade.

Em 1898 Schmidt e M.^{me} Curie, observaram a radioactividade do thorium e mais tarde os novos elementos: polonium e radium.

Seguem-se as applicações clinicas dos corpos radioactivos com Danlos e Darier em França, com Abbe na América e com Srebel na Alemanha.

Nas aplicações médicas o que mais se emprega são os sais de rádio: o sulfato que é insolúvel e o brometo que é solúvel.

A radioactividade do rádio é constituída por radioacções complexas formadas por partículas electrizadas positivas α e negativas β e vibrações comparáveis às da luz, raios γ .

Os raios α (alfa) constituem a maior parte da energia do rádio, ou seja, 92% da energia total; em seguida os raios γ (gama) que representam 4,8% e finalmente os raios β (beta) que correspondem a 3,2%.

Os raios α são constituídos por corpúsculos de massa atómica 4 com carga positiva. O estudo espectral destas partículas demonstra que se trata de um gás denominado hélio.

As partículas α são animadas de grande velocidade, que varia entre 16.000 a 20.000 quilómetros por segundo, mas, apesar disso, basta uma espessura de 7 cm. de ar ou algumas centésimas de milímetro de alumínio para as reter.

Os raios β são partículas de carga negativa animadas de uma velocidade média de 297.000 quilómetros por segundo.

O seu poder de penetração é variável, havendo raios β moles com poder de penetração médio de 2 mm. no alumínio e raios β duros com poder de penetração médio de 9,4 mm.

Os raios γ são os mais importantes para a curieterapia dos tumores, apresentando certa analogia com os raios X. Como êles, propagam-se em linha recta, não possuem carga eléctrica, são ionizantes e as radiações de frequência são muito variáveis. Por consequência, o seu poder de penetração é mais ou menos acentuado. Como os raios X obedecem às leis de absorção em função do peso atómico dos corpos interpostos, podendo-se considerar duas categorias de raios: γ duros e γ moles.

Os filtros empregados são, em regra, de elevado peso atómico (em particular a platina com a espessura de 1 a 2 mm).

A emissão de radiações pelo rádio faz-se acompanhar de uma desintegração espontânea do átomo que dá origem sucessivamente a uma série de novos elementos de peso atómico decrescente.

O primeiro descendente do rádio, com importância clínica, é o radão ou *emanação*, corpo gasoso que deriva do rádio por expulsão de uma partícula α .

Por sua vez o radão também se desagrega dando origem a outros compostos rádioactivos secundários, de curta vida denominados *rádios* A, B e C.

O radão sendo um gás pode ser extraído de um soluto de rádio e mantido em tubos de vidro fechados, facilitando dêste modo as aplicações clínicas.

A emanação atinge o máximo de radioactividade passadas 3 horas da sua extracção para depois diminuir e se encontrar reduzida a metade do valor ao fim de 4 dias.

Aplicações do rádio — Para a aplicação terapêutica empregam-se os compostos de rádio contidos em tubos metálicos geralmente de platina ou ouro. Estes tubos servem também de filtros e com uma espessura de 2 mm.

de platina retém os raios α e β , permitindo a passagem de 13% dos γ moles e 80% dos γ duros.

Ao nível do tubo formam-se radiações secundárias que são facilmente eliminadas por um segundo filtro de cêra, cauchu, cortiça, etc.

Os tubos de platina que contêm o rádio podem ser em forma de agulha escavada o que permite a sua aplicação intra-tumoral (curiepuntura).

Para avaliar o poder radioactivo de um tubo de rádio ou de emanação, utiliza-se o electroscópio cujo funcionamento é fundamentado no poder das radiações de ionizar os gases. O poder ionizante é proporcional à energia rádioactiva.

A dose de aplicação pode obter-se multiplicando o número de horas de tratamento pela quantidade de miligramas de rádio empregado; um tratamento de 10 horas com 50 mg. de rádio equivale a 500 miligramas elemento.

Outros autores preferem exprimir o resultado do tratamento pelo número de milicuries destruídos, o que nos dá uma idéia da energia consumida no interior do tubo.

