

COIMBRA MÉDICA

ANO XIII JANEIRO e FEVEREIRO de 1946 N.ºs 1-2

SUMÁRIO

| | Pág. |
|--|------|
| A DESCOBERTA DE ROENTGEN E A UNIVERSIDADE DE COIMBRA -- dr. Ayres de Sousa | 1 |
| IMPORTÂNCIA DA RADIOLOGIA NALGUNS PROBLEMAS DA TUBERCULOSE PULMONAR -- dr. Augusto Vaz Serra | 12 |
| HISTÓRIA DO LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA -- dr. Fernandes Ramalho | 29 |
| A DESCOBERTA DE ROENTGEN E A SUA PROJECCÃO EM PATOLOGIA CÁRDIO-ARTERIAL -- dr. João Pôrto | 49 |
| SOBRE O DIAGNÓSTICO DO CANCRO DO ESTÔMAGO -- dr. A. Nunes da Costa | 66 |
| OS PROFESSORES FERNANDO SALAMANCA E VALENTIM MATILLA EM COIMBRA | 97 |
| LIVROS & REVISTAS | 105 |
| SUPLEMENTO -- NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES | 1 |

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

AOS NOSSOS ESTIMADOS ASSINANTES

Temos suportado até hoje todos os prejuízos causados pelos constantes aumentos do papel, composição e impressão, na esperança de que tal estado de coisas se modificaria. Tal se não verificou e, na impossibilidade de podermos continuar a suportar semelhantes encargos, somos forçados a aumentar o preço das assinaturas, de forma a atenuarmos, um pouco, os nossos prejuízos

*Assim, o preço da assinatura anual sofreu um aumento de **10\$00**, mantendo-se, no entanto, o preço do número avulso. Trata-se de um ligeiro aumento, se considerarmos que só a composição e impressão nos custa hoje mais de 100 0/0.*

Esperamos, pois, que os nossos estimados assinantes nos continuem honrando com as suas assinaturas, o que antecipadamente muito agradece,

A Administração.

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 pathogenicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Cointra 14 de dezembro de 1910

Charles Fiquiera



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal."
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NOSPAL

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 Guimarães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxímio Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Lúcio de Almeida—Prof. Augusto Vaz Serra—Prof. António Meliço Silvestre—Prof. J. Correia de Oliveira—Prof. Luís Raposo

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz
António de Matos Beja
António Nunes da Costa
Armando Tavares de Sousa
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
Luís Duarte Santos
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

| | |
|--|--------|
| Continente, Ilhas e Colónias — ano . . . | 60\$00 |
| Estrangeiro | 80\$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, las experiencias 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 pathogenicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Cointra 14 de dezembro de 1910

Charles Quilès



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NOROCCIDENTAL

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, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

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

hepatodynamol

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

"NARCOTYL,"

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

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

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

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoloterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



A DESCOBERTA DE ROENTGEN E A UNIVERSIDADE DE COIMBRA ⁽¹⁾

POR

AYRES DE SOUSA

PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE RADIOLOGIA MÉDICA

Nos primeiros tempos da História da Radiologia em Portugal destaca-se com singular relevo uma curiosíssima figura da época: AUGUSTO BOBONE. Poucos devem ainda recordar o seu nome e pouquíssimos conhecem os seus méritos.

Quem era AUGUSTO BOBONE?

Era um fotógrafo distintíssimo do último quartel do século e como todos os fotógrafos categorizados dessa época se interessava não só pela técnica fotográfica, pela suavidade de nuances numa paisagem, pelo conteúdo psicológico de cada retrato que saía do seu atelier mas também por todas as modalidades de fotografia nas suas aplicações à ciência. Na hierarquia artística, desse tempo, distinguiam-se e agrupavam-se em agremiações diferentes os chamados fotógrafos amadores e os que se intitulavam fotógrafos científicos. BOBONE era destes últimos. Tendo trabalhado já em microfotografia, não podia olhar com indiferença para a fotografia pelos Raios X, a luz negra, revelada pela extraordinária descoberta do sábio de WURTZBOURG.

Alvoraçado com as primeiras notícias da descoberta publicadas pelo jornal «Novidades», BOBONE, não tendo no seu atelier os aparelhos indispensáveis para principiar as experiências, escreve ao seu amigo Visconde de Condeixa que vivia em Paris, para

(1) Conferência feita no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra em 10 de Dezembro de 1945.

lhe mandar um tubo de CROOKS, mas os fabricantes não tinham mãos a medir. As ampolas que se fabricavam eram poucas não só para os laboratórios de Física mas também para os salões mundanos, os mesmos onde no século XVIII se cultivava o mesmerismo e que no século XIX procuravam na descoberta de ROENTGEN qualquer coisa de estranho, de misterioso que despertasse a embotada sensibilidade dos que frequentavam esses salões. Mas BOBONE não desistiu. Aceitou o oferecimento de um tubo cedido pelo Dr. VIRGILIO MACHADO e trabalhou incessantemente. Obtinha a primeira radiografia em 22 de Março de 1896 e a breve trecho oferecia uma coleção de radiografias à Academia das Ciências nestes termos: «Tendo por único guia os resultados obtidos de experiência sobre experiência, consegui fazer os estudos que tenho a honra de apresentar ao Ex.^{mo} Sr. Presidente e mais Membros da Real Academia das Ciências para que se dignem tomar conhecimento e sobre eles emitam a sua esclarecida opinião *como os primeiros e únicos aplicados sobre corpos vivos, feitos em Portugal com nitidez e perfeição*».

Poderíamos ficar com a falsa noção de caber a BOBONE a primeira radiografia feita entre nós. Não lhe pertence porém esse mérito. A primeira radiografia feita em Portugal pertence à Escola de Coimbra. Vamos prová-lo com inteira satisfação

No jornal «Novidades», de 3 de Fevereiro de 1896, encontramos esta notícia:

«O Sr. Dr. HENRIQUE TEIXEIRA BASTOS, lente de Física da Universidade de Coimbra, realizou ontem algumas experiências com os Raios X, fotografando um dedo e uma chave com pleno êxito.»

A radiografia em Coimbra foi pois obtida cerca de mês e meio antes de BOBONE. O próprio TEIXEIRA BASTOS escreve no jornal «O Instituto», órgão do Instituto de Coimbra, um artigo de vulgarização em que confirma as suas experiências e a notícia da imprensa diária.

Mas teria razão de ser a afirmação de BOBONE de as suas radiografias serem «as primeiras e únicas aplicadas sobre corpos vivos, em Portugal?»

É certo que TEIXEIRA BASTOS principiara por radiografar alguns objectos e um dedo amputado, mas em 1 de Março de 1896, portanto ainda cerca de tres semanas antes de BOBONE, o «Século»

inseriria um longo artigo com amplo relato dos trabalhos de Coimbra, do qual transcrevemos este trecho: «O Sr. Dr. TEIXEIRA BASTOS, catedrático da segunda cadeira de Física, da Faculdade de Filosofia, encetou no dia 2 de Fevereiro, no laboratório anexo à sua aula os seus ensaios sobre o novo processo de fotografia através dos corpos opacos. Nesses ensaios empregou o tubo de CROOKS e uma bobine de RUHKORFF, funcionando com seis elementos de BUNSEN; as placas foram de Gelatine-emulsionplatten do Dr. SCHEURNERS e as exposições de 15 a 25 minutos.

Entre esses trabalhos há quatro notáveis que são os que reproduzimos pela zincogravura os quais podem igualar em êxito aos melhores do estrangeiro e que são os seguintes:

1 — Dedo indicador de um cadaver do teatro anatómico em que a imagem óssea ficou muito nítida.

2 — Estojo de madeira herméticamente fechado, obtendo-se as sombras dos pesos e da pinça nele dispostos, assim como as dobradiças e os fechos.

3 — Mão direita de um aluno do IV ano de Medicina em que a parte esquelética saiu perfeitíssima com todas as suas particularidades.

4 — Mão direita de J. F. de 11 anos de idade, em tratamento na III enfermaria dos hospitais de Coimbra».

Verifica-se pois que o Prof. TEIXEIRA BASTOS não se limitara a radiografar objectos mas obtivera também radiografias no vivo. Confrontando datas podemos concluir que o Prof. TEIXEIRA BASTOS dominava completamente a Física da sua época e a técnica instrumental necessária para a experimentação. Pois enquanto em Lisboa VIRGILIO MACHADO, também com largos conhecimentos de Física, durante meses não viu coroadas de êxito as suas experiências, o Professor de Coimbra inicia as suas no dia 2 de Fevereiro e obtém a primeira radiografia no dia seguinte.

Mas a par desse pormenor grato a esta Universidade há um facto de mais ampla repercussão no prestígio da cultura portuguesa. Em França, país que no século XIX já atingira o apogeu da sua cultura, a primeira radiografia foi obtida no Laboratório da Escola de Farmácia, em 20 de Janeiro de 1896 e a primeira notícia appareceu no «*Matin*» em 13. Decorre, portanto, uma semana entre a primeira notícia e a radiografia. A curiosidade científica da Escola de Coimbra dá-nos a primeira radiografia em menos de

uma semana, pois a primeira notícia veio publicada entre nós em 27 de Janeiro e não é provável que TEIXEIRA BASTOS tivesse conhecimento da descoberta pela imprensa científica estrangeira que não se antecipou à imprensa diária.

A primeira monografia sobre Raios X publicada entre nós não cabe a médico ou a físico mas sim ao fotógrafo AUGUSTO BOBONE. Intitulava-se: *Raios X. Notas práticas de radiografia*. É um opusculo com perto de 60 páginas, inserindo excelentes radiografias, em papel de luxo e com elevada perfeição gráfica. O autor mostra um perfeito conhecimento de uma grande parte da literatura radiológica da época, não se limitando a pormenores da parte fotográfica. Toma contacto com a física das radiações, realiza experiências, discute conceitos, notando-se é certo, algumas lacunas nos seus conhecimentos. Formula hipóteses de trabalho sobre a distância a que poderão ir os Raios X sem perda de energia. A propósito refere-se a um investigador americano que dizia ter obtido uma nítida radiografia do torax à distância de 15 metros e BOBONE conclui com ironia que isso só seria possível com raios americanos porque a tanto não chegavam os raios... portugueses.

A monografia teve a honra de um prefácio do Prof. ALFREDO DA COSTA, uma das mais altas mentalidades do ensino médico, que prevendo o alcance da extraordinária descoberta não hesitou em apresentar ao público o trabalho de AUGUSTO BOBONE.

Eis uma luminosa passagem desse prefácio do grande Mestre:

«O diagnóstico exacto nem sempre é coisa fácil em cirurgia e tem bastas dificuldades em medicina. Há lesões profundas de órgãos que se escondem à observação clínica e cuja apreciação chega a ser impossível. Os meios semiotécnicos nem são completos nem os que existem são absolutos; é por isso que em medicina a dúvida e até o erro de diagnose são lícitos dentro de certas condições que representam não a ignorância do médico mas a incapacidade da ciência. A radiografia, alargando consideravelmente os meios de diagnóstico, vem prestar à medicina serviços de que nem mesmo se pode por enquanto avaliar toda a magnitude».

Mas BOBONE foi mais longe. Instalou entre nós o primeiro laboratório radiológico, aberto ao público, na rua Serpa Pinto, 87, onde recebia clientes enviados por médicos. Na resenha das

suas observações encontramos referências a doentes de VIRGILIO MACHADO, ALFREDO DA COSTA, GREGÓRIO FERNANDES, etc.

BOBONE não se limitava a obter radiografias mas procedia à sua interpretação.

Eis o boletim radiográfico que figura com o número 22 das suas observações:

«Radiografia da mão viva de uma senhora. Observam-se claramente os resultados de um panarício na falangeta do I dedo, notando-se também os efeitos do reumatismo sobre os ossos do carpo e metacarpo e com bastante clareza na I e II falanges do 5.º dedo e II e III do 3.º dedo».

De resto, também no estrangeiro, os primeiros laboratórios de Raios X abertos ao público foram os de fotógrafos que viam na descoberta uma nova fonte de lucros. As revistas fotográficas abordavam amplamente o problema das novas radiações. Fotógrafos e Físicos, estes últimos não animados de espírito mercantil, discutiam a quem cabia a missão de obter radiografias. Quando se fez a primeira instalação no New York Post-Graduate Medical School, um jornal, o *Electrical Engineer*, não deixou de comentar com amarga ironia: *doctores to become cathodographers*. Para uns e outros, os médicos que faziam radiografias metiam-se em seara alheia, pois a seara era de físicos porque era um método físico ou era de fotógrafos por se tratar de uma nova modalidade de fotografia.

A primeira localização de corpo estranho feita entre nós devemos a esse fotógrafo artista, quando do atentado político contra CONSTANCIO ROQUE DA COSTA e que encontramos relatado no «Século» de 2 de Junho de 1896: «É deveras espantoso o que já temos visto feito por BOBONE e muito mais teremos que ver quando ele possuir os aparelhos que encomendou. É muito honroso para o artista e para o nosso país que lhe deve o desenvolvimento e aperfeiçoamento de tão grande auxílio à clínica portuguesa e à Humanidade em geral».

Mas reveste-se de maior autoridade o depoimento de ALFREDO DA COSTA feito nestes termos:

«O grande ardor pelos progressos da sua arte enfileirou-o ao lado das dezenas de cavaleiros que por todo o mundo civilizado estão empenhados na nova cruzada. Dentre estes cavaleiros encontram-se para honra da nossa pátria muitos portugueses por-

quanto não só em Lisboa mas também no Porto e porventura em outros centros da nossa pequena laboração científica, os estudos radiográficos têm captado a solicitude dos nossos físicos e dos nossos médicos. À frente deles o meu amigo tem o lugar de honra que lhe marca a sua envergadura de trabalhador incansável e de fino e aprimorado artista. Porfie na luta e esteja certo que ao soar a hora de triunfo dessa radiofotografia que mal teve ainda tempo para se desenvencilhar das mil incertezas de que está rodeada a sua vida quasi embrionária, o seu nome há-de ser citado como o de um daqueles a quem dos louros da peleja não coube nem o menor nem o menos brilhante dos quinhões».

Hoje que não pesa sobre nós o complexo de inferioridade de fotógrafos de doenças, hoje que ocupamos na hierarquia das especialidades lugar de primeira plana, podemos afirmar que na história da radiologia portuguesa deve figurar com justiça o nome de AUGUSTO BOBONE, como o do fotógrafo ADRIANO DA SILVA, da Fotografia Conimbricense, dedicado colaborador do Prof. TEIXEIRA BASTOS, que em vários trabalhos reconheceu o valor da colaboração.

Mas em Coimbra a descoberta de ROENTGEN não se confinou ao laboratório de Física, não tiveram em mira apenas o aspecto especulativo da questão. Logo de início o Prof. DANIEL DE MATOS interessou-se pelo assunto e já em 4 de Fevereiro anunciava o jornal «Novidades» que o referido professor «tencionava experimentar brevemente no Hospital da Universidade as aplicações científicas desta importante descoberta.»

A radiografia da mão direita do doente de 2 anos a que o «Século» se referia foi feita a pedido do Professor da cadeira de clínica cirúrgica, DANIEL DE MATOS, para demonstração ao curso do 4.º ano.

Eis a interpretação anatomoradiológica do caso:

«Tuberculose do I metacarpico e das duas falanges do polegar. Osteíte tuberculosa condensante no primeiro metacarpico e primeira falange. Anquilose da articulação metacarpicofalângica. Rarefação do resto da primeira falange e da última, apresentando-se pelas alterações ósseas e pelo desenvolvimento exuberante do tecido embrionário o polegar curto e grosso.»

Era pois ainda em Coimbra que se fazia o primeiro diagnóstico clínico-radiológico e era também em Coimbra que se reco-

nhecia valor didático ao novo método, pois a radiografia servira como material de demonstração aos alunos do IV ano médico.

Noutro trabalho estudamos a repercussão da descoberta dos Raios X na imprensa diária (1). Percorrendo as revistas médicas da época verificamos que a primeira a assinalar a descoberta é ainda uma revista editada nesta cidade, *Coimbra Médica*.

Em 1 de Fevereiro de 1896, portanto cerca de um mês após a descoberta, em lugar de honra, encontramos um longo artigo sobre o assunto, com as principais características das novas radiações e com esta afirmação de fé: «Sem demoradas meditações se antevê, num relance, o prodígio de aplicações a que esta descoberta dará origem nos diversos ramos da ciência médica».

No número imediato, publicado com intervalo de 10 dias, a revista dá conta dos trabalhos de MOSETIG, de VIENA, LANNELONGUE, SPIESS e também dos resultados obtidos pelo Prof. TEIXEIRA BASTOS.

Em 1 de Março, sempre na primeira página, dizia que «continuavam ainda na ordem do dia as investigações sobre os Raios X de ROENTGEN e numerosas experiências fotográficas se tinham realizado por toda a parte e algumas tinham podido obter e estudar».

O jornal nunca sai da mais absoluta objectividade e só se refere a factos rigorosamente controlados, quando é certo que nalguns centros científicos estrangeiros, foram anunciados resultados sem fundamento científico e que se desmoronaram como castelo de cartas ao mais leve sopro da crítica.

O criptoscópio, altissonante designação do écran radioscópico protegido contra a luz e que tão grande renome deu ao Prof. SALVIONI, é descrito sem fantasias como uma simples aplicação de factos já ligados à própria descoberta.

Também a Escola de Coimbra vibra de entusiasmo ante a perspectiva da aplicação combinada do criptoscópio e endoscópio por permitir «observar visualmente os órgãos e aparelhos mais profundos do organismo e suas aplicações». Lateja de ansiedade em contribuir também para o progresso da descoberta. Conhecendo porventura os astronómicos orçamentos de laboratórios estrangeiros para pesquisas científicas ligadas às novas radiações,

(1) Os Raios X na Imprensa portuguesa.

sente-se a magoa dos laboratórios universitários ante o desamparo das esferas governamentais nesta sincera afirmação:

«É consolador este espectáculo de incessante investigação que a medicina nos oferece por toda a parte. Que contraste porém entre essa brilhante actividade e a apatia hipostenisante a que nos obriga em Portugal a carência de meios de estudo. Não há força de vontade que se não quebre em frente deste imóvel rochedo da indiferença e da rotina.»

E por fim fechando a série de artigos sobre os Raios X *Coimbra Médica* dá-nos esta passagem de alto significado moral.

«Agora uma reflexão triste, profundamente triste. Enquanto a legião trabalha, nós os professores portugueses temos de olhar da galeria com os olhos atónitos de boquiabertos selvagens, distanciados da comunhão das ciências. Faltam-nos os meios. Faltam-nos o amparo. Nas regiões oficiais esses processos científicos é como se não existissem. Só existem eles, os grandes homens, os profundos sábios da política e governança».