A quantidade de emanação em equilíbrio com um grama de rádio metal é designada por *unidade Curie*, utilizando-se os seus submúltiplos: *milicurie*, quantidade em equilíbrio com um miligrama elemento e *microcurie* que é milionésima parte da unidade.

Técnica da curieterapia — O rádio pode utilizar-se em aplicações intra-cavitárias, na espessura dos tecidos e superficialmente.

I — *Curieterapia intra-cavitária* — Utilizam-se, geralmente, tubos de 5 a 10 miligramas de rádio elemento, filtrados por 1 a 2 mm. de platina ou seu equivalente. Os tubos são colocados em sondas de cauchu ametálico que servem de filtros secundários do metal; fazem-se aplicações intra-uterinas, esofágicas, rectais, etc.

II — *Curiepuntura* — Também denominada radiumpuntura, utiliza agulhas carregadas de rádio destinadas à introdução na espessura da própria massa tumoral e na sua vizinhança. Empregam-se agulhas com 1 miligrama de rádio filtrado por 5, 10 de platina.

III — *Curieterapia transcutânea* — Empregam-se tubos de rádio colocados em estojos ou moldes que se adaptam às superfícies da pele ou das mucosas com protecção de filtros secundários.

IV — *Telecurieterapia* — O rádio, na dose elevada de 3 a 5 grs., é colocado num aparelho apropriado, sugeitando-se depois os doentes às suas radiações.

A quimioterapia bucal da gonorreia com o

ALBUCID

Comprimidos

Embalagem com 20 comprimidos de 0,5 gr.

Injectável

Caixa com 5 ampolas de 5 c.c.

Amostras e literatura à disposição dos Srs Médicos

é simples:

2 ou 3 comprimidos, 4 vezes ao dia,
depois das refeições

rápida:

5 dias de tratamento

certa:

o coeficiente de curas chega a 90%

*inofensiva:**

entre os milhares de casos tratados
não se viu efeito inconveniente
algum

*No Albucid fez-se previamente a acetilização que as sulfonamidas sofrem no corpo humano. A acetilização, no Albucid foi feita de forma que, ao contrário da combinação acetilica ineficaz que se produz no organismo, se conseguiu um preparado de maior actividade terapêutica.



SCHERING PORTUGUESA, L.^{DA}

Apartado 279, Lisboa

ETAPAS DECISIVAS

NA HISTÓRIA DO

SYMPATOL

«INGELHEIM»

- 1.^a DOENÇAS INFECCIOSAS
REFORÇO DA DIGITALO-TEARPIA
Hochrein e Keller
- 2.^a COLAPSO INFECCIOSO
Hegler
- 3.^a COLAPSO POST-OPERATÓRIO
e INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
Klotz e Staaten
- 4.^a CONVALESCENÇA da GRIPE
Lange
- 5.^a ASTENIA CONSTITUCIONAL
Stoermer
- 6.^a PROFILAXIA da TROMBOSE
Koenig
- 7.^a DIFTERIA
Zischinsky
- 8.^a ESTADOS HIPOTÓNICOS
Essen

De ano para ano amplia-se o campo das indicações do SYMPATOL, confirmadas pelos trabalhos da clínica, tanto hospitalar como particular. Aparentemente múltiplas, têm tódas por base as propriedades farmacológicas do SYMPATOL que, segundo P. Trendelenburg, mantém a proporção óptima entre a acção sobre o coração e a acção sobre os vasos. O SYMPATOL regula o tónus circulatório.

Literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Representante para Portugal e Colónias

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA L.^{DA}

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO
Rua dos Caldeireiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

Noções gerais sôbre a curieterapia nos principais tumores :

Cancro da língua : — Tem na radiumpuntura a principal indicação terapêutica; empregam-se agulhas de rádio que se introduzem na espessura do tumor e à sua periferia, procurando distanciá-las de 1,5 cm.

Estas agulhas ficam ligadas a fios para evitar a sua perda ou deglutição.

O tratamento permite fazer regressar e desaparecer o tumor sem o inconveniente da mutilação cirúrgica.

No caso de haver adenopatia deve o tratamento do foco inicial ser continuado por uma aplicação cutânea, em superfície, com moldes de rádio sôbre os gânglios cervicais e sub-maxilares.

Cancro do véu palatino e amígdala — Está também indicado o rádio nestes tumores empregando moldes intra-bôcaes apropriados.

Cancro do colo do útero — Este tumor é um dos que melhor reage favoravelmente às aplicações de rádio. A aplicação faz-se intra-uterina para destruir a lesão inicial, e nos fundos do saco vaginais para atingir as propagações pélvicas. Em regra empregam-se 2 tubos de 10 miligramas de Ra. em sonda a metálica de aplicação intra-uterina e dois tubos vaginais.

Quando a formação tumoral não permite a aplicação intra-uterina recorre-se previamente à dilatação e à electrocoagulação, estando também indicada a röntgenterapia pré-rádio.

Angiomas — São tumores que encontram no rádio a terapêutica de eleição, provocando a cura sem deixar traços de cicatriz, como não acontece com os outros tratamentos. A dose é bastante baixa, em regra a quarta parte da dose dos epitelomas, mas devido à grande radiosensibilidade do tecido vascular, êste é lesado sofrendo a esclerose sem haver alteração da pele ou da mucosa que recobre o angioma.

Tem ainda a vantagem de ser indolor, fazendo-se a sua aplicação nas crianças sem necessidade de anestesia ou imobilização.

Nos epitelomas e quelóides está também indicada a curieterapia.

Igualmente nos fibromas uterinos hemorrágicos, tem-se obtido bons resultados terapêuticos.

Acção biológica das radiações

Os primeiros resultados da acção das radiações sôbre os tecidos foram notados por acaso.

O raio X provocou, nos primeiros radiologistas que se expunham sem protecção às radiações, eritemas e perturbações tróficas da pele.

O rádio arrecadado dentro de um tubo, no bolso de Pierre Curie, provocou uma queimadura da pele vizinha.

Foram êstes acidentes inesperados que levaram Darier, com os raios X, e Danlos, com os sais de rádio, às tentativas terapêuticas dêstes agentes.

Os resultados iniciais não foram brilhantes porque se desconhecia a filtração e dosagem destas radiações.

As radiações são capazes de provocar «in vitro» um certo número de modificações químicas como por exemplo: a alteração da placa fotográfica que é a base da radiografia e que sob o ponto de vista químico é uma redução. Do mesmo modo o amido iodado descora-se pela acção dos raios X, por redução do iodo em ácido iodídrico.

Outra acção das radiações exerce-se por hidrolise sôbre alguns compostos orgânicos desdobrando a sua molécula (colesterina, gorduras, etc.).

O protoplasma celular que constitui os seres vivos apresenta-se como um coloide, e como tal, é influenciado pela acção das radiações que provocam a sua flocculação.

O efeito das radiações sôbre a célula viva depende de um lado da dose e do tempo de actuação e por outro, da natureza da célula receptora. Existe, de facto, grande diferença entre a radiosensibilidade das diferentes células e, por consequência, entre os diversos tecidos normais e patológicos.

É precisamente nesta diferença de sensibilidade que assentam as bases da radioterapia e da curieterapia.

Uma dose maciça de raios X, ou raios γ de rádio, provoca na célula viva em algumas horas uma densificação da cromatina do núcleo que se fragmenta deseminando-se depois em todo o citoplasma (picnose).

Se a dose é moderada a rádio lesão provocada pode evolucionar para a reparação, podendo mesmo observar-se uma fase de excitação celular se a aplicação fôr muito ligeira.

Os biólogos têm observado que as células em estado de divisão são mais radiosensíveis que as células em estado de repouso, e do mesmo modo as células menos diferenciadas apresentam uma fragilidade particular enquanto que as células mais altamente diferenciadas são mais radioresistentes.