Na imprensa médica estrangeira, por estranha coincidência, os jornais *Lancet*, *British Medical Journal* e *New York Rec.* publicam simultâneamente a noticia em 2 de Janeiro. Em 14 de Janeiro encontrámo-la no *Munchener Medizinische Wochenschrift*. *Coimbra Médica* não se distancia das maiores revistas científicas da época e, facto consolador, antecipa-se ao *Journal of the American Medical Association*, revista de elevada categoria científica que só dá a noticia da descoberta em 15 de Fevereiro, portanto muito depois da revista portuguesa.

A primeira tese sobre Raios X também foi apresentada em Coimbra, por ÁLVARO JOSÉ DA SILVA BASTO, licenciado em Filosofia Natural, como dissertação inaugural para o Acto de Conclusões magnas na Faculdade de Filosofia, em 1897 e intitulava-se «Os raios catódicos e os Raios X de Roentgen».

É um trabalho muito completo que começa por estudar os raios catódicos, as acções luminosas, químicas, fotográficas, caloríficas, electrónicas, abordando também a condução molecular, condução eléctrica, a teoria de ondulações transversais e ondulações longitudinais. Analisa os problemas da física dos Raios X, como a emissão, propagação, reflexão, refração, difração, polarização, velocidade, acção do iman, os efeitos de LAFAY, etc.. não esquecendo a fluorescência invisível e a acção sobre os corpos elec-

trizados. O autor ocupa-se pormenorizadamente dos raios BECQUEREL, raios de descarga, raios de BON, das teorias como as de emissão, da teoria das ondas longitudinais, de ondas transversais, da teoria dos turbilhões, etc., referindo-se finalmente a aplicações práticas dos Raios X. Discute a génese da descoberta de ROENTGEN, assunto que apaixona os investigadores, afirmando que se pode garantir que LENARD separara experimentalmente os raios catódicos e os Raios X e que o distinto físico reconhecera várias vezes que além dos raios catódicos ordinários que eram retidos por placas de espessura superior a um certo limite havia misturados com eles uma outra espécie de raios para os quais as substâncias eram muito mais transparentes. Cita a opinião de STOKES de que LENARD menciona algures por incidente que os raios catódicos ainda eram um tanto permeáveis através da mão. Descorda de GUILLAUME quando este admite que o sábio experimentador não fizera no seu espírito a separação das duas espécies de raios. Escapara-lhe a glória da descoberta que meses depois pertencia ao sábio alemão pelo facto de operar de cada vez apenas durante alguns segundos e pela exiguidade da janela do seu aparelho.

No mesmo ano de 1897, mas depois da tese de SILVA BASTOS, no Porto, LUÍS CANDIDO CORREIA DE ABRANCHES, também apresentava uma tese de doutoramento intitulada «Raios X» e que ao contrário da primeira, desenvolvia mais os capítulos que tratavam da sua aplicação à medicina.

Na primeira página do trabalho encontramos esta curiosa passagem: «Século das luzes é o epíteto do século que dentro de anos vai findar; melhor epíteto não podia ter o século em cujo ciclo se descobriram tantas luzes: a luz eléctrica, a luz de acetilene, etc. E ao despedir-se de nós, este século científico e tão humanitário ainda quis justificar o seu merecido epíteto dando-nos a conhecer uma luz nova que abalando a óptica, nos revela muito do invisível e nos leva a perceber o que está além dos corpos opacos que hoje perderam essa donominação».

Em Lisboa, só em Julho de 1900, HENRIQUE DE MELO ARCHER DA SILVA defende uma tese sobre os «Raios de ROENTGEN em clínica».

A partir de 1897 multiplicaram-se os trabalhos sobre os Raios X. Em 24 de Julho desse ano, CARLOS SANTOS, Pai, faz

a primeira comunicação à Sociedade das Ciências Médicas sobre «Radioscopia e Radiografia». A VIRGILIO MACHADO cabe uma grande parte da literatura da especialidade publicada nos primeiros anos.

Quem fez a primeira aplicação terapêutica de Raios X entre nós? AUGUSTO BOBONE diz no seu trabalho que em 10 de Junho de 1896 lhe foi apresentado um doente para fazer uma radiografia da mão esquerda onde tinha o terceiro dedo deslocado depois de tres meses de curativo. Como o doente tinha o dedo fletido, por dificuldades de técnica, repetiu a radiografia mais que uma vez e o doente acusou sensíveis melhoras fazendo movimentos de extensão mais amplos. BOBONE acrescenta que possuía uma carta desse senhor certificando que as melhoras eram devidas à acção dos Raios X. O emprego terapêutico neste caso foi accidental. Mas em 1 de Novembro de 1897, D. ANTÓNIO DE LENCASTRE, publica na *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas* um artigo sobre «Osteoperiostite limitada terminando por supuração. Cura pelos Raios X».

Merece ser posto em relevo a explicação do mecanismo das radiações dadas por D. ANTÓNIO DE LENCASTRE e que tempos depois brotou na literatura radiológica de outras fontes de além fronteiras.

O autor descrevendo as modificações sofridas pelo processo osteomielítico no decurso do tratamento resume assim as suas ideias: «Elas evidenciam uma fluxão, ou por outra um efeito vasodilatador. Ora vasodilatação, diapedese e fagocitismo são associados imprescindíveis. Pensei que pela acção dos Raios X poderíamos obter além de uma nutrição mais abundante dos elementos próprios, provocar um elemento embaraçoso para os agentes infectantes — quais eles fossem — pela inundação de leucocitos que as alterações vasculares apontadas traziam à superfície. Ajudar as nossos tecidos a resistirem e a defenderem-se dos agentes infectantes constitui o grande problema da terapêutica para todas as infecções que não tenham medicação específica. Os Raios X parece-nos poderem satisfazer a essas exigências de ajudar a defesa».

O prestigioso Instituto de Coimbra foi das primeiras agremiações científicas que distinguiram ROENTGEN e fello a 20 de Julho de 1902 elegendo sócio honorário, antes de muitos outros

países que reputamos da primeira plana, pelo seu elevado nível cultural.

Ao dobar do meio século da descoberta é para nós grato afirmar que a primeira radiografia, o primeiro radiodiagnóstico, a primeira utilização da radiografia como método didático, a primeira revista científica e a primeira tese sobre os Raios X, portanto o maior número de factos fundamentais da História da Radiologia em Portugal, pertence à Escola de Coimbra.

Comemorando o centenário de ROENTGEN, a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, presta sincera homenagem à mais antiga Universidade Portuguesa, que ao prestígio da tradição juntou sempre o prestígio do espírito progressivo dos seus grandes Mestres.

IMPORTÂNCIA DA RADIOLOGIA NALGUNS PROBLEMAS DA TUBERCULOSE PULMONAR ⁽¹⁾

POR

AUGUSTO VAZ SERRA

Convidado pelo Senhor Director da Faculdade, em nome do Senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, a associar-me às comemorações da descoberta de ROENTGEN, reconhecendo, não obstante, a fraca qualidade dos meus méritos nesta emergência, não hesitei em aceitar o honroso encargo de proferir duas palavras.

Elas outro fim não têm senão exaltar o significado de uma vida continuamente devotada ao trabalho e à investigação, vida culminada por uma descoberta de onde irradia uma luz que hoje vivifica todos os ramos da prática médica.

Se, na opinião de J. HERBERT, uma nobre vida nunca vem fora de tempo, redobrado motivo para a sua contemplação encontramos quando ela nos trouxe uma novidade tão rica em surpreendentes esclarecimentos como a radiologia em si contém.

Existisse outro PLUTARCO a ele competiria a criação de nova galeria de varões ilustres. Estes, contrariamente aos clássicos, não foram célebres pelo dom da palavra, domínio das assembleias, sabedoria na administração, confusão dos inimigos. Proveio-lhes antes a notoriedade da vida simples e modesta, consumida na perene perseguição de um ideal.

A coisa pública em nada os interessou. Apenas entrevisto o alcance da sua descoberta, outra consolação não quiseram

(1) Conferência proferida no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade na sessão de 12 de Dezembro de 1945.

àlem do reconhecimento de bem terem trabalhado em beneficio do seu semelhante.

Poderá dizer-se que, por vezes, a descoberta é mero produto do acaso.

Dir-se-á, com ROENTGEN, que, se um conjunto de circunstâncias fortuitas se não tivesse realizado, ele não teria, ao avançar a mão, visto os ossos iluminados pelos raios que iam ter o seu nome.

Em nada tal facto diminui o preito a ROENTGEN devido. Não soubesse ele, como os melhores da sua época, tudo o referente aos raios catódicos e não tivesse a consciência do muito que havia ainda a aprofundar no seu conhecimento, passar-lhe-ia despercebido o acidente que devia levá-lo à immortalidade.

Meditemos nas palavras de CLAUDE BERNARD: «quando se não sabe o que se procura não se comprehende o que se encontra». Uma descoberta, no domínio da ciência, à primeira vista fácil produto da sorte, encerra sempre um mundo de cogitações, anseios, dúvidas, penas. Merece-nos, portanto o seu autor redobrada homenagem e respeito.

O achado de ROENTGEN foi de extraordinárias consequências. Conferiu à humanidade privilégios que, mesmo hoje, a cinquenta anos do seu nascimento, podemos supor estarem ainda longe do termo.

Tomou conta da ciência médica em todos os seus sectores. Transformou-se numa arma poderosa, mágica, capaz de permitir ao médico ver dentro dos doentes. Constituiu-se em agente terapêutico de inestimável valia contra as neoformações e certas doenças microbianas e parasitárias.

Deu noutros terrenos poderoso contributo à ciência, à arte e à industria.

Não quero porém ter presente senão a visibilidade dos raios roentgen na sua aplicação à Medicina. Se outra virtude não tivessem esta seria suficiente para lhes dar a categoria de uma das grandes maravilhas que o homem tem hoje ao seu serviço.

Não há divisão da patologia onde os raios roentgen não tenham sido chamados a introduzirem maior clareza.

A patologia digestiva, cardio-vascular, renal, hepato-vesicular, dos órgãos hematopoiéticos, ósteo-articular, da nutrição, das glândulas de secreção interna, dos órgãos dos sentidos, etc., pedem à radiologia que se encarregue de um dos capítulos mais proveitosos para o seu conhecimento e para a orientação da sua terapêutica.

O mesmo sucede quanto à patologia pulmonar. Foi já mais tarde, depois da osteologia, a cardiologia, dela se terem lembrado, que os esforços de BÉCLÈRE, HOLZKNECHT, SERGENT, RIST, DUMAREST, SIMON, REDEKER, GRAFF, KUPFERLE, entre outros numerosos rapidamente a eles associados, puseram em relevo o muito que havia a esperar dos raios X no estudo da pneumologia, nomeadamente da doença nela mais em destaque a tuberculose pulmonar.

O seu interesse foi em rápido crescendo. Dentro em pouco transforma os métodos de investigação, relegando para um plano secundário outros até aí altamente valorizados. As normas semióticas da inspecção, palpação, percussão e auscultação dão a primazia às recémchegadas, radioscopia e radiografia.

O fino ouvido atribuído a certos clínicos deixou de estar na moda, suplantado por um exame mais imparcial, mais objectivo, como o film radiográfico.

Da semiologia que dominou e domina, transforma a patogenia, toca na anatomia patológica, invade largamente o diagnóstico, orienta a terapêutica, de tal modo que, sem exagero, podemos afirmar ser sempre necessário ter o apoio da documentação radiológica quando se pretende abordar qualquer problema dentro da clínica da tuberculose pulmonar.

Eis o que nos afirma hoje a experiência.

Evidentemente não se pretende cair no exagero. Dar à radiologia foros de método impecável, absoluto, exclusivo, ao lado do qual tudo o resto é sem valor, é um mal quasi tão nocivo como o seu menosprezo.

A empola de ROENTGEN não suprimiu o estetoscópio de LAENNEC; SERGENT não se cansou de apregoar esta verdade.

Um bom exame radiológico tem de ser o complemento de um exame clínico que pretende ser perfeito, mas de modo algum o pode substituir.

Entre os dados da radiologia e os da clínica não pode haver prioridade. Da criteriosa colheita de todos eles é que há-de sair

Livre-se das SURPRESAS receitando
o produto "ORIGINAL,,

"CALCIUM-SANDOZ,,

(GLUCONO-GALACTO-GLUC. DE CÁLCIO)

PRODUTO

RIGOROSAMENTE

CONTROLADO

.....

Empôlas de { 2, 5 e 10 c.c. sol. 10 %
 { 5 e 10 c.c. sol. 20 %

Granulado: Latas de 50, 100 e 500 grs.

Comprimidos efervescentes.

Pastilhas chocolatadas.

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suíça

ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA



*Para
todas as indicações da
sulfamidoterapia local*

IRGAMIDE

(N₁-Dimetil-acrilil-sulfamida)

- 1. Pó puro:** Profilaxia e tratamento dos ferimentos infectados, nas feridas operatórias, para preparação de soluções e execução de prescrições magistrais.
- 2. Pomada:** Nas feridas infectadas, piodermias, impetigos, etc.
- 3. Pomada oftálmica:** Para tratamento das infecções das pálpebras, da conjuntiva e da córnea.
- 4. Empôlas:** Para injecção endovenosa e intramuscular; para lavagens da pleura e das articulações.

J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551—PÓRTO

a decisão exata. A radiologia, deste modo, integra-se totalmente dentro do exame clínico.

Por si só é incapaz de resolver certas dificuldades que a patologia pulmonar nos apresenta. Assim, por exemplo, não permite sempre diferenciar o normal do patológico; apontar a etiologia e os caracteres anatomo-patológicos; fixada a natureza das lesões precisar a sua sede e forma; e estabelecer um prognóstico.

Mas ao lado destas pequenas misérias para que CHIRAY, BENDA e MOLLARD, em 1935, chamaram oportunamente a atenção, quanta grandeza nós não encontramos no seu valor para a compreensão de outros problemas da tuberculose pulmonar. Vejamos alguns deles, como sejam o do começo da tuberculose pulmonar no adulto, a importância da hemoptise como sintoma de início desta doença, o mérito da radiologia nas medidas terapêuticas a adoptar na tuberculose pulmonar, e, por fim, qual a responsabilidade do médico no diagnóstico precoce deste morbo.

Começo da tuberculose pulmonar no adulto

O problema do começo da tuberculose é um dos que mais devem à luz da radiologia.

Com BAYLE, LAENNEC, GRANCHER, se viveu na crença de que a tuberculose tinha o início, em regra, no vértice, traduzida por alterações do murmúrio vesicular — a clássica respiração anómala de GRANCHER — suficientes para levarem um clínico consciencioso a obrigar o seu doente a um regime severo.

Já, pouco depois, BARD manifestou dúvidas sobre o verdadeiro significado destes dados semiológicos que atribuiu mais a tuberculose abortiva que a lesões de início, em evolução.

Seguem-se os estudos anatomo-patológicos de PARROT, KUSS, GOHN, NAEGELI, os clínicos de BEHRING e ROEMER, os biológicos de FIRQUET, a levarem RANKE à criação do seu esquema de evolução da tuberculose em tres períodos. A tuberculose do adulto seria a do terceiro período.

Haveria então imunidade relativa, impedindo a propagação por via hemática; as lesões, de acordo com o fenómeno do KOCH,

tenderiam para a necrose local, e posterior eliminação; a propagação seria por via brônquica e por contiguidade. O autor não se compromete quanto à sede. Admite porém a maior frequência no vértice

Mais tarde o célebre anatomo-patologista de FRIBURGO, ASCHOFF, entrevê a reinfecção. A tuberculose do adulto seria uma tuberculose de reinfecção ou endógena por revivescência dos bacilos progredindo das antigas lesões, ou exógena por fixação, nas mais finas ramificações da árvore respiratória, de novos bacilos chegados do exterior.

Para ASCHOFF seria a exógena mais frequente e daria lugar a nódulos de dimensões aproximadas às de uma ervilha, descritos de entrada por PUHL e então conhecidos por nódulos de ASCHOFF-PUHL, a lesões mais pequenas conhecidas como nódulos de SIMON e a lesões epicais em que participa a pleura, descritas mais tarde por LOESCHKE como pleurítico-atelectásicas ou calosidades do vértice.

Em 1922 fica-se devendo a ASSMANN e REDEKER a noção de infiltrado precoce. O primeiro observando, continuamente, estudantes e médicos jovens, verificou que a tuberculose começava neles por «focos arredondados e circunseritos com sede subclavicular, geralmente perto da parede do torax, mas não nos ápices, com frequente tendência para a escavação central».

Chamou-lhe, para destacar a sua posição, não no vértice, mas abaixo da clavícula, infiltrado infraclavicular. SIMON e REDEKER deram-lhe a designação de infiltrado precoce pela qual é hoje mais conhecido.—

Critica-se, no entanto, o adjectivo precoce. REDEKER, ao usá-lo, teve como objectivo marcar a precocidade em relação à sintomatologia clínica. Para este autor pode haver uma sintomatologia radiológica sem qualquer suspeita clínica e tal facto, pela sua frequência e gravidade, justifica o qualificativo de precoce dado ao infiltrado infra-clavicular.

No entanto outros não concordam. ULRICI prefere chamar-lhe pre-tísico; FLEISCHNER infiltrado redondo; MALMROSS e HEDVALL, TAPIA, foco inicial. Admitindo tratar-se de uma lesão de começo, com sintomatologia clínica quando cuidadosamente se pesquisa, de evolução sempre duvidosa, preferiria chamar-lhe infiltrado recente em vez de precoce, denominação, em rigor, inexacta.

LÉON BERNARD, coetaneamente, fala em lesões intercleido-hilares, correspondentes ao infiltrado de ASSMANN e REDEKER.

Logo a seguir descrevem-se nos pulmões, lesões radiológicas interpretadas como a consequência da difusão hematígena do bacilo de KOCH.

Estas disseminações são possíveis a seguir à primo-infecção e de tal modo frequentes que REDEKER não receia escrever: «As disseminações hematógenas pós-primárias são acidente tão assíduo que quasi se podem considerar fisiológicas».

Como sua tradução radiológica, além dos já citados nódulos de PUHL, SIMON, cicatrizes pleurítico-atelectásicas, agora interpretados como restos de antigas disseminações, foram individualizados a tramite, por BESANÇON descrita, o estado sequela de LÉON BERNARD, e a perilobulite de SERGENT.