Os tecidos mais radiosensíveis do corpo humano são representados pelos elementos geradores dos glóbulos brancos e vermelhos, contidos no baço, no timo e na medula óssea, assim como as células seminais. Os tecidos mais resistentes são os tecidos musculares e nervoso.

Do mesmo modo se reconheceu que o tecido neoplásico é mais sensível que o tecido normal, havendo grande diferença de sensibilidade entre os diferentes tipos de tumor.

Os fibromiomas são radiosensíveis sofrendo atrofia dos seus elementos musculares e esclerose dos vasos por arterite obliterante, quando sujeitos às radiações.

Os quelóides, como todo o tecido de cicatriz, são radiosensíveis.

Os angiomas são sobretudo sensíveis aos raios β e γ do rádio, mostrando o estudo histológico feito depois da irradiação conveniente a substituição do tecido angiomatoso por uma rede de fibrilhas conjuntivas.

As adenopatias quer neoplásicas, tuberculosas ou linfogranulomatosas encontram no raio X uma das melhores terapêuticas, transformando os gânglios hipertrofiados, pouco a pouco, em nódulos cicatriciais por destruição do tecido linfóide.

Os tumores malignos mais radiosensíveis são os linfosarcomas, mielosarcomas, mielomas, reticulo-endoteliomas, seminomas, epitelomas basocelulares, epiteloma pavimentoso das mucosas, e ainda o cancro do útero e da língua.

Mais afastados na escala encontram-se os fibrosarcomas, os ósteo e condrosarcomas.

Entre os menos sensíveis contam-se os epitelomas do seio, estômago e recto.

Alguns tumores são rádioresistentes, como: os embriomas do testículo, os cancros do rim, fígado, e os tumores melânicos.

(Continua).

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — À sessão de 20 de Abril presidiu o sr. Prof. dr. João Pôrto, secretariado pelos srs. Professores drs. Vaz Serra e Lúcio de Almeida.

Abriu a sessão o sr. Prof. dr. Rocha Brito que apresentou uma comunicação sobre «Um caso clínico da enfermaria».

Tratava-se de uma doente portadora de um síndrome raríssimo e que foi submetida a um estudo clínico e laboratorial muito completo antes de se ter chegado a um diagnóstico de certeza: a *tezurismose*.

O sr. Prof. dr. Rocha Brito começou por apresentar a doente e enquanto esta era observada pela assistência leu a sua história clínica: há alguns anos notou o aparecimento de umas formações muito duras na região dorsal dos antebraços e notou que a pouco e pouco elas aumentavam de espessura e comprimento, começando actualmente a dificultar-lhe os movimentos.

Essas formações, com uma dureza de pedra, bem mobilizáveis, tinham a sua sede no tecido celular sub-cutâneo e nunca lhe provocaram dores, a não ser há uns meses para cá.

A primeira hipótese posta foi a de calcinose e essa, na verdade, pareceu-nos a mais verosímil pelo exame clínico. Porém uma radiografia mostrou uma transparência perfeita dos tecidos e não havia o menor início de qualquer depósito opaco aos raios X.

Com o resultado deste exame foi posta de lado esta hipótese assim como a de qualquer ossificação anormal, secundariamente levantada.

Feita uma biopsia, procedeu-se ao estudo químico e anatomo-patológico do fragmento extrahido e verificou-se que na sua constituição entravam substâncias diversas, mas com predomínio de protidos e de hialina.

Tratava-se, pois, de um caso interessantíssimo de *tezurismose lipídica e tezurismose hialina*, com uma localização até hoje não assinalada na vasta literatura conhecida pelo ilustre professor.

Sobre esta comunicação falou o sr. Prof. dr. Mosinger que descreveu os estudos feitos no Instituto de Anatomia Patológica sobre a biopsia enviada pelo sr. Prof. dr. Rocha Brito.

Em seguida fizeram as suas comunicações os srs. drs. João Novo e Oliveira Firmo, respectivamente, «Amiloidose ganglionar histológica» e «Para-amiloidose cerebral diencefálica», trabalhos realizados sob a direcção do sr. Prof. dr. Mosin-

ger, e que vieram mostrar os enormes progressos da Anatomia Patológica na Escola de Coimbra.

Por fim, usou da palavra o sr. dr. Francisco Gonçalves Ferreira, assistente de Higiene para resumir (porque a hora ia adiantada) os resultados dos seus trabalhos sobre reabsorção das vitaminas B₁ e C e as suas necessidades diárias para o homem que trabalha.

Tôdas as comunicações foram acompanhadas de projecções de gráficos e microfotografias, assim como de preparações microscópicas.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia — Sob a presidência do sr. dr. Tiago Marques, realizou-se a sessão desta Sociedade tendo apresentado comunicações o sr. dr. Soares Santa, que falou de um caso raro de tumores da mandíbula, e o sr. dr. Rui Gonçalves, que falou de «Generalidade sobre o orientação terapêutica das cáries profundas, relações com o parodoncio e suas complicações». Ambas as comunicações foram muito discutidas.

Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina

Inaugurou-se no dia 17 de Abril, com o internamento de 24 doentes, a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra, instalada no pavilhão n.º 5 do Manicómio Sena e da direcção do ilustre Prof. sr. dr. Elísio de Moura.

A Faculdade de Medicina viu assim realizada uma antiga aspiração que se impunha para bem do ensino e da assistência.

Conferências

O sr. Prof. dr. Jorge Echeverri, director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de S. Tiago de Compostela realizou conferências no Pôrto e em Lisboa subordinadas aos temas: «Estudo das comunicações entre os espaços subaracneideus e as cavidades ventriculares», e «A Arte e a Medicina».

— Em Lisboa também realizaram conferências, o catedrático daquela Faculdade de Medicina, sr. dr. Jesus Cadarso de Guevara, que dissertou sobre «A biopsicologia do amor», e o sr. dr. Gerardo Clavero, que dissertou sobre «Historia y orientaciones actuales de la Lucha Antipaludica en España» e «Vacunación antitifo-exantemática con le cepa viva E. Experiencias de aplicación al hombre».

— O director do Instituto Urológico de Barcelona, sr. Prof. dr. Antonio Puigvert, lêz na Faculdade de Medicina de Lisboa, uma lição sobre «Nefrectomias parciais».

— Em Lisboa também realizaram conferências, os srs. Professores Drs. Fernando Freitas Simões, «Tratamento do cancro do colo do utero»; Henrique Baraona Fernandes, «Psiquiatria infantil e psiquiatria geral»; Diogo Furtado, «Causas da anormalidade infantil».

Várias notas

Nos Hospitais da Universidade prestaram as suas provas nos exames do curso geral os internos dos mesmos hospitais, srs. drs. Amaro da Silva Rosa, António Maia Junior, Eduardo Granada Pinheiro, Artur Barbosa Leitão, Maria Flora Rezende de Vasconcelos e Luis Fernandes Dantas.

— O Governo Espanhol agraciou com a comenda de 1.^a classe, da ordem de « Afonso X, o Sábio », o sr. Prof. dr. A. de Almeida Garrett, director da Faculdade de Medicina do Porto.

— Foram classificados no concurso para provimento de cinco lugares de internos do internato geral do Hospital Escolar de Lisboa (Santa Marta) os srs. drs. Francisco Nunes Correia, Fernando Ferreira Coelho, José Amaro de Almeida, Mário Geraldês Barba e Joaquim Simas Junior.

— Foi concedida uma bolsa de estudo ao sr. dr. Mário Augusto de Andrade e Silva, colocado na colónia de Moçambique, afim de visitar hospitais e gafarias da África do Sul e ali colher elementos para o estudo da lepra.

— O «Diário do Governo» publicou um acordão do Supremo Tribunal Administrativo que confirma a anulação de uma deliberação da comissão administrativa — recorrente — da Santa Casa da Misericórdia de Évora, a qual punira, em Dezembro de 1942, o médico dr. Francisco Pereira Dias da Fonseca com a pena de demissão.