Estas são lesões, em regra, benignas, de fraca capacidade evolutiva, de tendência cicatricial e de tal modo frequentes que mereceram a REDEKER o atributo de fisiológicas. A radiologia conheceu-as; a clínica fixou a sua natureza patogénica. O infiltrado infraclavicular continua o ser considerado a forma mais frequente do início da tuberculose pulmonar do adulto.

Em 1938, voltou a agitar-se este problema com dois trabalhos de categorizados tisiologistas: BRAEUNING e STETTIN, por um lado; MALMROSS e HEDVALL, de LUND, na Suécia, por outro.

BRAEUNING estudou 86 doentes, cuja normalidade radiológica pudera verificar 12 meses antes, e agora eram portadores de tuberculose incipiente.

Teve, para isso, de escolher entre 80.000 radiografias do seu dispensário, notando que, entre os seus 86 doentes de fresca data, em 42 as lesões eram do tipo infiltrado precoce, em 18 havia processos infiltrativos sem caracteres de infiltrado precoce, em 12, uma forma infiltrativa macular mixta.

MALMROSS e HEDVALL observaram 133 estudantes e alunos de enfermagem cuja sanidade radiológica tinham podido comprovar meses antes. As suas conclusões opõem-se às de BRAEUNING, pois sustentam: 1.º as lesões iniciais, na maioria dos casos, são da fossa supra-clavicular; 2.º a tuberculose pulmonar do adulto começa, em geral, por manchas pequenas ou de maior tamanho, irregulares, às vezes nítidas, outras deformadas, com tendência confluyente; 3.º o infiltrado precoce é forma relativamente rara.

Em 1939, na revista «Zeitschrift für Tuberkulose» (Bd. 81, n.º 6), estes autores defenderam as respectivas opiniões. REDEKER colaborou na discussão.

Houve pontos em que se chegou a acordo. Assim por exemplo, recordou-se a evolução da tuberculose por surtos com intervalos de regressão. As lesões correspondentes às fases de progressão, são diferentes das pertencentes aos períodos de acalmia. O caracter radiológico mais interessante das primeiras é o caracter infiltrativo, assinado pela congestão peri-focal que confere às lesões uns contornos esbatidos, pouco precisos, «flous».

Contrariamente, as lesões de intervalo, onde a actividade se extinguiu, são de contornos precisos, bem delimitados.

No primeiro caso temos lesões exsudativas, congestivas, húmidas; no segundo, produtivas, cicatriciais, secas. FLEISCHNER propoz os adjectivos mole e duro para separar estes dois tipos de lesões.

Temos então BRAEUNING a sustentar: «O essencial da doutrina do infiltrado precoce, não é começar a tuberculose do adulto por infiltrado homogéneo, mas sim por focos infiltrativos e não produtivos. Será então preferível, em vez de infiltrado precoce, falar de foco infiltrativo precoce».

Deste modo BRAEUNING, nos 86 doentes da sua casuística, ao lado de 50 % de infiltrados tipo ASSMANN, encontrou 82 % de infiltrados congestivos, de acordo com este novo conceito. Algumas pequenas manchas de MALMROSS e HEDVALL, entram assim nesta categoria.

Quanto à sede as discordâncias persistem. Concorde-se na maior frequência das lesões entre o ápice e o hilo. Em relação à clavícula, tanto se encontram sobre como sob, se bem que mais frequentes as segundas.

IBIAPINA, catedrático de Tisiologia na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, estudando detalhadamente esta questão, num trabalho recente, cuja leitura não é de mais recomendar aos interessados, separou 4 categorias de doentes, 129 no total: 1.º doentes cuja limpeza radiológica se pudera registar meses antes; 2.º antigos pleuríticos; 3.º doentes vindos espontaneamente à consulta e portadores de lesões mínimas; 4.º casos de tuberculose inapércepta estudados em exames repetidos.

Concluiu, deste modo, terem os focos precoces, na maioria (70 0/0,) a forma de infiltrado; em 18,3 0/0, infiltrado e pequenas manchas; em 11,6 0/0, somente pequenas manchas. Por vezes estas últimas tomaram, mais tarde, o aspecto de infiltrado.

O infiltrado tem dimensões de $\frac{1}{2}$ a 3 cm.² e uma forma variável, arredondado, ovoide, poligonal, cuneiforme, etc., de acordo com as lesões do lóbulo e a incidência dos raios X.

Ao lado de infiltrados com tonalidade homogénia, observou outros diferentes, aos quais compete a característica de nebulosos ou maculo-nublados a que IBIAPINA prefere chamar maculosos.

Verifica-se, pois, ser raro o aspecto em pequenas manchas.

Num inquérito desta natureza, por mim realizado no Dispensário anti-tuberculoso Dr. ADELINO VIEIRA DE CAMPOS DE CARVALHO, consegui apenas reunir alguns casos referentes a doentes com sintomatologia discreta e portadores de lesões mínimas, com toda a probabilidade lesões recentes.

Não se suponha fácil tal investigação.

BRAEUNING, como já se disse, teve de examinar 80.000 films para reunir 86 casos. MALMROSS e HEDVALL, entre 5.000 radiogramas, escolheram os seus 133 doentes. KAYSER-PETERSEN e GRENZER, em 1938, conseguiram apenas 8 casos com prévia radiografia normal e, entre eles, em 4, esta fora obtida mais de um ano antes. IBIAPINA (onde encontramos estes números) para coligir 23 observações do seu primeiro grupo—doentes cuja limpeza radiológica se pudera registar meses antes—teve de manusear 6.000 radiografias!

Na impossibilidade material de realizar uma investigação deste género—para isso seria necessário dispormos de um dispensário onde o problema do pessoal e das radiografias estivesse totalmente satisfeito—limitámo-nos a fazer uma revisão dos films e respectivas histórias clínicas registadas, separando os portadores de lesões pequenas, com as particularidades atribuídas às lesões no início e em que a história clínica era pobre de sintomas.

Entre 2.000 films conseguimos destacar 15 obedecendo a estas condições.

Verificámos ser relativamente raro o tipo de lesão criado por ASSMANN e confirmado por SIMON e REDEKER sob o nome de infiltrado precoce. Tal será, provavelmente, devido a que as

lesões sendo recentes não foram descobertas com suficiente precocidade. Têm, de facto, o carácter de infiltrado, exsudativo, congestivo, mole, «frou», mas as dimensões excedem habitualmente os 2 a 3 cm.² marcados como limite desta lesão. O mal já não pertence só a um lóbulo — tem-se dito que o infiltrado precoce é em rigor uma lobulite exsudativa bacilar — mas são vários os lóbulos invadidos e é o aspecto desta lesão mais espalhada que, principalmente, nos é dado observar.

Eis porque me parece mais de aceitar o conceito de LÉON BERNARD de lesões intercleido-hilares. É entre estes dois limites, o hilo e a clavícula, que se descobre a maioria das lesões de começo da tuberculose pulmonar do adulto. Na verdade possuem — e nisso vai o mérito da escola alemã — o aspecto radiológico de infiltrado.

Não se suponha, por estas palavras, ter a escola francesa desconhecido esta noção. À escola alemã se fica devendo sobretudo a difusão do conceito de infiltrado, se bem que os clínicos franceses não ignorassem o começo da tuberculose pulmonar por lesões congestivas.

Já, em 1921, RIST e AMEUILLE escreviam: «O primeiro estado da tuberculose pulmonar do adulto é sempre feito por ataque pneumónico, a lesão tendo geralmente tendência à extensão logo desde o início e mostrando precoce tendência à excavação. Não pretendemos dizer que não possam existir de entrada lesões pneumónicas tocando só uma pequena área de tecido pulmonar, mas parece que tais pequenas lesões dificilmente darão sintomas clínicos e rapidamente se acalmam e abortam».

Estas palavras dispensam quaisquer comentários.

As pequenas manchas de MALMROSS e HEDVALL não foram por nós encontradas merecendo a suspeita de tuberculose pulmonar incipiente do adulto.

Quando as observámos faltava-lhes a tonalidade maculosa, o contorno mole, «frou», húmido, característico das lesões com possibilidades evolutivas. Antes pelo tipo isolado, duro, seco, lembravam os nódulos de SIMON que, como se sabe, se atribuem hoje a cicatrizes de reinfecto pós-primário.

Parêce ser admissível terem MALMROSS e HEDVALL observado as lesões que mais tarde darão os nódulos de PUHL, os de SIMON e as cicatrizes pleurítico-atelectásicas de LOESCHKE. Tra-

tava-se de indivíduos expostos a infecções, alguns até ai tuberculino-negativos, sendo portanto neles de presumir a existência de primoinfecção com disseminação precoce.

Excluindo a posição em que estes autores se collocaram e que é de facto excepcional o início por pequenos nódulos parece ser raro. É de resto a opinião de outros que ao mesmo assunto se dedicaram

TAPIA, fazendo um estudo, sobretudo radiológico, do infiltrado precoce a que prefere chamar infiltrado inicial, de acordo com a sua experiência, admite cinco modalidades: 1.º infiltrado limitado ou circunscrito, de tamanho pequeno com fraca reacção perifocal, raras vezes redondo; 2.º infiltrado difuso mais extenso; 3.º infiltrado pneumónico denso podendo regressar rapidamente; 4.º infiltrado com reacção atelectásica e 5.º forma de MALMROSS e HEDVALL em pequenos nódulos.

Podemos, sem receio de exagero, afirmar, porém, que estes cinco tipos não encerram todas as modalidades do infiltrado inicial. A natureza não obedece a esquemas. Estes servem-nos pela facilidade que nos trazem à compreensão dos problemas.

Ficamos, com BRAEUNING, na convicção de que, abstraindo da característica de infiltrado, a lesão de começo não se submete a forma e sede imutáveis.

Quanto à forma, desde a lesão pequena que é o infiltrado de ASSMANN à invasão completa de um lobo — a lobite, — toda uma série de casos podem existir estabelecendo a ligação entre os extremos.

A sede das lesões é registada preferentemente abaixo da clavícula.

A tuberculose pulmonar do adulto é uma tuberculose de reinfeção, endógena ou exógena. Diz-se endógena quando se admite os germens saírem das antigas lesões e agora invadirem território são; exógena quando ao lado das lesões primárias, de evolução extinta, se instalam outras devidas à fixação nos alvéolos de novos bacilos chegados de fora.

Ao lado destas reinfeções, das quais a primeira é tida como mais provável, considera-se igualmente o papel da superinfecção ou seja a acção que o acesso de novos bacilos pode ter sobre as primeiras lesões.

A ICKERT devemos tal conceito de sobreinfecção que, apesar de corresponder à nova entrada de bacilos vai de facto ser a causa de uma reinfecção endógena.

A reinfecção endógena, como se disse a considerada mais frequente, pode manifestar-se «loco dolenti» ou a distância. É mais frequente esta segunda eventualidade, mas antigos focos residuais, tais como «restos fibrosos ou duros, nódulos calcificados, cavernas de intervalo», podem ser o seu ponto de partida. Ao Prof. LOPO DE CARVALHO e a TAPIA devemos a publicação de documentos bem demonstrativos.

Em vários milhares de doentes adultos, observados no referido dispensário, não encontramos um só em que a tuberculose apresentasse de início o aspecto miliar hematógeno. Evidentemente não os negamos porque não há clínico que deles não tenha conhecimento. São porém raros. Isto diz-nos não ser o problema da granúlia predominantemente patomorfológico como BUHL, WEIGERT, LOESCHKE, quizeram fazer acreditar, sustentando ser a consequência de uma invasão ocasional de um vaso ou de uma hemorragia ganglionar que obrigava os bacilos a passarem ao sangue. A sua raridade no adulto, a escassez nesta fase da vida de sombras disseminadas micronodulares fora da hemoptise, da caverna e dos estados terminais, leva-nos a considerar o critério patobiológico como mais digno de aceitação na interpretação patogénica desta modalidade de tuberculose pulmonar. As alterações da virulência dos germes, da imunidade, da alergia, desempenham muito provavelmente o principal papel. Não nos podemos, porém, deter neste tema sem nos afastarmos do nosso objectivo.

Importância da hemoptise como sintoma da tuberculose incipiente

De há muito se tem dito e apregoado poder a tuberculose pulmonar manifestar-se de entrada por tres ordens de sintomas e assim temos:

- 1.º Começo agudo, pseudo-gripal (ASSMANN, LÉON BERNARD) anginoso (VADJA), gastro-intestinal;
- 2.º Começo hemoptico;
- 3.º Começo insidioso.

*Como a beleza
a pureza confere uma
superioridade incontestável!*

Para os medicamentos chamados a debelar afecções susceptíveis de comprometer gravemente a saúde, o médico deve poder fiar-se na pureza das substâncias que os compõem. Esta pureza garante a sua eficácia e confere-lhes uma superioridade incontestável.

Dêsde 1865, os laboratórios WANDER, que lançaram a OVOMALTINA e outras preparações de reputação mundial, têm como norma empregar exclusivamente matérias primas de pureza absoluta.

Eis porque as preparações dietéticas, vitaminadas, sulfamidadas e outros produtos farmacêuticos WANDER usufruam duma nomeada mundial sólidamente enraizada.

17 fábricas na
Europa, América
e Austrália.



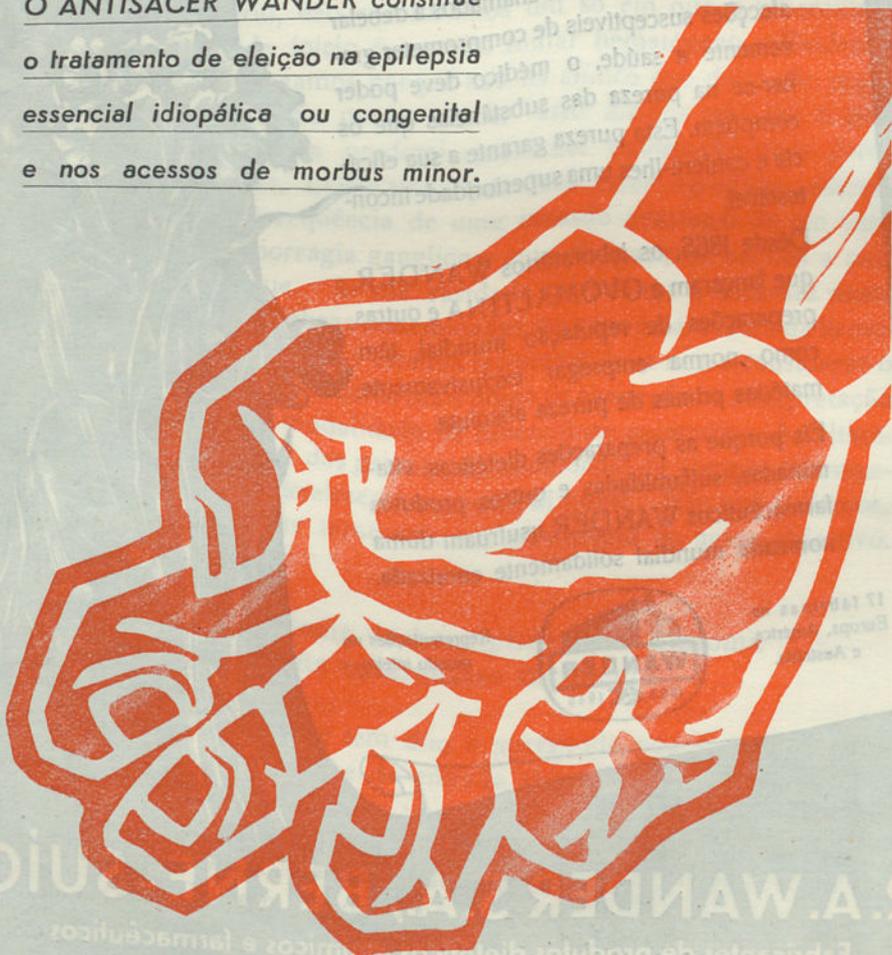
Representações no
mundo inteiro.

DR. A. WANDER S.A., BERNE - SUÍÇA

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



O ANTISACER WANDER constitue
o tratamento de eleição na epilepsia
essencial idiopática ou congénita
e nos acessos de morbus minor.



Distribuidores para Portugal:
SOCIIDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}
SEDE PROVISÓRIA:
Rua dos Correiros, 41-2.º
LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

Sem duvida destes é o começo hemoptoico o que mais facilmente permite despistar a doença. A hemoptise é sintoma por todos attribuida em primeiro lugar a tuberculose pulmonar evolutiva e, enquanto se não provar o contrário, o doente excepcionalmente deixa de ouvir o médico.

De um modo geral o padecente pode desprezar a tosse, a febrícula, o emagrecimento, a astenia, a pontada, a transpiração exagerada, mas se encontra na boca sangue ei-lo que acorre ao médico pedindo socorro para um mal que o consenso vulgar lhe afirma ser grave.

Nestas condições tem o nosso dispensário assistido a numerosos individuos que por esse motivo, espontâneamente, a ele recorreram.

Revedo estes casos consegui isolar 137 films obtidos mercê deste sintoma.

O resultado do seu exame é bastante curioso. Metade dos doentes vinham injustamente alarmados. Não se observaram neles quaisquer manchas no parenquima ou suspeitas hilares, verificando-se, por um interrogatório cuidadoso, ter havido quasi sempre erro de interpretação.

Um número menor revela lesões que já se não podem chamar de infiltrado recente. Lesões bastante mais extensas, rodeadas de halo congestivo, por vezes centradas por uma caverna bem visivel, elas ocupam quasi um lobo quando se não estendem por quasi todo o pulmão.

Numa percentagem que podemos dizer insignificante encontramos, de facto, as lesões mínimas, lobulares, que podemos introduzir dentro da categoria do infiltrado inicial ou infiltrado recente.

Qual seria o futuro destes doentes sem os raios roentgen?

A sintomatologia clínica é muitas vezes nula, a hemoptise sobreveio sem ser esperada e pode não ser seguida de sinais que lembrama tuberculose pulmonar.

Sem os raios X, direi mais, sem a radiografia, pois nestas circunstâncias uma cuidadosa radioscopia pode ser negativa ou duvidosa mostrando na mesma ocasião o radiograma lesões extensas, estes doentes seriam, quantas vezes, fantasiosamente rotulados, entretidos com frioleiras enquanto o seu mal progrediria inexoravelmente.

De outra natureza seria o inconveniente de considerar tuberculosos os falsos hemoptoicos. Acarretar-lhes-ia preocupações e despesas necessárias, se bem que em compensação, podemos dizer, dariam satisfação ao médico e ao estabelecimento que os albergasse.

Valor da radiologia nas medidas terapêuticas a seguir na tuberculose pulmonar

O valor da radiologia nas medidas terapêuticas a seguir na tuberculose pulmonar é considerável.