— Na sala de consulta do Sindicato Nacional dos Motoristas, em Lisboa, foi descerrado o retrato do falecido dr. José Agostinho Paulo Júnior, que aquela classe prestou relevantes serviços clínicos.

— Inaugurou-se em Lisboa, no Hospital Colonial, a consulta externa de doenças tropicais, destinada aos doentes portadores de afecções tropicais, mas que beneficia também quaisquer indivíduos com aquelas doenças com o direito a radiografias e análises clínicas. Assistiram os srs. drs. Fragas de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical, e João Faria, director do Hospital Colonial, professores daquele instituto e médicos.

Falecimentos

Faleceram, em Lisboa, o sr.^a D. Eugénia Augusta Rodrigues Gomes, esposa do sr. dr. Alberto Gomes, cirurgião e inspector de saúde naquela cidade, e o sr. dr. João Rafael de Moraes, de 76 anos, médico; na Peneda, Felgueiras o sr. António Ferreira de Paiva Sampaio, de 77 anos, médico naquela localidade; em Ponte da Barca, o sr. dr. Alfredo Abilio da Rocha Peixoto, de 78 anos, delegado de saúde aposentado; em Montemór-e-Velho, o sr. José Mario Afonso, pai do médico municipal, sr. dr. António Afonso; em Agueda, o sr. dr. Luis da Cruz Navega, antigo clínico, e em Braga, a sr.^a D. Emilia Soares Leite, mãe do capitão médico sr. dr. Abilio Duarte Macedo.

ÚLTIMAS NOVIDADES:

ARTEAGA — <i>Prevención y cura práctica de las enfermedades de los niños. Consejos de un medico para criar sanos y fuertes a vuestros hijos.</i> 1 vol., 360 págs. (J. M.)	50\$00
AZOY — <i>Amigdalectomia.</i> 1 vol. 182 págs., 37 figs., (M. S.)	54\$00
BECK — <i>Clinica Obstetrica,</i> tradução da 2. ^a edição americana. 1 vol., 868 págs., com 1050 ilustrações, encad. (I. P.)	425\$00
CURTMAN — <i>Análisis químico cualitativo.</i> 1 vol., 572 pág., 27figs., encad. (M. S.)	150\$00
GARCIA — <i>Compendio de Psiquiatria.</i> 1 vol., 508 págs., encad. (C. L.)	200\$00
GIJÓN — <i>Métodos biológicos de valoración de hormonas, vitaminas y drogas.</i> 1 vol., 207 págs., 30 figs. (C)	120\$00
G. MARAÑÓN — <i>Manual de Diagnóstico Etiológico.</i> 1 vol., 155 págs., encad. (E. C.)	330\$00
HOCHREIN — <i>Enfermedades Reumáticas. Su origen y tratamiento.</i> 1 vol., 256 págs., 68 figs. (C)	90\$00
LAMBRY et SOULIE — <i>Les maladies des Coronaires. L'Infarctus du myocarde. L'Insuffisance Coronarienne.</i> 1 vol., 432 págs., 144 figs. (M) Frs.	200,00
LARREGLA — <i>Los conocimientos de Bioquímica indispensables al médico.</i> 1 vol., 293 págs., encad. (M. S.)	135\$00
LEY GRACIA — <i>Epilepsias Postraumáticas. (Tratamiento quirurgico).</i> 1 vol., 106 pág., 77 figs. (E. C. M.)	70\$00
MARTINEZ — <i>Difteria (Epidemiologia, inmunidad, profilaxis).</i> Con un prologo del Prof. JIMENEZ DIAS. 1 vol., 270 págs. (E. G. E.)	75\$00
MATEOS LÓPEZ — <i>Mama Sangrante.</i> Estudio de los afecciones de la mama que dan lugar a hemorragias por el pezón. 1 vol., 154 págs., 52 figs. (E. A.)	60\$00
PEYRI y CASTELLS — <i>Dermatologia.</i> 1 vol., 506 págs., con 71 láminas fuera de texto, encad. (S. M.)	225\$00
R. M. LE COMTE — <i>Manual de Urologia.</i> 1 vol., 320 págs. (S)	100\$00
STRANSKY — <i>Manual de Pediatria.</i> 1 vol., 442 págs. (S)	100\$00
WOLF — <i>Endocrinologia en la práctica moderna.</i> 1 vol., 1253 pág., 176 figs., encad. (S)	470\$00
YOUMANS — <i>Deficiencias nutritivas. Diagnostico y tratamiento.</i> 1 vol., 356 págs. ilustrado con 16 grabados, encad. (S)	175\$00
ZAMARRIEGO — <i>Guía de la Madre y de la Enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo. Lecciones de Puericultura y Pediatria.</i> 1 vol., 299 págs., 49 figs. (Ag.)	100\$00