Sem ROENTGEN, apesar de FORLANINI, a terapêutica da tuberculose pulmonar nunca atingiria a época de esplendor que hoje estamos vivendo.

Quando em 1895 nasceram os raios X começava FORLANINI as suas primeiras tentativas de pneumotorax artificial no homem. Dois novos métodos, um semiótico, outro terapêutico, surgiam.

Do primeiro e seus aperfeiçoamentos, a kimografia e a tomografia, derivaram, certamente, por um melhor conhecimento do mal, na sua morfologia, topografia e fisiologia patológica os vários complementos e sucedaneos da colapsoterápia gazosa de que hoje dispomos.

A aplicação destes métodos seria cega sem a visibilidade radiológica.

Apesar do pneumotorax ter sido criado sem os raios X, impossível mante-lo com segurança sem a fiscalização repetida destas radiações.

Seccionar aderências, fazer um JACOBUS ou um MAURER, sem previamente estar ilucidado, através de uma boa radiografia recente, sobre a sua provável posição e qualidade, é empreza totalmente, confiada ao acaso.

Do mesmo é inadmissível pensar numa frenicectomia enquanto os raios X nos não afirmam tratar-se de lesão que, pela sede, será muita provavelmente influenciada pela frenoplegia. O estudo kimográfico, como realizado, entre outros, por ROBERTO DE CARVALHO, seria interessante a mostrar-nos previamente os movimentos da lesão cavitária sinérgicos com os do diafragma.

Sem a radiologia não teríamos a toracoplastia, como é presentemente considerada, intervenção plástica, conservadora dentro

da mutilação que realiza, limitada tanto quanto possível à zona doente, realizada em dois, tres, quatro tempos à medida que se reconhece ser preciso ir mais longe.

Do mesmo modo a apicolise com plumbagem, o pneumotorax extra-pleural, não teriam passado de tentativas sem frutuosas consequências.

A aspiração intracavitária à MONALDI não teria tido ocasião de ser.

Estamos, pois, no momento actual, perante toda uma série de métodos que transformam totalmente a posição do clínico em relação ao tuberculoso pulmonar.

Quão exacta era a propósito do tratamento deste mal, como realizado há meio século, a crítica de WILLIAM OSLER: «O tratamento é a arte ou ciência de distrair o doente com frívolas especulações sobre o seu transtorno e contemporizar engenhosamente à espera que a natureza o mate ou cure».

Presentemente a terapêutica deixou de ser sintomática, expectante, embora no meio do bom ar e da melhor alimentação, para se tornar activa, dinamica, intervencionista, dirigindo-se às lesões que graças a ROENTGEN melhor se conhecem e assim podem dominar-se.

Por fim, tendo, presente a descoberta de ROENTGEN, vejamos qual a **responsabilidade do médico no diagnóstico precoce**.

Esta responsabilidade tornou-se enorme e, apesar de evidente, não nos parece despropositado insistir nela.

Infelizmente, a cada passo, vêm os doentes depois de terem consultado outros práticos, que, apoiados num exame sem raios X, lhes afirmaram indemnidade pulmonar. E, no entanto a radiografia agora feita revela lesões tantas vezes extensas, cavitárias, bilaterais, sem grandes esperanças.

Não se suponha tratar-se de uma excepção. Poderei dizer raro ser o mes em que não tenho conhecimento de um caso desta ordem.

Esquece-se uma verdade que nunca é demais repetir e por BEAEUNING expressa com esta crueza: «É erro profissional afirmar pulmão normal sem exame radiológico».

«A tuberculose não é ouvida mas vista», sustenta HOFFBAUER. Na mesma corrente de opinião temos KAYSER-PETERSON: «Sem raios X não existe exame completo dos pulmões».

É indispensável que todo o médico em frente de uma pequena dúvida não descanse enquanto o exame radiológico lh'a não destruir. Fiar-se para tal no fino ouvido, no senso clínico, na extrema pureza da sua arte, é arriscar-se a uma situação dolorosa quando amanhã a técnica radiológica lhe mostrar que errou. E tal não se suponha só ser possível a quem é desatento. Sucede a médicos cautelosos quando o mal está neles mesmos.

O facto tem, como é de ver, explicação.

Já há muito se defende poder a tuberculose pulmonar instalar-se sem ruído.

A escola francesa (LÉON, BERNARD, RIST, HAUTEFEUILLE e BURNAND) cria uma sintomatologia vaga, classificada como síndrome de impregnação tuberculosa e que pode, na verdade, corresponder ao início da tuberculose pulmonar do adulto.

A escola alemã foi mais longe. Em vez do começo insidioso, onde há, no entanto, um síndrome tuberculo-tóxico, discreto que seja, admite poder ser a tuberculose do adulto totalmente silenciosa quando as primeiras lesões se estabelecem

Apoia-se para isso em vários argumentos.

1.º A evolução silenciosa da tuberculose pulmonar era já conhecida por BAYLE, mestre de LAENNEC. Entre as seis variedades de tísica por si descritas, BAYLE não esqueceu a tísica oculta, ou seja uma forma de tuberculose pulmonar irreconhecível a qualquer exame que não fosse o anatómico.

2.º Todos sentem a verdade da afirmação de BESANÇON e SERBONNES: «Na forma comum da tísica, a doença não evolui de um só trago; produz-se uma série de surtos evolutivos separados por tréguas mais ou menos longas».

Significa isto que, na tuberculose pulmonar do adulto, aos momentos da evolução com sintomatologia evidente, momentos de duração por vezes efémera, seguem-se fases de enganadora calma, conhecidas por fases de intervalo, onde as manifestações clínicas são nulas.

Pode a nossa observação coincidir com esta última conjuntura e fornecer-nos portanto uma falsa informação.

Mas o mais sério é a «poussée» evolutiva poder sê-lo apenas radiológica.

Redobrada razão para não haver confiança nos exames que não cuidam da observação pelos raios X.

3.º A prática dos exames radiológicos generalizados a uma certa categoria de indivíduos, conhecida sob os nomes de radiografia em massa, ou cadastro radiológico, trouxe-nos, neste particular, curiosíssimos esclarecimentos.

Tivemos em Coimbra uma pequena experiência deste género. Em 1940, sob iniciativa do então Reitor MORAIS SARMENTO, fez-se o exame radiológico pulmonar sistemático aos estudantes sócios da associação académica. Com surpresa se viu que quasi 3 % eram portadores sem saber de lesões exigindo tratamento imediato.

Mercê da nova técnica da radiografia, posta em realização nalguns países da América e da Inglaterra, resultados igualmente sugestivos se registaram com a exploração radiológica pulmonar, rotineira, em grandes massas populacionais.

Assim por exemplo, TRENCHARD, ANNSON, SCOTT, CLIVE, etc., no pessoal da RAF e da Waaf observaram 250.000 indivíduos e encontraram tuberculose pulmonar evolutiva sem sintomatologia reconhecida pelo doente em 0,77 % dos homens e em 0,79 % das mulheres.

Do mesmo modo se exprimem FELLOWS, SIEGAL, TRAIL, THOMPSON; e tantos outros.

Desnecessário se torna amontoar exemplos.

De facto a tuberculose pulmonar incipiente pode ser assintomática, inapercepta, residindo aí, na expressão de REDEKER, o perigo e a malícia do diagnóstico precoce.

E o médico se não quizer ser juguete deste começo traiçoeiro é obrigado a considerar o estudo radiológico condição *sine qua non* do seu exame.

Eis terminadas as duas palavras prometidas.

Se o estilo, na lapidar sentença de RENAN, deve ser o mínimo vestuário da idéia, eu só lastimo não o ter suficientemente sóbrio e vivo, para rapidamente tornar esta perceptível.

O sábio, cujo centenário de nascimento neste ano igualmente se celebra, deu-nos também lições de mestre na clareza, correc-

ção e simplicidade da linguagem escrita. Desculparão, por isso, o tempo que lhes fiz perder.

Peço-lhes apenas que meditemos na potencialidade que em si encerra uma nobre existência posta ao serviço da elevada missão do ideal.

Meditemos, do mesmo modo, no valor inesgotável da descoberta científica. Quando brota torna-se num centro, pulverizado logo em inúmeras parcelas, irradiando para todos os lados, despertando, aqui e acolá, progressos até então incalculados e incalculáveis.

Exemplo flagrante, convincente, impressionante, deste perpétuo desdobramento, têm-lo na revelação hoje em foco e ninguém, melhor que o médico, está em condições de compreender e avaliar os seus triunfos.

Honremos, pois, o seu autor.

HISTÓRIA DO LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA ⁽¹⁾

POR

FERNANDES RAMALHO

Convidado pela Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica para colaborar nas comemorações que esta Sociedade ia realizar em Lisboa, Porto e Coimbra ao grande Físico Alemão WILHELM CONRAD ROENTGEN, acedi de bom grado àquele convite, se bem que, convencido estava, que a minha colaboração bem fraca seria.

Tive a possibilidade de assistir à sessão inaugural destas Comemorações que se realizou na noite de 3 de Abril p. p. no salão Nobre do Hospital de S. José em Lisboa e a outras sessões na mesma cidade que têm feito parte do mesmo ciclo de comemorações.

As orações proferidas foram brilhantes e não menos brilhantes foram as da sessão inaugural da «Semana de Roentgen» em Coimbra, realizada anteontem neste mesmo local e a que acabamos de ouvir do muito ilustre Prof. da nossa Faculdade, Dr. VAZ SERRA.

Sinto-me por isso quasi envergonhado ao ir apresentar-vos um trabalho tão modesto.

A V. Ex.^a desde já agradeço a benevolência com que irão ouvir-me.

Serei o mais breve possível.

O assunto que vou tratar pareceu-me ser de flagrante oportunidade; vou descrever muito rapidamente, a traços largos a

(¹) Comunicação apresentada na «Semana de Roentgen» em Coimbra na noite de 4 de Dezembro de 1945.

história do Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra, que poucos conhecerão e que todos certamente desconhecem algumas particularidades mais ou menos curiosas.

Antes de entrar pròpriamente no assumpto da minha comunicação, permitam-me que lhes roube uns minutos apenas, para umas leves notas biográficas sobre ROENTGEN, visto que tudo já foi dito e muito bem dito quanto se conhece acerca da sua vida.

* * *

WILHELM CONRAD ROENTGEN nasceu em Lennep em 27 de Março de 1845. Recebeu a sua primeira educação na Holanda e foi depois estudar o curso superior para Zurich, onde se doutorou em 1869.

Foi assistente na escola de Wurtzbourg e mais tarde interno na Univerdade de Strassbourg em 1874.

No ano seguinte foi nomeado professor de matemática e física da Academia de Hohenheim e em 1876 voltou para Strassbourg como professor extraordinário.

Em 1879 foi escolhido para professor ordinário de Física e Director do Instituto de Física de Giessen; seis anos depois, em 1885 foi ocupar o mesmo logar no Instituto de Wurtzbourg, onde se fixou e onde se dedicou inteiramente ao seu Laboratório.

Dez anos depois, em Novembro de 1895 fez a sua maravilhosa descoberta que rasgava novos horisontes a todos os ramos da Ciência.

Todos sabem em que condições ROENTGEN fez a descoberta das irradiações a que deu o nome de Raios X,

Trabalhava no seu Laboratório no estudo dos efeitos das descargas eléctricas de alta tensão no interior de tubos contendo gases rarefeitos, continuando as experiências de HITTORF, CROOCKS, LENARD e WIEDEMANN que em 1883 deu o nome de raios catódicos aos raios produzidos junto do polo negativo de um tubo de CROOCKS.

Estes trabalhos já tinham sido iniciados pelo fisico francês abade NOLLET em meados do século XVIII e só foram retomados por aqueles físicos quási um século depois.

Todos eles observaram, que, em maior ou menor grau, qualquer fenómeno estranho que não sabiam explicar se passava

no decurso das suas experiências; mas nenhum deles lhe dedicou a importância devida, continuando os estudos que estavam fazendo, reservando para futuras oportunidades o procurar a razão de tal fenómeno.

Foi ROENTGEN, revelando um maior poder de observação, um espírito de investigação científica verdadeiramente superior, quem conseguiu estudar esse fenómeno, dar-lhe vida, descobri-lo emfim.

Em 5 de Maio de 1894 escrevia a MULLER-UNKEL pedindo para que lhe fosse fornecido um tubo de descargas no vácuo, idêntico ao que tinha sido fornecido ao dr. PHILIP LENARD.

Na mesma data escrevia também ao dr. LENARD (Privat-dozent da Universidade Filipe-Guilherme de Bonn) onde trabalhava com HENRIQUE HERTZ, pedindo-lhe folhas de alumínio iguais àquelas com que tinha trabalhado nos seus estudos sobre os raios catódicos.

Os deveres do seu cargo, ao tempo Reitor da Universidade de Wurzburg, impediram ROENTGEN de repetir as experiências de LENARD até ao outono de 1895.

Em 8 de Novembro desse ano quando fazia as suas experiências com um tubo de HITTORF que tinha introduzido numa caixa de madeira forrada de papel preto, verificou que uma folha de cartão que tinha perto e estava coberta com uma camada de platino-cianeto de bário, se tornava luminosa.

Verificou portanto, com admiração, que, através da ampola passavam irradiações especiais que não eram luminosas e tinham a propriedade de atravessar os corpos opacos da caixa e do papel preto e tornar luminescente o platino-cianeto de bário.

Calculou então que essas irradiações poderiam também atravessar o seu corpo e interpondo a sua mão entre a caixa que continha a ampola e o cartão do platino-cianeto de bário, observou deslumbrado que o esqueleto da mão se projectava sobre o cartão.

Estava feita a famosa descoberta; e a primeira radiografia feita no mundo foi da mão de sua esposa a quem ROENTGEN foi comunicar imediatamente a sua grande alegria.

Durante algumas semanas o seu superior espírito de investigador trabalhou sem descanço no seu modesto Laboratório; estudou tão profundamente as novas irradiações que tinha descoberto, as suas características, as suas propriedades e os seus efeitos, foi com tanta honestidade científica e tão criterioso trabalho feito

num limitado espaço de tempo, que, cinquenta anos depois ainda nada se acrescentou de novo ao memorial que apresentou em 28 de Dezembro à Sociedade Médico-Física de Wustzbouurg.

Não foi uma descoberta de acaso como tantas vezes se tem dito; não era por acaso que ROENTGEN estava a trabalhar com os tubos de HITTORF, que o tinha encerrado numa caixa de madeira forrada de papel preto e que tinha perto o cartão com o platino-cianeto de bário.

Todos estes elementos faziam parte do seu material de investigação que há anos vinha realizando e com o qual fez a descoberta que tão incalculáveis benefícios tem prestado e continuará a prestar a toda a Humanidade.

* * *

Foi Coimbra, a primeira terra de Portugal que teve a honra de ver as primeiras experiências sobre a descoberta que ROENTGEN acabava de fazer.

Como muito bem disse anteontem, nesta mesma sala, o Ex.^{mo} Sr. Dr. AYRES DE SOUSA, com o dom particular da sua palavra, essa honra cabe à nossa Universidade, o que muito nos orgulha e muito nos envaidece.

Com efeito, as primeiras radiografias feitas de objectos foram executadas no Laboratório de Física da Faculdade de Filosofia, as primeiras radiografias para fins clínicos foram a pedido do grande Mestre Dr. DANIEL DE MATOS e a primeira publicação científica sobre os Raios de ROENTGEN foi feita na *Coimbra Médica* de então, quinze dias antes das suas congéneres do estrangeiro.

Assim que o jornal «Novidades» em 27 de Janeiro de 1896, se fez eco das descrições com que a imprensa europeia espalhou pelo mundo a emocionante nova, o distinto Prof. da Faculdade de Filosofia dr. TEIXEIRA BASTOS, repetia no Laboratório de Física as experiências do sábio de Wurtzbouurg, servindo-se para isso do material que existia e ainda existe no referido Laboratório.

Foi portanto em princípios de 1896 que em Coimbra se fizeram as primeiras experiências de Raios X, isto é, um mês depois de ROENTGEN ter comunicado a sua descoberta; e as primeiras radiografias sobre o vivo são de duas radiografias da mão,

feitas com as ampolas do mesmo Laboratório e que eu tenho o prazer de apresentar a V. Ex.^a.

Uma delas tem a data de 3 de Março de 1899 (Proj. 1); a outra infelizmente não tem data, mas tudo leva a supor, o seu aspecto, a sua falta de nitidez, que seja muito anterior, certamente de 1896 na mesma data em que foram feitas, também radiografias da mão, na Royal Society de Londres a LORD BALFOUR e ao famoso Físico LORD KELVIN ou a SIR WILLIAM CROOKES, um dos pioneiros dos trabalhos que conduziram à descoberta dos Raios X, cujas radiografias foram feitas respectivamente a 6 de Maio e a 26 de Junho de 1896 (Proj. 2).

* * *

Seis anos mais tarde a Faculdade de Medicina de Coimbra tomou contacto com os raios de ROENTGEN.

Por decreto n.º 4 de 24 de Dezembro de 1901, que reformou os estudos Universitários, foi criado o Gabinete de Radioscopia e Radiografia que ficou anexo à 7.ª Cadeira (Propedêutica Médica e Cirúrgica) e no ano lectivo 1902-1903 instalado numa das salas do Hospital da Universidade onde hoje está a secção cirúrgica de mulheres.

Destinado aos serviços docentes da Faculdade, ficou com aquela designação e sob a Direcção do então Professor de Propedêutica Médica, Dr. ANTONIO DE PADUA.

Iniciou-se assim a primeira fase da vida do Laboratório.

Por portaria Reitoral de 5 de Novembro de 1902, foi nomeado Preparador deste Gabinete o Bacharel JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA, que era ao tempo preparador do Laboratório de Física.

Era o único funcionário existente.

De que aparelhos dispunha? Eram nessa época muito rudimentares os aparelhos de Radiologia que estava ainda na sua infância.

O do referido Gabinete que tenho a satisfação de apresentar a V. Ex.^a foi por mim encontrado e cuidadosamente guardado no estado em que o encontrei, numa sala do actual Laboratório que serve de arrecadação e onde estava posto para um canto (sem respeito pela sua idade) à mistura com caixotes velhos, ampolas inutilizadas, chapas antigas, acessórios vários que já não serviam, verdadeira secção de ferro velho (Proj. 3).

Mal eu supunha então que ele viria ainda a desempenhar um tão grande papel.

Consta como viram de uma bobine de RUMKORF e de um interruptor de mercurio.

Dos dois polos que existem na parte superior da bobine partiam os fios conductores de alta tensão que se ligavam directamente à ampola; não existe nenhuma dessa época.

As que ainda existem, como recordação, são mais posteriores, devendo fazer uma diferença de dez anos.

Mas pelos documentos existentes no Laboratório, sabe-se que eram do tipo WILLARD, de osmo-regulador e que custavam a quantia de 27.000 reis.

Lamento também não poder apresentar a V. Ex.^a nenhuma radiografia desse tempo; as que dentro em breve vou apresentar são de 3 a 4 anos mais tarde.

Nada mais existe no Laboratório que recorde essa época, já um tanto afastada, além do aparelho que acabo de apresentar-vos.

O Gabinete de Radioscopia e Radiografia não se manteve muito tempo onde foi instalado; foi transferido para o pequeno edificio anexo ao Hospital da Maternidade, não se sabe ao certo quando, por não existir documento algum pelo qual se possa fixar uma data precisa, mas por informações que em tempos me deu um antigo empregado do Laboratório, parece ter sido um ano depois.

Nesta nova instalação o Gabinete fixou-se por mais tempo e aí se começaram a executar os primeiros trabalhos radiológicos para o público.

Nenhumas indicações existem dos trabalhos realizados nos primeiros anos; o primeiro livro de Registo que se encontra no arquivo do Laboratório data de 1909 e as primeiras radiografias registadas são de 18 de Novembro.

Que aspecto tinham essas radiografias? Quais as características com que eram feitas? Qual o tempo de exposição? De uma maneira geral, qual a técnica empregada?

É o que vou expor resumidamente.

O aspecto dessas radiografias é o que se vê nos exemplares que vou projectar: falta de nitidez, falta de contrastes, falta de intensidade da imagem (Proj. 4 e 5).

Confesso que só com muito boa vontade e um grande poder de imaginação se poderia conseguir um diagnóstico, que a não

ser nos casos de fractura, onde com mais segurança se podia emitir uma opinião, era sempre tão nebuloso, como as próprias radiografias.

O radiologista dessa época contentava-se facilmente com essas imagens e a clínica rendia grandes elogios a um tão poderoso auxiliar de diagnóstico.

Que diferença tão grande para o tempo de hoje.

O radiologista actual é um insatisfeito; procura constantemente conseguir do seu material radiológico imagens cada vez mais perfeitas, exige das casas construtoras novos aparelhos que lhes permita fazer os mais complexos estudos; e a clínica, sempre exigente, pede ao radiologista que lhe forneça o maior número de elementos que precisa para o seu diagnóstico, achando quasi sempre pouco o muito que o radiologista consegue obter.

Sobre as características com que se faziam as radiografias, basta dizer-vos que eram feitas com as ampolas de então, ampolas de gás, e portanto sujeitas à qualidade das irradiações próprias de cada ampola.

Com efeito, as antigas ampolas emitiam quase uma só qualidade de raios, seja-me permitida esta expressão.

Tendo um grau de rarefacção variável, sendo também diferente o gás rarefeito que as casas construtoras empregavam, pode calcular-se facilmente como difficil seria trabalhar com uma ampola de que se não conhecia a natureza das irradiações de que só as primeiras radiografias nos podiam elucidar.

Trabalhámos ainda com essas ampolas e ainda temos bem presente o cuidado extremo que era preciso ter para as não inutilizar facilmente.

As ampolas por vezes, mesmo quando novas, produziam raios extremamente duros, isto é, raios de curto comprimento de onda, o que prejudicava consideravelmente as radiografias, dando-lhes um tom mais ou menos uniforme, sem contrastes, dificultando a sua interpretação, já normalmente feita em condições tão precárias.

Outras vezes succedia que, ao fazer a primeira radiografia e no momento em que se ligava a alta tensão, a ampola apresentar o aspecto característico de um tubo de GEISSLER, não produzindo portanto Raios X; é que a rarefacção no interior da ampola tinha diminuído por ter entrado uma pequeníssima porção de ar através das junções das partes metálicas com o vidro.

Quando tal acontecia e se a quantidade de ar entrado na ampola não fosse grande, havia um processo de a regenerar, isto é, de lhe conseguir uma maior rarefacção.

Era colocá-la a trabalhar por um longo espaço de tempo compatível com a resistência das partes metálicas do anti-catodo ao calor desenvolvido por esse trabalho; o trabalho prolongado aumentava a rarefacção, porque os electrões emitidos pelo anodo da ampola arrastavam consigo moléculas de gás ambiente.

E por vezes a ampola regenerava-se, conseguindo que novamente produzisse Raios X.

Nos casos em que endurecia, ou que já vinha dura da fábrica, tinha-mos maneira de lhe aumentar a pressão interior, diminuindo assim o grau de rarefacção, pelo dispositivo que a acompanhava.

Este dispositivo era particular a cada tipo de ampola.

Eram trez os tipos correntes: «o do regulador BAUER, o do processo de osmose e o de fásca eléctrica».

O do regulador BAUER consistia, como V. Ev.^a vêem, num pequeno divertículo na ampola no qual existe um tubo capilar com mercúrio que, em virtude da pressão atmosférica fecha um pequenino orifício que comunica com o exterior por um tubo de borracha.

Para a amolecer colocava-se a ampola a trabalhar, tendo previamente ligado a este tubo um longo tubo de borracha, na extremidade do qual existia uma pequena bomba de pressão.

A ampola a trabalhar produzia em todo o contorno da parede interna uma luminosidade amarelo-esverdeada, tanto mais esverdeada e menos luminosa quanto mais dura, tanto mais amarela com tendência para o violáceo quanto mais mole.

Então, com a bomba de pressão, introduzia-se na ampola uma pequeníssima porção de ar através da válvula de mercúrio, pelo orifício do tubo capilar.

A luminosidade da ampola modificava-se imediatamente; e quando atingia a coloração que a prática nos indicava ser a melhor a ampola tinha amolecido o bastante para produzir raios de maior comprimento de onda.

Pode avaliar-se portanto o quanto delicado não seria executar esta manobra, pois que se a quantidade de ar introduzida na ampola fosse maior do que era preciso, a ampola transformava-se num tubo de GEISSLER e podia ficar inutilizada.

E esta manobra era preciso fazê-la com frequência.

Nas ampolas pelo processo de osmose havia também um divertículo fechado, através do qual saía para o exterior um pequeno e estreitíssimo tubo fechado de platina, que se aquecia com a chama de uma lâmpada de álcool.

Através dos poros da platina alargados pelo calor, passava uma pequena porção de ar que ia regenerar a ampola.

Por tentativas, via-se quando ela tinha atingido a regeneração suficiente.

Nas ampolas pelo processo da faísca eléctrica, o dispositivo consistia num divertículo que continha uma pequena porção de um sal que, quando se fazia saltar uma faísca eléctrica através desse divertículo, por uns fios condutores que a ampola trazia, libertava pequena porção de gases que ia modificar a pressão interior.

As radiografias obtidas com tais ampolas e em tais condições eram em chapas de vidro, semelhantes às chapas fotográficas, introduzidas nuns chassis de madeira sem écrans reforçadores que ainda não existiam.

Com que tempo de exposição eram feitas as radiografias nesses primeiros tempos?

É quasi inacreditável para os radiologistas de hoje o tempo que era preciso empregar para fazer uma radiografia dum torax ou de uma cabeça.

O Professor GUIDO HOLZKNECHT DE VIENA, num artigo publicado em Abril de 1929 no «Journal de Radiologie et Electrologie» com o título «Le développement de la Radiologie em général et particulièrement à Vienne», trabalho que apresentou ao Congresso Internacional de Higiene e de Medicina tropical realizado no Cairo em Dezembro de 1928, por ocasião do centenário da fundação da Faculdade Egípcia de Medicina, mostrava o flagrante contraste de uma radiografia feita 30 anos antes, no primeiro período da Radiologia, período das fracturas e dos corpos estranhos em que «a técnica era difícil e o diagnóstico *facilitado*», com uma radiografia dessa época.

A radiografia de trinta anos tinha sido feita com o espantoso tempo de exposição de 10 minutos.

Mas é quasi um instantâneo se compararmos com o tempo de pose que levou uma radiografia feita neste Laboratório a uma

articulação coxo-femural de uma senhora excessivamente gorda, esposa de um antigo comerciante de Coimbra, que fez um traumatismo, por volta do ano de 1906-1907.

O antigo empregado do Laboratório, Augusto da Costa Reis, há já bastante tempo falecido e que trabalhou durante longos anos, desde que foi criado o Gabinete de Radioscopia e Radiografia, referiu-me que essa radiografia tinha levado 45 minutos de exposição.

O referido empregado, pôs o aparelho a trabalhar e foi tranquilamente almoçar enquanto os raios de ROENTGEN se entretinham a atravessar a espessa camada adiposa da doente.

Como teria saído essa radiografia!

No entanto o Sr. Augusto declarou-me que se via bem a fractura do colo do fémur que a doente tinha.

O relógio de parede que ainda existe no Laboratório servia para marcar o tempo de exposição das radiografias e num velho livro de apontamentos do Dr. JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA, escrito pelo seu punho, existem as tabelas do tempo de pose que se empregavam em 1903 e nos anos seguintes, que nos parecem quasi inverosímeis, mas ainda assim relativamente pequenas se nos lembrarmos que para a primeira radiografia feita por ROENTGEN da mão de sua esposa, a chapa fotográfica foi exposta aos Raios X durante 15 minutos.

Tabela de A. Loude

| | Distância em cm. | Tempo em minutos |
|---------------------|------------------|------------------|
| Mão e punho . . . | 10 a 15 | 1 a 2 |
| Cotovelo | 20 | 3 a 5 |
| Espadua | 40 | 10 |
| Pé | 15 a 20 | 3 a 5 |
| Joelho | 25 a 30 | 10 a 15 |
| Torax | 60 a 80 | 15 a 30 |
| Bacia | 60 a 80 | 15 a 40 |
| Cabeça (ant.-post.) | 60 a 80 | 20 a 40 |

Uma outra tabela que ao tempo havia, do dr. FOREAU DE COUMMELLES, dava ainda maiores tempos de pose para certas regiões do corpo.

Não eram só os aparelhos e as ampolas responsáveis por tão largos tempos de exposição; as chapas radiográficas tinham uma sensibilidade muito reduzida aos Raios de ROENTGEN o que exigia um longo tempo de pose.

E o certo é que pouco tempo depois apareceram no mercado as chapas radiológicas da marca «GRAFF et JOUGLA» que permitiam reduzir consideravelmente esse tempo, que ficava pouco mais ou menos em metade.

| | Distância em cm. | Tempo de pose |
|---------------------|------------------|------------------|
| Mão e punho . . . | 10 a 15 | 15 a 30 segundos |
| Cotovelo | 20 | 1 a 2 minutos |
| Espadua | 40 | 5 » |
| Pé | 15 a 20 | 1 a 3 » |
| Joelho | 25 a 30 | 5 a 10 » |
| Torax | 60 a 80 | 5 a 10 » |
| Bacia | 60 a 80 | 5 a 10 » |
| Cabeça (ant.-post.) | 60 a 80 | 12 a 30 » |

Esta considerável redução do tempo de pose melhorou bastante o aspecto e a nitidez das radiografias.

Era nestas condições e com a técnica atrás descrita que se iniciaram e se continuaram por longos anos, até 1915, os trabalhos radiológicos destinados à Faculdade de Medicina e ao público, nesta primeira fase da vida do Laboratório.

O movimento de doentes, era, como se calcula, muito reduzido; infelizmente não há nenhum registo dos primeiros anos pelo qual se possa calcular esse movimento.

O primeiro livro que existe no arquivo começa, como já disse em Novembro de 1909 e por ele se vê o número de doentes que necessitaram do serviço do Laboratório.

Mais adiante daremos conta da estatística desde essa data até ao momento actual.

E quanto a radioterapia?

Quando e como se começaram a fazer os primeiros tratamentos pelos Raios de ROENTGEN?

Nada conseguimos saber sobre este ponto, nem no Laboratório existem os mais pequenos elementos que nos habilitem a fazer a sua história.

Sabemos simplesmente que se fazia radioterapia superficial e que o primeiro aparelho constava essencialmente de uma bobine vertical, única testemunha dessa primeira era da radioterapia, e que mais tarde foi aproveitado para um mais moderno aparelho (Proj. 6).

Durante quase dez anos o Laboratório manteve o mesmo reduzido material e as mesmas instalações no edifício anexo no Hospital da Maternidade.

Em 1915 começou a sua segunda fase, a mais interessante sem dúvida, devido à transformação radical que sofreu.

Voltando novamente para este Hospital, foi instalado onde actualmente se encontra, depois das necessárias obras de adaptação que o Hospital executou onde eram uns simples armazens de arrecadação.

Má instalação evidentemente, detestável hoje, mas que para a época foi considerada muito regular.

Por contrato feito em 24 de Setembro de 1913 com a casa Harker, Summer e C.^a foi adquirido todo o material actualizado da casa Gaiffe, Gallot de Paris para um Laboratório de Radiologia e Electrologia, começando o Laboratório a ter esta dupla função.

A inauguração do novo material só teve lugar em 13 de Março de 1915, pelo facto de ter ficado retido longos meses nas alfândegas em consequência da Guerra de 1914.

O aparelho de radiodiagnóstico, pomposamente etiquetado «*para radiografia instantânea*», era constituído por um comutador girante e todos os seus acessórios, com um disparador automático para radiografias entre um quinto e oito segundos.

Entre o material adquirido vinha o pé-suporte de ampolas BELLOT-GAIFFE, grande modelo, que ainda hoje existe e presta inestimáveis serviços, permitindo dar todos os movimentos à ampola de forma a executar as mais variadas incidências e com um dispositivo para suspender um écran radioscópico.

É um suporte extremamente prático, que, mesmo hoje fica bem no mais moderno Laboratório.

Um dos acessórios que vinham com os restantes aparelhos foram os écrans reforçadores, que pela primeira vez se começaram a usar no Laboratório.

Os écrans reforçadores tinham e têm hoje da mesma forma, como resultado, diminuir o tempo de exposição das radiografias,

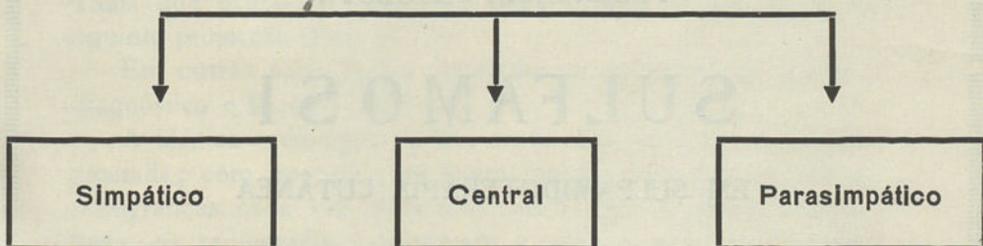
O medicamento da Época

BELLER GAL

(Bellafoline + Gynergène + Féno-barbital)

Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo,

Acção periférica e central sem efeito hipno-narcótico



Tratamento de fundo das distonias neuro-vegetativas
por modificação do terreno neuropático

Posologia:

3 a 5 drageas por dia

Embalagens:

Frascos de 25 e 100 drageas

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suíça

ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

Doutor,

2 produtos modernos que V. Ex.^a quererá ensaiar:

CÁLCIO VITAMINADO «NEMOSI»

(Granulado)

*Preparação FOSFO-CÁLCICA com as Vitaminas C + D, e em que está se encontra na proporção de **3.000 U. I. por colher das de chá**, dose que as mais recentes investigações científicas aconselham.*

TOLERÂNCIA ABSOLUTA,

SULFAMOSI

EM SULFAMIDOTERÁPIA CUTÂNEA

Associação de p.-amino-benzol-sulfamida-tiazol com Vitaminas A + D.

EM VEÍCULO NÃO DERIVADO DOS PETRÓLEOS

Os nossos serviços de propaganda aguardam as estimadas ordens de V. Ex.^a, pelas quais nos confessamos reiteradamente agradecidos

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

pelo facto de se tornarem luminescentes durante o tempo porque são atravessados pelos raios de ROENTGEN, reforçando assim a intensidade luminosa dos referidos raios dentro dos chassis.

Foi de grande alcance para a radiologia o aparecimento dos écrans reforçadores, pois que, quanto mais rápido for o tempo de uma radiografia, tanto mais nítida ela é, porque menos radiações secundárias e parasitas lhe alteram a nitidez.

Não trouxe, no entanto, o écran reforçador só vantagens; um grande inconveniente também lhe é apontado.

Precisamente por se iluminar enquanto é atravessado pelos Raios X, essa luminescência vai determinar sobre a chapa radiográfica uma acção nociva sobre a camada sensível, como que velando-a ligeiramente, prejudicando os seus contrastes.

No dia em que for possível aumentar a sensibilidade dos films radiográficos e obter de uma ampola de Raios X uma intensidade de raios de tal natureza que se possam suprimir os écrans reforçadores, conseguiremos radiografias com uma finura de detalhes e uns contrastes verdadeiramente fotográficos

A câmara escura de observação, depois de instalados os aparelhos que acabo de enumerar tinha o aspecto que se vê na seguinte projecção (Proj 7).

Em outras salas foram instalados os aparelhos de Electro-diagnóstico e Electro-têrapia.

A técnica radiológica sofreu então uma evolução muito pronunciada; com aparelhos de muito maior potência, com chapas radiográficas cada vez mais sensíveis e com os écrans reforçadores, as radiografias começaram a ter um aspecto diferente, onde os contrastes se tornavam mais aparentes e a nitidez das imagens muito mais precisa.

Já não estávamos na era das fracturas e dos corpos estranhos; os trabalhos radiológicos começavam a ser mais variados e os exames do estomago abundavam, como ainda hoje, entre o movimento dos doentes.

As ampolas radiológicas, apesar de construídas para suportarem maiores intensidades, mantinham sensivelmente os mesmos tipos, levemente modificados.

Eram múltiplas as marcas das chapas radiográficas que existiam no mercado, por volta de 1917, entre as quais se contavam, como as melhores, as das casas Imperial e Agfa; em fins do

mesmo ano apareceram umas chapas de sensibilidade especial da marca «Barnet».

O tempo de exposição modificou-se consideravelmente, sendo no entanto ainda precisos alguns segundos para fazer uma radiografia do torax a 1 m. de distância.

Mas que diferença para os primitivos tempos em que eram precisos 5 a 10 minutos para fazer a mesma radiografia a 80 cm.

O seu aspecto melhorou muito nas regiões pouco densas (Proj. 8) um pouco menos nas regiões espessas (Proj. 9) mas fazendo uma apreciável diferença das radiografias dos primeiros anos.

Não se via ainda a rede vascular dos campos pulmonares de um torax (Proj. 10) e as primeiras radiografias do estômago apresentavam-se como V. Ex.^a vêem neste exemplar (Proj. 11).