Livros médicos à venda na

Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

BAÑUELOS — <i>El arte médico. Reflexiones y consejos al medico joven y al estudiante de clinicas.</i> 1 vol., 220 págs. (E. C. M.)	45\$00
BUYE — <i>Proctologia Prática.</i> 1 vol., 508 págs., 152 figs. (S)	225\$00
CALAFAT — <i>Tuberculosis Laringea — Modernas Orientaciones sobre diagnostico y terapeutica.</i> 1 vol., 177 págs.	60\$00
FOMON — <i>Cirurgia Plástica y Reparadora.</i> 1 vol. 1383 págs., 925 figs., encad. (L)	336\$00
FONSECA Y WOHLWILL — <i>Tifus Exantemático.</i> 1 vol., 212 págs., 71 figs. (S)	85\$00
GREGORIO — <i>El tratamiento de la Sifilis en sus distintos periodos y localizaciones.</i> 2.ª edición. 1 vol., 235 págs. (S)	60\$00
LAFORET — <i>Las perineotomias.</i> 1 vol., 284 págs. ilustrado com 125 láminas. (E. A.)	70\$00
LORENZO Y SCANDROGLIO — <i>Estafilococias cutaneas y sus complicaciones.</i> 1 vol., 132 págs., 101 fig. (S)	60\$00

METALNIKOV — A luta contra a morte, 1 vol., 280 págs. 18\$00

PESCADOR — <i>Exploracion Clinica del Aparato Circulatorio.</i> 1 vol. 315 págs. y 197 gravuras, encad. (E. C. M.)	120\$00
QUIRATTE — <i>Etiologia, Patogenia y Diagnóstico de la Diabetes. (Breve resumen para el practico.</i> 1 vol., 143 págs. (E. M.)	75\$00
RAMOS — <i>Puericultura. Higiene, Educacion y Alimentación en la primera infancia. (Del nacimiento a los tres años). Tómo I.</i> 1 vol., 116 págs. con 96 ilustraciones.	75\$00
ROCAMORA — <i>Terapeutica interna de las Dermatosis. (Las viejas y las nuevas medicaciones internas de las enfermedades de la piel).</i> 1 vol., 112 págs. (E. M.)	45\$00
ROCHETA — <i>O estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal,</i> 1 vol., 346 págs., 16 gravuras brochado, 110\$00, encadernado	125\$00
SANCHEZ LOPES — <i>Fiebre Puerperal y Operaciones Obstetricas.</i> 1 vol. 320 págs. (Gr.)	150\$00
TREADWELL — <i>Tratado de Quimica analitica. Tómo I — Analisis Qualitativa. Tómo II — Analisis Quantitativa. Os 2 tómos encd. com 1417 págs. (M. M.)</i>	285\$00
VELASQUES — <i>Formulario para uso del médico práctico y del estudiante de asignaturas clinicas.</i> 1 vol. encad., 1195 págs., 5.ª edición 1944.	220\$00
WRIGHT — <i>Fisiologia Aplicada.</i> 1 vol. 834 págs. y 369 gravuras. (M. M.)	195\$00
ZARDAY — <i>Terapéutica especial de las enfermedades del corazón y de los vasos. Manual para uso diario.</i> 1 vol., 184 págs. (E. C.)	50\$00