Mas tinha-se dado um passo em frente na conquista do muito que ainda estava para se fazer; já se conseguiam observar, embora mal, os órgãos profundos, tornando realidade a esperança que pairava na pergunta anciosamente feita pelo jornal «As Novidades» quando em 27 de Janeiro de 1896 dava em primeira mão a notícia da descoberta de ROENTGEN :

«Poderá chegar-se por esse método à exacta reprodução fotográfica das lesões no cerebro, nos pulmões, no estômago e na bexiga?»

(Extraído da comunicação feita pelo Ex. Sr. Dr. AYRES DE SOUSA na sessão inaugural da comemoração do Centenário do nascimento de ROENTGEN e no cincoentenário da sua descoberta, no Salão Nobre do Hospital de S. José).

A secção de Radioterapia manteve-se com a mesma rudimentar aparelhagem dos anos anteriores, continuando a fazer-se simplesmente radioterapia superficial.

Até 1918 o Laboratório conservou a mesma designação com que foi criado, o mesmo pessoal e a mesma organização.

Por decreto n.º 4:652 de 18 de Julho de 1918 o Gabinete de Radioscopia e Radiografia foi considerado oficialmente, passando a intitular-se Laboratório de Radiologia e Electrologia, anexo à Faculdade de Medicina, tendo o seguinte pessoal: 1 Chefe de Serviço; 1 Fotografo; 2 Serventes; 1 Enfermeira contratada.

O antigo preparador Dr. JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA passou por este motivo a Chefe de Serviço, logar onde permaneceu até ao seu falecimento em 18 de Agosto de 1928.

Esta reforma melhorou os serviços do Laboratório que continuava no seu desenvolvimento progressivo.

Em 1920 a secção de Radioterapia sofreu um grande impulso pela aquisição de novas ampolas — os tubos COOLIDGE — que já tinham aparecido no mercado em 1917.

O aparecimento destes tubos de raios X marcou com letras de ouro uma nova era na evolução da Radiologia.

Alguns cientistas americanos consideram que foi quasi tão notável a invenção de W. D. COOLIDGE nos Laboratórios de investigação da «General Electric Company em Schenectady, como a de ROENTGEN em Wurtzbourg.

Com efeito, a diferença entre os tubos ordinários dessa data e os tubos de COOLIDGE era tão grande, que só tinham de comum ambos produzirem raios X.

Enquanto que num tubo ordinário o feixe de raios catódicos era constituído essencialmente de electrões arrancados do metal do catodo pelo bombardeamento do afluxo catódico composto por iões positivos com enorme velocidade o que implicava a existência de uma certa quantidade de moléculas gasosas que os transportassem, no tubo COOLIDGE o feixe catódico é formado exclusivamente de electrões arrancados do metal do catodo não pelo bombardeamento gasoso, mas por um fenómeno conhecido pelo «efeito de EDISON» por ter sido EDISON quem o estudou.

Num tubo em que o vazio é quasi absoluto, ou pelo menos tão elevado que se não possa produzir uma descarga eléctrica, esta produz-se no entanto quando o polo negativo é constituído por um electrodo incandescente que determina a produção de electrões.

Assim pois COOLIDGE, fundado neste fenómeno, inventou o tubo de raios X, que nos permite fornecer raios mais moles ou raios mais duros, isto é, raios de maior ou menor comprimento de onda, conforme o número e a velocidade dos electrões emitidos pela maior ou menor incandescência do polo negativo, que regulamos à nossa vontade e à diferença de potencial existente nos polos do tubo.

Os tratamentos pelos raios X, ainda que só para lesões superficiais, passaram então a fazer-se com o aparelho de Radiodiagnóstico, intercalando-se no circuito de alta tensão uma bateria de acumuladores, que forneciam a corrente necessária para o aquecimento do filamento do anodo da ampola.

Até 1923 não se fizeram mais nenhuma modificação no Laboratório.

Mas nesta altura melhoraram os seus serviços pela introdução de modificações no material existente.

Foi adquirido um móvel auto-transformador que se adaptou ao contacto girante, de forma a poder trabalhar com as ampolas COOLIDGE para radiodiagnóstico.

O aspecto das radiografias modificou-se completamente; muito maior nitidez das imagens, contrastes mais pronunciados, permitindo ver pequenos detalhes que até aí passavam despercebidos.

A rede vascular dos campos pulmonares desenha-se já com uma certa nitidez (Proj. 12) e as radiografias do estômago já podem dar-nos elementos de diagnóstico de algum valor (Proj. 13).

O tempo de exposição das radiografias reduziu-se o que contribuía para uma maior nitidez da imagem.

O ano de 1925 foi fértil em aquisições para o Laboratório; em meados do ano foi adquirido um diafragma anti-difusor — POTTER BUCKY — destinado às radiografias das regiões espessas do corpo.

Este diafragma tem por fim cortar as irradiações secundárias da ampola e as irradiações parasitas emitidas pelo corpo do doente enquanto atravessado pelos raios de ROENTGEN, dando à imagem radiológica maior claridade e de limites mais nitidamente recortados, sem o aspecto de «veladas» que anteriormente tinham.

Em Junho foi feita uma encomenda de material radiológico à S. I. C. E. que constava de uma Credência Radiologica destinada à Radioterapia superficial e semi-profunda; de uma mesa radiológica basculante autónoma e de um selector Béclere-Gaiffe para radiografias em série do duodeno.

Foram feitas obras na câmara escura de observação, impermeabilizando as suas paredes de forma a evitar a humidade, o maior inimigo dos aparelhos eléctricos.

Em Dezembro foram comprados os tanques de revelação e fixação das radiografias que deixaram de ser feitas nas antigas chapas de vidro para se utilizarem os films radiográficos de duas faces que tinham aparecido no mercado já em 1918 muito mais práticos, mais sensíveis e com maior reforço da imagem por possuírem duas camadas sensíveis, uma em cada face, dando portanto duas imagens perfeitamente eguais e rigorosamente sobrepostas.

O tempo de exposição tornou-se novamente mais curto e já se podiam fazer radiografias do torax em 2 segundos a 1,5 m. de distância.

O estudo do duodeno começou a fazer-se com radiografias em série com o emprego do selector, mas as imagens obtidas estavam ainda longe de ser satisfatórias e a manobra do aparelho, um tanto morosa, não nos permitia por vezes fixar uma imagem importante que se via no écran radioscópico.

Com a mesa basculante iniciaram-se as observações dos doentes em decúbito dorsal ou ventral, com a ampola num plano inferior, permitindo estudos que até aí se não podiam executar.

Na secção de Radioterapia, o novo aparelho dando já radioterapia semi-profunda, veio trazer importantes beneficios aos doentes que dela necessitavam.

Iniciou-se também nessa altura o tratamento mais cuidadoso das tinhas pela epilação temporária utilizando-se para a medição das irradiações e Radiómetro X de SABOURAUD et NÔIRÉ, afim de se não administrar ao doente uma maior quantidade de irradiações do que o necessário, para não provocar uma alopecia definitiva.

Em 1926 o Laboratório de Radiologia e Electrologia foi desdobrado, ficando a Radiologia e a Electrologia completamente separadas, cada uma com o seu respectivo Director e o seu pessoal.

O Laboratório de Radiologia sob a Direcção do Ex. Prof. Dr. EGIDIO AIRES, o de Electrologia sob a Direcção do Ex. Prof. Dr. ELISIO DE MOURA.

Pelo longo espaço de 13 anos trabalhou consecutivamente o aparelho do radiodiagnóstico que a pouco e pouco foi envelhecendo, de quando em vez com a sua avaria, que íamos remedi-

ando, até que últimamente já não podia desempenhar cabalmente as suas funções.

A mesa autónoma era um aparelho fraco demais para executar todos os serviços de um laboratório desta categoria.

Em Outubro de 1928 o aparelho teve uma avaria de maior vulto que o inutilizou; terminou com ele a segunda fase da vida do Laboratório.

Devido ao auxílio que, com tão boa vontade, o então Director dos Hospitais, Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA prestou ao Laboratório a meu pedido, dando-lhe o material que é ainda do que hoje dispõe, o Laboratório entrou na terceira fase da sua evolução.

A casa Gaiffe, Gallot et Pillon de Paris, tinha em Lisboa um aparelho de novo modelo, de valvulas Kenotrons, destinado a uma exposição de material radiológico, eléctrico e cirúrgico, que se tinha realizado pouco tempo antes em Lisboa, aparelho que certamente tinha tido uma construção cuidada, pois era destinado a uma exposição.

Foi esse o aparelho adquirido em Novembro de 1928, permitindo executar radiografias em décimas de segundo, obtendo esplêndidas radiografias para essa data.

No ano seguinte, em Maio, o Hospital forneceu uma óptima mesa radiológica, que ainda hoje é uma boa mesa, permitindo fazer observações dos doentes na posição de pé, em decúbito e em posição de TRENDELENBOURG, possuindo uma plataforma giratória graduada entre 0.º e 45.º para um e outro lado, para todas as posições oblíquas.

O selector BÉCLERE-GAIFFE foi, passado algum tempo, abandonado por pouco prático e por minha indicação foi construído na casa Gaiffe um Taquígrafo do tipo do Taquígrafo de Nuytten, com as dimensões 18 x 24 e com uma grelha anti-difusora fixa, para radiografias do duodeno; é um aparelho muito útil que executa a radiografia no mesmo momento em que estamos a observar no écran radioscópico uma imagem que interesse.

Tem prestado muito bons serviços e ainda hoje não é aparelho para desprezar

Não se limitaram àqueles aparelhos os fornecimentos feitos pelo Hospital sob a Direcção do Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA.

O aparelho de radioterapia superficial e semi-profunda que durante anos trabalhou com regularidade, satisfazendo as exigên-

cias clínicas da época, acabou por se tornar antiquado, chegando mesmo a inutilizar-se em serviço.

Foi pedido à Direcção dos Hospitais um novo aparelho para Radioterapia ultra-penetrante que foi instalado em princípios do ano de 1929.

Infelizmente este aparelho há perto de cinco anos que não trabalha, por falta de ampolas que não tem sido possível adquirir, com manifesto prejuizo para os doentes.

Em 1938 forneceu o Hospital um Kimógrafo, que como sabem se destina ao estudo dos órgãos em movimento e nos habilita ao diagnóstico diferencial muito importante entre tumores do mediastino e lesões do pediculo vascular, nos permite fazer um estudo quasi perfeito das diferentes cavidades cardíacas, nos ensina se uma caverna pulmonar tem ou não contractilidade, se o diafragma tem ou não os seus movimentos comprometidos, etc.

Em Junho de 1940 comprou o Hospital para o Laboratório um aparelho «Stratix» para radioscopia, teleradiografias e tomografias.

Não está este aparelho ainda a funcionar por falta de espaço onde se possa montar, devido à exiguidade e às deficientes instalações que o Laboratório actualmente tem.

É com os aparelhos que acabo de enumerar que executa os trabalhos que lhe são pedidos; e cabe aqui dizer-lhes, depois de lhes mostrar algumas curiosidades radiológicas que por lá têm passado qual tem sido o seu movimento desde 1909.

Esse movimento foi o seguinte:

Em Novembro de 1909, 4 doentes; em Dezembro do mesmo ano, 8.

Nos anos seguintes foi sucessivamente de 109, 101, 284, 360, 527, 526, 666, 685, 778, 982, 944, 1073, 1166, 1223, 1359, 1330, 1554 e 1537 em 1927.

A partir de 1928 o movimento cresceu bruscamente, havendo neste ano 3489 doentes e atingindo o récord em 1929 com 5834.

Em 1930 houve 5117 e nos quatro anos seguintes o número oscilou entre 4267 e 4694.

De 1935 até 1939 o movimento do Laboratório desceu, mantendo-se entre 3325 e 3968.

Voltou novamente a subir para 4584 em 1940, variando desde então entre este número e 4998.

Nos onze meses deste ano já decorridos o número de doentes elevou-se a 3.514.

Nestes números não estão incluídos numerosos doentes que, depois de terem sido já observados, voltam novamente ao Laboratório para se verificar por exemplo o estado de um pneumotorax, a altura de um derrame pleural ou qualquer outra informação ligeira que os clínicos das enfermarias necessitam, o que perfaz ao fim do ano algumas centenas de observações mais.

Na secção de Radioterapia, nos últimos anos do seu funcionamento havia um movimento de doentes inscritos que oscilava entre 150 e 215 anualmente, o que correspondia a muitas centenas de tratamentos feitos durante o ano.

Há 17 anos que começou a terceira fase da evolução do Laboratório, a que podemos chamar contemporânea, durante a qual foram estudados mais de 75.000 doentes com os quais se executaram sem exagero mais de 150.000 radiografias.

Deve estar prestes a terminar este período da vida do Laboratório; os aparelhos começam a dar sinais evidentes de grande cansaço pelo esforço violento que deles tem sido exigido.

É absolutamente necessário, de uma urgência quasi inadiável, que se dêem ao Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra as condições suficientes para uma nova época de melhoramentos e de evolução dos seus serviços, época que anciosamente esperamos, para continuação do seu prestígio, para bem dos doentes e para melhoria do ensino.

A DESCOBERTA DE ROENTGEN E A SUA PROJEÇÃO EM PATOLOGIA CÁRDIO-ARTERIAL ⁽¹⁾

POR

JOÃO PORTO

GUILHERME CONRADO ROENTGEN, nasceu em 27 de Março de 1845 há justamente um século; e àqueles que afirmam só a mocidade ser criadora, lhes seja apontado mais um exemplo contraditório, o exemplo deste homem que tendo conseguido a descoberta ou uma das descobertas científicas de mais fecunda projecção em múltiplos domínios de aplicação prática e da técnica, só o fez quando já contava 50 anos pois o acontecimento deu-se a princípios de Novembro de 1895. De modo que o ano que está a decorrer comemora um duplo acontecimento: o centenário do nascimento de ROENTGEN e o cincoentenário desta memorável descoberta.

Professor, então, de Física na Universidade de Würzburg um dia repete recentes experiências de HERTZ e LENARD e, na ampola de HITTORF-CROOKES, provoca a passagem de corrente de alta tensão. A ampola envolvida de papel preto e, próximo, uma chapa impregnada de platino-cianeto de bário, nota, com surpresa, que este se impressiona. O fenómeno deve-se a raios invisíveis, diferentes dos da luz normal pois atravessam corpos para estes opacos, não se reflectem nem se refractam, como depois há-de reconhecêr-se. Esta observação acolhe-o com alvoroço e as experiências absorvem-no cerca de 15 dias enquanto

(1) Conferência feita no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade em 15 de Dezembro de 1945.

consegue a fotografia de pesos metallicos encerrados em caixa de madeira, e a dos ossos de uma das mãos de sua esposa, se mune, enfim, dos dados fundamentais com que há-de construir-se o futuro diagnóstico radiológico e apresenta, ufano e presentindo já, e para breve, o soar da trombeta da glória, o resultado das suas investigações na memorável sessão da Sociedade de Física Médica de Würzburg.

* * *

O homem de ciência experimenta a natureza não para a conhecer em si mesma, no que ela é na sua essência, pois esse é assunto do filosofar de todos os tempos, mas sim para «compreender os seus princípios e razões intrínsecas, para penetrar nas regras orientadoras da sua constituição e acção, para ordenar o processo de uma lei e para deduzir daí uma ciência com princípios, causas e conclusões, com lógica sequênciã.»

Seja como fôr, se no fundo é o homem que pela observação e pela experiência consegue a descoberta e conhecimento de suas leis, leis que se ocultam no íntimo da natureza, não foi ROENTGEN que deliberadamente procurou a descoberta mas sim a observação fortuita, o facto casual que lha ofereceu, dirá alguém. E, sendo assim, pareceria que o facto se desnuda de todo o valor intrínseco ou intelectual e pouco maior seria que o do ignorado viandante que casualmente encontrasse um tesouro.

Esta opinião levanta o problema do conhecimento ou, melhor, o das relações entre a ciência e a filosofia.

Alguém, eivado de puro idealismo, dirá que a matéria não é uma realidade mas uma abstracção da própria física, que a natureza é, em si, incognoscível e o nosso mundo sensível é um mundo à parte no qual o fenómeno, a aparênciã do mundo exterior, nos faz sonhar a realidade e realidade cognoscível.

Contra esta corrente, particularmente desenvolvida pelo neo-platonismo, que tenta absorver e penetrar a ciência pela filosofia, outra se levanta, monista também, embora a sua maneira, o positivismo, que tenta, agora, absorver e penetrar a filosofia pela ciência e atribui a cognoscibilidade da natureza predominantemente à própria natureza.

Enquanto o hegelianismo afirma a lei dialectica como lei universal e tenta reduzir a ela toda a natureza física, agora o positivismo tenta submeter a totalidade dos fenómenos psíquicos e valores espirituais à lei do determinismo concebida como lei universal.

Ora eu creio, porém, que o que é de aceitar, é, sim, o *realismo dualista*. As leis naturais existem e alheias aos valores teoreticos do nosso espírito, portanto independentes do nosso entendimento, mas a verdade do nosso saber não é senão a conformidade alcançada mais ou menos completa e perfeita da nossa inteligência com as realidades objectivas das coisas naturais.

Não poderíamos exprimir melhor que FRANCO AMÉRIO: «Se o idealismo, no seu sentido fundamental é cognoscitivamente a absorção de objecto no sujeito e, ontològicamente, a absorção do ser no pensamento, o positivismo, no seu significado mais profundo, é a tentativa contrária, a redução do sujeito ao objecto e a do pensamento à natureza física. Ora, o resultado último deste contraste filosófico encontra-se lògicamente na reconquista do realismo lógico-ontològico para o qual o sujeito e o objecto, o pensamento e o ser, são reconhecidos na sua adequada distinção lógica e ontològica».

O filosofo e historiador ingles C. DAWSON, a propósito das relações entre civilização e cultura, para concluir que aquela é necessariamente superestructura desta e, por isso, sem dada cultura não pode subsistir determinada civilização, num dos seus livros relata o envio, para o interior de um país selvagem, de um aparelho de radiotelegrafia. Os indígenas, que não possuíam faculdades teoréticas adequadas nem herança social de natureza científica ou técnica actualizadas com o justo jôgo do aparelho e os habilitassem a pô-lo em execução, adaptaram as antenas a assuntos triviaes e relacionados com os seus costumes.

Entre o indígena e o aparelho em suas específicas applicações técnicas, não se podia estabelecer a *adequatio rei et intellectus* de que nos fala o aquinense, é bem manifesto. Já o caso é bem diverso, a situação é antipodal, quando se tenta estabelecer equação entre ROENTGEN e a sua descoberta.

E a prova de que a opinião atrás exposta não exprime a verdade, isto é, que a descoberta se não desnuda de profundo valor intrinseco, é que o fenómeno já havia sido observado por vários físicos — as

condições de experiência são tão especializadas que só os físicos e físicos experimentados teriam tido o condão de os observar. — O facto tinha-lhes rondado a porta mas o espírito interpretativo do fenómeno obstinava-se em lhes não aparecer.

A natureza não se oferece ao primeiro que aparece. Abriu a ROENTGEN as suas portas porque este possuía especial preparação intelectual nos domínios da física, vivia a certeza íntima das possibilidades de projecção de descobertas anteriores para mundos de novas descobertas e possuía, para tal, especiais faculdades críticas (1).

* * *

Ensina a história que os programas de pensamento e de acção diferem de geração para geração.

Em dada geração, por sua posição no tempo, a grande massa populacional cumpre o programa que lhe é próprio. Há homens,

(1) A cognoscibilidade dos Raios X não se fez abruptamente, de um salto, como parece depreender-se de algumas descrições.

Estava já composto, na imprensa, este meu artigo, quando me chegou às mãos o «*Jornal do Médico*», de 13 de Abril — o atrazo com que o presente número de *Coimbra Médica*, se publica permite que ao facto façamos referência aqui — onde se insere um magnifico trabalho de crítica do Prof. AMÉRICO PIRES DE LIMA: *Ainda o Centenário de Roentgen*. De um trabalho do Dr. T. S. MIDDLETON, de Chicago, extrai ou resume, o referido Professor o seguinte:

«Estaria ROENTGEN no seu laboratório a trabalhar com o tubo de luz fluorescente. Chamado por qualquer motivo deixou aquele, ainda aceso, sobre um livro que andava a ler. Dentro desse livro, a servir de marca, tinha ele uma chave antiga de forma achatada. Por baixo do livro, por acaso, havia uma chapa fotográfica dentro do seu invólucro negro...

Passados alguns dias, entregando-se ao seu passatempo favorito, tirou algumas fotografias, e, ao revelá-las encontrou numa das chapas, além do assunto visado, a imagem nítida da sua chave.

Admirado, convocou os seus discípulos para uma espécie de colóquio, em que cada um foi convidado a dar a sua opinião. Nenhuma explicação o satisfiz; mas a verdade é que o caso, desta vez, tinha passado ao alcance de um homem de génio, e não passou de balde. Dispôs as coisas precisamente como o acaso as tinha disposto um dia, e esta primeira experiência confirmou inteiramente os resultados do acaso.

Assim se teria estabelecido o primeiro contacto de ROENTGEN com os seus famosos raios...»

porém, que obstinadamente permanecem atraídos pelo programa da geração precedente. São os sobreviventes de épocas volvidas, infelizes porque as suas ideias ou projectos não são recebidos ou aceites por já terem passado de moda.

Há outros, ainda, e estes são os mais raros, profetas de idades futuras que cavalgam a sua geração e são simultâneamente arautos da geração que se lhe há-de seguir.

«É facil pensar como toda a gente hoje pensa; porém, pensar como daqui a 30 anos, não é isso dado a todos» diz SCHOPENHAUER.

Os primeiros constituem a retaguarda; estes últimos a guarda avançada e são eles que orientam a marcha da humanidade.

Mas porque a grande massa os não comprehende, as suas energias são aparentemente dispendidas em pura perda. A este grupo pertencem os sábios, os poetas, os artistas, os inventores.

O homem, ao atingir a maturidade possui, em regra, a memória, a intelligência e a sensibilidade suficientemente mobilizadas e é, a partir de então, impermeável às ideias ou sentimentos novos. Continua a viver o resto dos seus dias sob a impressão das primeiras aquisições, das primeiras admirações e dos primeiros amores. Perdeu o poder criador ou, pelo menos, a plasticidade espiritual para a aceitação de ideias novas. É claro que é esta, apenas, a regra geral. Já por isso, já porque o frágil barro humano não pode alhear-se dos sentimentos de inveja e amor próprio, o meio social, no seu conjunto, não se torna propício e, muito menos, acolhedor a toda a inovação, qualquer que seja o campo da actividade humana porque esta se manifeste.

Por isso, a maior parte das invenções e descobertas de génio não é socializada senão ao fim de tempo equivalente a uma ou mais de uma geração humana.

Já TAINE havia reconhecido que as grandes obras de criação contrariam os hábitos do espirito contemporâneo e só são acolhidas por aqueles que, por sua juventude, ainda não adquiriram uma espécie de esclerose intelectual.

São estes que aceitam a renovação dos costumes, dos hábitos, dos gostos; mantêm e desenvolvem as idéias cuja maturação se não faz, por via de regra, em menos de um quarto de século. Por isso, o sábio que concebeu uma descoberta, se a partir de então não gosa a sorte de viver mais algumas dezenas de anos, não chega a saborear-lhe os frutos.

É assim que se exprime aquele filósofo, historiador e crítico no Prefácio da primeira edição dos *Filósofos Clássicos do Século XIX*: «Ce livre n'est point pour les personnages établis... Mon lecteur ne doit pas avoir trente ans. Passé cet âge, les opinions sont faites... Quant aux fondements, ils sont bâtis, maçonnés, inébranlables; autour d'eux l'habitude, la paresse d'esprit, les occupations pratiques, la nécessité de ménager les puissances, le désir de garder ses amitiés, font comme un ciment que rien ne peut dissoudre. Désormais on ne renouvelle plus sa philosophie.

C'est donc pour les jeunes gens qu'il fallait écrire. De vingt à vingt-huit ans beaucoup d'entre eux pensent; leur esprit, neuf et libre encore, peut s'éprendre d'idées générales. N'ayant ni métier, ni ménage, ni soucis d'argent, ni soucis de places, ils se livrent à la logique et ne s'inquiètent que de la vérité».

Para citar apenas alguns exemplos de homens cujas descobertas constituíram antecipação em relação ao meio que as compreendia, lembra-nos LAVOISIER que se encontrou com a resistência pertinaz dos velhos químicos imbuídos da concepção stahlianiana.

AMPÈRE que por sua teoria electrodinâmica tanto tempo levou a convencer os sábios hipnotizados pela lei da atracção universal.

CARNOT com suas *Reflexões sobre o poder motriz do fogo*, de 1824, e que só em 1854 foram definitivamente adoptadas pelo mundo sábio, com THOMSON, HELMOLTZ e outros para Cireneus.

MENDEL que em 1865 descobriu as leis da hereditariedade e só passados mais de 30 anos de indiferença geral foram compreendidas pelos biólogos, pois só desde 1920, por assim dizer, se apercebem das suas formidáveis possibilidades práticas.

Et j'en passe...

* * *

Ora, é preciso confessar que, a tal respeito, poucos sábios e descobridores foram tão felizes como ROENTGEN, porque nenhuma descoberta foi mais rapidamente compreendida e difundida. A existência dêste homem foi o menos anacrónica possível e nunca ele poderia melancolicamente exprimir-se como o velho HESÍODO: «como eu desejaria ter nascido mais cedo ou morrido mais tarde».

Como compreender o facto?

Alguém dirá que a razão vem da sua descoberta se enquadrar dentro de uma ciência já amadurecida para a receber e pronta, desde há tempos, para a integrar em seu conjunto.

Eu diria antes que o êxito provém das aplicações práticas e directas à vida e à saúde do homem.

Entre as descobertas da ciência há-as de aplicação imediata à saúde e vida do homem, outras de aplicação mediata; e, ainda, quando estas no fundo venham a traduzir-se em maior soma de benefícios, quer materiais quer morais ou espirituais, não conseguem a popularidade e rapidez de difusão daquelas.

A descoberta de ROENTGEN foi a potência prospectiva, no dizer de DRISCH, que se alongou até ao conhecimento dos fenómenos daquilo a que chamamos o mundo das dimensões infra-húmanas, ou seja o mundo atómico ou sub-atómico, para cuja explicação se exigem métodos diversos dos da física clássica.

Mas a popularidade e rápido successo resultam particularmente das suas aplicações imediatas ao diagnóstico das doenças do homem, repito. O próprio ROENTGEN levou para a memorável sessão de Física Médica de Würzburg a radiografia dos ossos da mão e do antebraço e a certeza da sua utilidade no diagnóstico das fracturas ou tumores osseos. Na própria sessão onde se anunciava a existência de uma nova radiação até então ignorada, acentuou-se, simultâneamente, a possibilidade de um rádio-diagnóstico médico-cirúrgico.

* * *

Nesse momento introduziu-se na medicina uma nova técnica e das mais preciosas. E que arte há que mais aprecie as técnicas do que a medicina?

O médico não deve esquecer que tenta o seu diagnóstico através uma série de investigações manuais, tacteis, auditivas e visuais.

O clínico recorre a todas as técnicas em seu poder e deverá ser o mais politécnico possível. Técnicas as mais variadas mas judiciosamente escolhidas, executadas, interpretadas e entre si conjugadas. E por mais que sejam e se juntem ao exame clínico, nem sempre o diagnóstico é justo, como de todos é sabido, o que significa dizer que nunca elas são demais.

A projecção da descoberta de ROENTGEN foi rápida e imediata em quasi todos os domínios especias da medicina e da cirurgia; e, como é natural, melhor aceite sobretudo onde, na observação do doente, o órgão visual, directamente, menor interferência poderia ter. Estava neste caso o sistema cárdio-circulatorio, todo ele occulto e de situação profunda. A dermatologia, segundo razões equivalentes, é a comarca médica onde aquela descoberta menor aplicação tem, se é que alguma tem.

* * *

Ora, de que vale a descoberta de ROENTGEN em patologia cárdio-arterial?

É preciso ter a coragem de confessar que a radiologia só raras vezes terá competência para fazer o diagnóstico da lesão cárdiaca.

Uma das particularidades do exame cárdio-radiológico só muito raramente consistirá em obter a imagem de uma lesão cárdiaca ou vascular. Será assim para uma ectasia do ventrículo por enfarte, da aorta por infecção sífilítica. Ainda assim, para além, a clínica e a electro-cardiografia prestar-nos-ão melhores indicações; só para este último diagnóstico, o raio X predomina numa hierarquia de sinais.

O écran ou o film não nos mostram exactamente a lesão, mas apenas uma medida, e muito indirecta, das coisas. Apenas nos mostram as particularidades ou as modificações anatómicas do coração e dos grandes vasos. Isso não quer dizer, decerto, que a aquisição semiológica que isso representa não seja de tal modo valioso que não justifique o exame do coração em todos os individuos em quem este se suspeite doente. E isto apesar de não existir, mesmo, uma correlação precisa, constante e exacta entre a lesão determinada e as modificações anatómicas reveladas pelas projecções radiológicas e a que aquelas deram origem.

A imagem cárdio-pediclar é constituída por uma sombra cujas dimensões, forma e situação variam consoante o individuo e, ainda, consoante a natureza e localisação da lesão; e, como as diversas cavidades cárdiacas e pedículo arterial se não delimitam inteiramente, pois não há diferença de opacidade e a silhueta cárdio-pediclar aparece homogénea em toda a projecção da som-

bra cardíaca, — salvo raras excepções, — daí resulta ser aos contornos da sombra global que se será forçado a recorrer e do seu estado que se deduzirá a forma, a sede, as dimensões de cada cavidade cardíaca e de cada segmento vascular de modo a incorporar estes elementos no conjunto do quadro semiológico.

Será necessário ainda conhecer, com a maior aproximação possível, a correspondência anatómica de cada arco ou de cada sector da sombra, por um lado; por outro, multiplicar as incidências e exames pois o justo diagnóstico será tanto mais perfeito quanto maior for o número de projecções diferentes a analisar.

Não valerá a pena pedir ao R. X. um elemento redundante ou superfluo, isto é, um dado que outro meio de diagnóstico se ofereça como mais apto.

Demos o exemplo de uma lesão orificial, a insuficiência aortica ou mitral. Quer uma quer outra se repercutem em alterações de volume e de forma do coração e, como tal, se projectam no écran, é certo. Mas a auscultação dá-nos, a tal respeito, melhores esclarecimentos. O enfarte do miocárdio acompanha-se de aumento de volume e modificação da forma do ventrículo enfartado, é certo, mas a história clínica e o ECG oferecem-nos outra decisão a tal respeito.

Isso não quer dizer que para certos casos de aperto mitral, quando discreto, e o ruído diastólico que lhe é próprio mal se faz ouvir, não seja o exagero do arco médio do rebordo esquerdo da sombra cardíaca projectada a vir na vanguarda como arauto a denunciar o defeito. E trata-se apenas de um exemplo.

* * *

Mas dirão então: A que se resume o pragmatismo do exame cárdio-radiológico?

Apezar disso, a muito, direi: E para bem o compreendermos, sejam-me consentidas algumas breves considerações prévias de ordem fisico-patológica.

Sob o ponto de vista circulatório o trabalho cardíaco equivale ao rendimento do órgão central da circulação, este conside-

rado como bomba hidráulica, e pode exprimir-se pelo volume de sangue que na unidade de tempo lança na circulação periférica. É este designado por *volume minuto circulatório* e depende de dois factores: a frequência cardíaca e a quantidade de sangue que expulsa em cada sistole. Assim, por exemplo, o coração de indivíduo adulto em condições normais de trabalho, com 65 revoluções por minuto e expulsando 70 c.c. em cada movimento sistólico, expulsa 4,5 l. Ao realizar um esforço, o volume minuto sistólico ascende proporcionalmente até certo limite e pode estar a 15 ou 20 litros.

O volume minuto circulatório durante o repouso exprime, para cada coração, o que se deva entender por *força actual do coração*. O aumento máximo depois do esforço, e que chega a quintuplicar-se, exprime a *força de reserva do coração*.

Mas o coração, quando doente, para realizar este acréscimo de rendimento só o faz, à custa de um aumento de dilatação.

Com efeito, o aumento de rendimento acompanha o aumento de energia contractil do músculo cardíaco o qual, por sua vez, exige correlativa amplitude de distensão das suas fibras, consoante o resultado de experiências de STARLING, por meio do preparado cárdio-pulmonar. O comprimento inicial da fibra muscular — ou pertença ao coração ou pertença aos músculos de vida de relação — está em equação com a energia da sua contracção, esta aumentando na medida do seu alongamento.

Ainda há anos BORDET e FISCHGOLD verificaram radiologicamente, para o coração, a exatidão desta lei.

Ora, cada coração, consoante o seu valor dinâmico, para obter o mesmo esforço útil precisa de um grau de dilatação maior ou menor: menor, se resulta da resistência periférica a vencer, dilatação tonogénea, benigna então, e reversível e é o que acontece na gravidez, na pneumonia, ou no aneurisma arterio-venoso; maior, se há diminuição primária do valor dinâmico do miocárdio, dilatação miogénea, na classificação de MORITZ e TABORA.

Quando se intoxica o músculo cardíaco, lhe sobrevem infecção ou diminui, e com carácter duradoiro, a actividade da circulação coronária, para execução de trabalho de determinado rendimento, a sua dilatação é maior que a do coração são ao executar trabalho equivalente; e, tanto maior a diferença quanto maior for

o esforço exigido ou o grau de miocardose ou de miocardite que o afecte.

Sendo assim, a apreciação do volume cardíaco interpretado dentro do quadro clínico individual, tem um valor inestimável como medida indirecta do grau de afecção.

Daí a importância do exame radiológico que é, sem dúvida, o processo clínico ou de técnica mais capaz de auxiliar a medição dos seus diâmetros, dos diâmetros das suas cavidades, nas diversas posições de incidência.

Daí a série de índices propostos por vários autores no desejo ou convicção de que cada qual consiga exprimir, do modo o mais exacto, o grau lesional do musculo miocárdico.

É preciso acentuar que a *força actual* do coração não é a mesma considerado este são ou doente. Nos corações doentes aumenta o valor da *força actual*, com prejuizo da *força de reserva*.

Assim, consideremos o coração com insuficiência aortica, designemos por y o volume de sangue que o ventriculo esquerdo expulsa durante o minuto e t o que reflui da aorta para o ventriculo, por efeito de defeituosa oclusão das sigmoides. O volume de sangue verdadeiramente útil, no transporte de exigénio e de materiais nutritivos, o que passa, em última análise, pelo sistema arteriolo-capilar geral, e que designo por x , não é sensivelmente diverso do que o organismo utilizava anteriormente a ter-se instalado a cardiopatia.

Sendo assim, o volume de sangue utilizado é igual ao que o ventriculo expulsa menos o que reflui: $x=y-t$ ou seja $y=x+t$.

Quere dizer que o esforço dispendido pelo coração com insuficiência aórtica foi acrescido do esforço t em relação ao que expenderia o coração ileso.

Entre dois corações um são outro com lesão orificial aórtica, este realiza esforço maior para o mesmo volume sistólico, pois para a medicação deste não se toma em conta o volume de sangue refluído.

Áquele acrescimo de esforço — que só pode efectuar-se com prejuizo da *força de reserva*,—corresponde aumento de volume que particularmente interessa à cavidade cardíaca que o exerce, ou seja o ventriculo esquerdo.

* * *

Mas dois corações de dimensões praticamente normais, isentos de lesões orificiais, pericárdicas ou miocárdicas apreciáveis, podem possuir graus diversos de energia isto é, *forças de reserva* de diferente valor; e, se para indivíduos que se servem do coração para usos de vida física e emotiva normal isso pouco interessa descobrir, já o mesmo não acontece para quem cultiva o desporto, sobretudo em apertados exercícios de competição como sejam os corredores, os jogadores de disco, de foot-ball etc.

Aqui interessa ampliar a observação anatomomorfológica mediante o exame das alterações de forma e dimensões do seu coração, por várias provas: MULLER, VALSALVA etc. e, ainda, pela *rádioquimografia* na forma desenvolvida por PLEIKART-STUMPF.

O quimograma dá-nos a medida aproximada da força de reserva por determinação exacta das medidas sistólica e diastólica das cavidades cardíacas.

Estas tomam para base as variações de oscilação dadas pelos comprimentos dos ganchos. Em regra, as lesões miocárdicas ser-nos-hão facultadas pela debilidade de amplitude de contração sistodiastólica da zona cardíaca correspondente. Um coração são e capaz de rendimento, mais facilmente expulsa o sangue das suas cavidades sob a influência do esforço do que quando submetido a trabalho normal. A amplitude de movimentos das suas cavidades ou seja a diferença das imagens rádiokimográficas ao passar-se da sistole para a diastole, aumenta com o esforço e, tanto mais, quanto maior este for, decerto até certo limite. Esta diferença aumenta quando o trabalho é maior, e vice-versa.

O aspecto dos arcos do rebordo cardíaco pode elucidar-nos sobre se algumas das cavidades sofre, ou de quanto sofre e, neste sentido, a observação da extensão de movimentos, consoante as zonas do referido rebordo, tem a maior importância, embora sob condição de, segundo o método seguido por BOHNENKAMP, se comparem 3 radiokimogramas colhidos, o primeiro, sob trabalho normal, o segundo, depois de um esforço violento, seja o levantamento de alteres tantas vezes de quantas seja capaz, ou uma corrida de algumas centenas de metros; e o terceiro, seis minutos depois.

A amplitude sistodiastólica do ventrículo esquerdo crescerá do primeiro para o segundo momento e será, no terceiro, igual à

do primeiro. Seriadas as 3 radiokimografias, se for menor na terceira que na primeira, depois de ter em conta o esforço imposto ao coração, será esse um sinal de sofrimento miocárdico e de reduzida capacidade funcional.

Aos corações onde a amplitude de movimentos é diversa nas duas metades do arco ventricular esquerdo, metade superior e metade inferior, tipo I e tipo II, atribui STUMPF diversa significação, mais grave quando é o tipo dois o que está em causa, isto é aquele em que a redução se observa na metade inferior. Embora se admita que a adopção do tipo dois, sobre a extensão de movimentos durante a prova de esforço, deva ser fixada como sinal desfavorável, todavia BOHNENKAMPF, em alguns corações de desportistas, com coração de bom rendimento, e durante muitos anos, encontrou o tipo dois. Mas são raros estes casos.

Não confundir, porém, a amplitude de movimentos sistólico-diastólicos do ventrículo atestada pelo valor dimensional dos ganchos, com a variação da área de projecção radiológica nos tres referidos momentos: sob trabalho normal, após trabalho rude, e alguns minutos depois deste.

O coração com lesão miocárdica *aumenta de volume como consequência do esforço* e, este aumento, pressupõe a ultrapassagem do limite de capacidade de rendimento e resíduo de sangue, cada vez em maior volume, nos ventrículos, sobretudo no esquerdo; enquanto o coração são, particularmente o do desportista, não se dilata com o trabalho mas, ao contrário, se reduz, por vezes, por mais perfeita expulsão daquele resíduo.

Estas provas rádiokimográficas oferecem o maior interesse, particularmente nos casos cardíacos situados na fronteira entre a saúde e a doença.

* * *

Coração e vasos constituem uma unidade orgânica e, por isso, justo é, às considerações que fazemos sobre o rádio-diagnóstico cardíaco, juntarmos outras sobre o valor do mesmo método no estudo do sistema arterial.

Sem preparação prévia do sistema arterial, apenas a crossa da aorta, a aorta torácica, e pouco mais, conseguem visualização radiológica.

A aorta dilatada, qualquer que seja a forma de dilatação: sacciforme, fusiforme etc; o grau de opacificação e de esclerose, o desdobraimento e grau de sensibilidade, etc. são aspectos apenas pelos raios X revelados.

Como estamos longe das palavras de QUINCKE:— «o diagnóstico dos aneurismas internos é muito difícil; tão difícil que na maioria dos casos não pode estabelecer-se senão depois da morte».

Ninguém hoje duvidará de que, pelo menos quanto aos aneurismas aórticos intratorácicos, a técnica frequente do radiodiagnóstico deu o golpe de graça e desde há já anos, a este conceito pessimista.

Os restantes sectores do sistema arterial, porém, ocultam-se tenazmente à observação radiológica se, previamente à obtenção do film, e em momento adequado, não fizermos correr por êles, soluto de apropriada substância rádio-opaca.

Logo após um ano a descoberta de ROENTGEN, DESTOT e BERARD tiveram a ideia de estudar a circulação do rim injectando na artéria renal substâncias opacas aos raios X e radiografando a seguir à preparação obtida. Todavia, se tivermos apenas em consideração a opacificação das artérias aos raios X *no homem vivo*, é necessário subirmos até 1923, ano em que um autor alemão, HIRSCH, obtivera uma radigrafia da humeral opacificada com um soluto de iodeto de estroncio.

Mas se até então as experiências não tinham passado do domínio da experimentação animal ou da impregnação de vasos de órgãos mortos, desde HIRSCH o assunto não passara de meros tentes até 1927, data em que EGAS MONIZ, pela extensão que lhe imprimiu como meio de diagnóstico topográfico dos tumores cerebrais e, ainda, pelo critério com que este investigador o applicou, o método conquista a consagração e recebe direitos de cidade. REYNALDO DOS SANTOS generaliza-o ao estudo das artérias dos membros, da aorta e dos ramos abdominais e o resultado dos seus trabalhos condensa-o em livro notável que publicou em 1929.

Logo a seguir LOPO DE CARVALHO, a princípio de colaboração com EGAS MONIZ, depois apenas com os seus assistentes, com o auxílio das mesmas substâncias rádio-opacas oportunamente injecta na aurícula direita por sonda flexível que até

NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO:

| | | |
|--|-------|------|
| Suco de carne crua conc | 250 | grs. |
| Oxihemoglobina | 50 | > |
| Glicerofosfato de cálcio | 3 | > |
| Glicerofosfato de sódio | 3 | > |
| Glicerofosfato de magnésio | 1 | > |
| Glicerofosfato de potássio | 1 | > |
| Glicerofosfato de quinina | 0,5 | > |
| Glicerofosfato de estricnina | 0,015 | > |
| Veículo glicerinado q. b. p _a | 1.00 | c.c. |

Frasco 22\$00

Para diabéticos — Prescrever NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

NOVIDADE MÉDICA

*Formas anatomoclinicas, diagnostico y tratamiento
de la tuberculosis pulmonar*

(TOMO I)

*Segunda edición corregida y considerablemente
aumentada. 1 grosso vol. de 500 pág. e 492
radiografias Esc. 260\$00*

(TOMO II)

*Segunda edición corregida y considerablemente
aumentada. 1 grosso vol. de 548 pág. e 439
fig. e radiografias Esc. 260\$00*

Pedidos à

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO
19, Largo Miguel Bombarda, 25 — COIMBRA

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°)

Depositarios
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.ª, L.ª 45, R. Santa Justa, 2.ª
LISBOA

aí faz chegar a partir da mediana basilica, e consegue obter e publicar interessantes exemplares de angio-pneumografia. E, pode dizer-se, são fundamentalmente estes três nomes, verdadeiros embaixadores nossos da medicina, em todos os certames internacionais, os verdadeiros fundadores deste capítulo do rádio-diagnóstico.

Não julgo oportuno desenvolver, neste momento e neste lugar, o estado actual da artériografia. Quem disso queira fazer seguro juízo proceda à leitura dos trabalhos concernentes ao assunto e devidos aos citados professores, pois com prazer se confessa que para isso não há necessidade de recurso aos autores estrangeiros.

O método não é, ainda, absolutamente inocuo pois se, como substâncias de contraste as há que provocam dor e danificam o endotélio vascular, como, por exemplo, o soluto de iodeto de sódio, uroselectan, abrodyl, perobrodyl, tenebril etc., outras há que oferecem retenção indefinida no sistema articulo-endotelial e, possuidoras de certo grau de rádio actividade, como o torotrast, por isso ameaçam temerosamente o futuro e a vida daqueles em quem a experiência se executou.

Seja como for, porém, o seu auxílio é enorme no diagnóstico de afecções vasculares desde o aneurisma até à obliteração por trombose ou embolia, bem mais frequentes do que até há bem pouco tempo se supunha.

Lembremo-nos, porém, de que a artériografia não tem ainda duas décadas de ensaio e experiências e que isso nada é em confronto com o número de décadas que ainda tem diante de si para viver. A artériografia começou apenas a sua caminhada e, como o conceituava NEWTON, é como as crianças que brincam com os seixos da praia, enquanto o grande oceano da verdade se agita inexplorado.

Se a artériografia e flebografia constituem já realidade, são sobretudo, uma esperança, esperança de dias melhores, em que a exploração dos vasos seja mais fecunda e se consiga por processos absolutamente inocuos.

É a minha esperança vai mais além. É que, enquanto até aqui temos apreciado radiologicamente as lesões cardíacas apenas indirectamente pelas modificações das áreas de projecção no écran, forma dos seus contornos, as venhamos a obter em data próxima, por intermédio de sombras de melhor delimitação, pro-

porcionadas pela opacidade de substâncias que em tempo oportuno por aí fazamos passar.

É facto curioso: de toda o sistema cárdio-circulatorio só do coração e pedículo ainda há pouco, alguma coisa podíamos obter quando aplicada a radiologia simples. Dos restantes vasos nada se conseguia ver. Auxiliado agora por substâncias rádioopacas introduzidas na circulação, são os vasos periféricos que se mostram em primeiro lugar. É a revisão do processo que se faz. E as suas aplicações ao próprio coração é assunto já visionado por ROOB-STEMBERG que por injeção de 30-50 c.c. de soluto de diodrast a 70 %, a que se segue radiografia em momento calculado por prévia avaliação dos tempos de velocidade circulatória, obtém angio-cárdio-radiografias tão nítidas que lhes permite o diagnóstico da dilatação das cavidades, da hipertrofia muscular, lesões valvulares, defeitos congénitos, obstrução da cava superior, grau de desenvolvimento da circulação colateral, alterações da circulação pulmonar etc., etc. isto é, detalhes até então impossíveis de obter por quaisquer outros meios de exame.

* * *

Não quiz trazer uma lição rica de detalhes, de factos, de dados e de observações mas apenas uma vista panorâmica sobre as possibilidades dos raios X no diagnóstico das afecções do aparelho cárdio-circulatorio. Oxalá o tivesse conseguido.

Mais duas palavras:

A consagração prestada a um homem cultor das ciências da natureza não é proporcional ao conjunto e profundidade dos raciocínios e juízos pelos quais fez e aproveitou a sua descoberta ou invenção, mas sim à expansão e repercussão que no espaço e no tempo esta obteve nos domínios da civilização e da técnica.

Esta descoberta, rapidamente posta ao serviço do diagnóstico e diagnóstico precoce das doenças do homem, proporciona ao médico maiores possibilidades de cura, e isto em quasi todos os domínios da medicina e da cirurgia. Como é de todos sabido os raios de ROENTGEN também são utilizados directamente como meios de terapêutica.

Mas a descoberta dos raios X foi o ponto de partida para outra descoberta, a de BEQUEREL, sobre as radiações dos corpos

rádio-activos; foi ainda o estudo das suas propriedades que permitiu verificar as consequências das teorias explicativas da estrutura atómica da matéria.

Quanto à natureza da luz, os factos da física moderna dão razão aos que defendem a teoria ondulatoria, e foram os estudos de VON LAUE completados pelos de S. e L. BRAGG que demonstraram, com base no fenómeno da difracção, não serem os de ROENTGEN diferentes quanto a sua natureza. Mas ao mesmo tempo que os fenómenos de difracção dos Raios X nos vieram ajudar a compreender tantos factos e aspectos até então ignorados da cristalografia e da química, foi ainda a grande estrada aberta ao longo da qual directamente se atingiu o estudo da estrutura electrónica ou superficial do átomo e abriu à consideração dos físicos modernos a sua parte nuclear, principal objectivo para o qual os melhores hoje assestam as suas baterias de experimentação.

Poderemos, por isso, dizer que as descobertas do mundo sub-atómico se lhe prendem directamente; e, se a evolução recente da física obrigou à modificação dos conceitos e métodos applicados à mecânica newtoniana a ponto de parecer prestes a destruir-se o princípio de casualidade e de continuidade, base de toda a ciência do mundo das dimensões humanas, e sua substituição pela do indeterminismo ou *causalidade fraca* na expressão de BROGLIE, teremos de concluir que à própria descoberta do Raios X não é de todo estranho o conjunto de problemas de especulação filosófica que a física atómica fez surgir.

O significado inicial da descoberta foi desmedidamente ultrapassado e, por isso, poucos nomes tem mais jús à consagração que o do célebre professor da Física da Universidade de Würtzburg.

SOBRE O DIAGNÓSTICO DO CANCRO DO ESTOMAGO

POR

A. NUNES DA COSTA

O diagnóstico do cancro do estômago constitui um dos problemas mais inquietantes da medicina contemporânea.

Diversos motivos contribuem para isso, devendo apontar-se em primeiro lugar a grande frequência com que nos últimos tempos se tem observado o cancro gástrico, em segundo lugar a excepcional gravidade de que se reveste esta doença, e, em terceiro lugar, ainda, as dificuldades que oferece o seu diagnóstico precoce.

O cancro gástrico é, com efeito, uma doença que se observa em cada ano com maior frequência, não se podendo no entanto afirmar se esse aumento de frequência será real ou aparente, pois pode resultar do aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico, que permitem despistá-lo um maior número de vezes.

No entanto, se admitirmos o conceito geral da frequência cada vez maior dos tumores malignos, também é lógico admitir que o cancro gástrico venha contribuir para esse aumento.

Se quizermos ajuizar da frequência com que se observa o cancro do estômago, alguns dados fornecidos por PAUCHET, HIRSCHBERG, PERISTIANY, etc., dão-nos uma ideia nítida a tal respeito. Segundo PERISTIANY, o cancro gástrico constitui, só por si, $\frac{1}{3}$ do total dos tumores malignos observados no homem. Segundo PAUCHET e HIRSCHBERG, o cancro do estômago figura na percentagem de 50% em relação aos tumores malignos do aparelho digestivo e constitui 35% das afecções orgânicas do estômago. A frequência do cancro gástrico é aproximadamente igual à frequência associada do cancro do útero e do seio da mulher, o que nos dá também uma ideia da grande frequência do cancro do estômago.

Pelo que respeita à sua gravidade, podemos dela ter uma noção aproximada, se referirmos alguns dados acerca da sua taxa de mortalidade, relativa e absoluta.

A taxa de mortalidade relativa por cancro gástrico é bastante apreciável, pois que está calculada em 50 % em relação ao total de mortes por tumor maligno no homem, sendo um pouco menos na mulher, onde avulta igualmente a percentagem de mortes por cancro dos órgãos genitais.

Segundo os dados coligidos por DORKMANN, por cada aglomerado de 100.000 habitantes morrem anualmente cerca de 30 indivíduos por cancro do estômago. Segundo RUDOLF SCHINDLER (1) 4 % dos adultos morrem de cancro gástrico.

Segundo os dados estatísticos elaborados por BERTILLOU sobre as diversas causas de morte, o cancro gástrico figura na percentagem aproximada de 2 % em relação ao índice geral da mortalidade.

Como vemos, é bastante apreciável a taxa de mortalidade relativa mas, se quizermos ter uma noção mais exacta da gravidade do cancro do estômago, basta referirmos a este respeito a taxa de mortalidade absoluta.

Não andaremos muito longe da verdade, se afirmarmos que o cancro gástrico condiciona uma taxa de mortalidade absoluta superior a 90 % dos casos.

Apesar dos meios terapêuticos de que hoje dispomos contra os tumores malignos, com resultados por vezes brilhantes em muitos casos, o cancro gástrico figura ainda entre as doenças cuja taxa de mortalidade é mais elevada.

Este facto é devido essencialmente a dois factores, que podemos chamar — a gravidade intrínseca e extrínseca do cancro do estômago.

A gravidade intrínseca é grande, pois que o cancro gástrico, assim como toda a neoplasia maligna, conduz fatalmente os doentes à morte, quando abandonada à sua própria evolução. Esta gravidade é atenuada para muitos casos, de tumores facilmente

(1) SCHINDLER (RUDOLF) — Early diagnosis and prognosis of gastric carcinoma — «The Journal of the Amr. Med. Assot.», vol. 115, n.º 20, 16 de Novembro, de 1940.

acessíveis, ou externos, quando o diagnóstico e o tratamento são feitos em tempo oportuno.

Mas, no cancro gástrico, há ainda a contar com um factor de gravidade extrínseca, devido à localização da doença num órgão situado no interior do abdómen, em que os sintomas não permitem muitas vezes fazer o diagnóstico precoce.

A este facto se deve atribuir o estado de adiantamento na evolução do tumor, em que os doentes geralmente se apresentam nos serviços de cirurgia, para serem submetidos ao tratamento adequado.

De facto, quem averiguar as condições em que habitualmente são enviados para os serviços cirúrgicos os doentes de cancro do estômago, facilmente se apercebe de que um factor importante da gravidade desta doença resulta essencialmente das condições geralmente precárias em que os doentes se apresentam para o tratamento cirúrgico, o único susceptível de conduzir à cura, quando posto em prática em tempo oportuno.

Em todos os Serviços de cirurgia se verifica este facto desolador, pela observação frequente de doentes que aí se apresentam com o quadro clínico de tumor gástrico já em estado de absoluta inoperabilidade, ou em condições de apenas ser praticada uma intervenção paliativa de valor prático quasi nulo e, raros são aqueles em que uma intervenção radical pode ser praticada com probabilidades de êxito, imediato ou a distância.

Diversas estatísticas podíamos citar, onde se nota bem a elevada percentagem de doentes de cancro do estômago que se apresentam nos serviços de cirurgia em condições de inoperabilidade, ou em precárias condições para ser praticada uma intervenção curativa.

A título de exemplo, citamos apenas uma estatística elaborada por PAUCHET, sobre um conjunto de 2.000 casos de cancro gástrico que passaram pelos seus serviços durante alguns anos.

Eis os factos observados:

| | |
|--|-------|
| Total de casos | 2.000 |
| Em condições de inoperabilidade. | 50 % |
| » » de apenas poder ser praticada uma intervenção paliativa | 30 % |
| » condições de operabilidade (gastrectomia) | 20 % |

Como se vê, apenas uma pequena percentagem de 20 % dos doentes de cancro do estômago se apresentam em condições de operabilidade.

Num conjunto de 100 casos de cancro gástrico, internados nos últimos anos nos Hospitais da Universidade de Coimbra, verificou-se facto idêntico, pois que apenas 18 casos se apresentaram em condições de poder ser praticada a gastrectomia.

Mas, devemos ainda fazer notar que, se apenas 20 % dos casos de cancro do estômago se apresentam em condições de operabilidade, é ainda menor a percentagem de casos que se apresentam em em condições de curabilidade.

Com efeito, devemos distinguir, quando se trata de cancro do estômago, a operabilidade da curabilidade, pois que estes termos têm neste caso significado diferente, ao contrário do que acontece noutras doenças, como os tumores benignos, a hérnia, ou a apendicite, etc., em que a operabilidade corresponde geralmente à curabilidade.

No cancro gástrico, em virtude de a gastrectomia constituir a única probabilidade de tratamento que pode conduzir à cura, todos os cirurgiões têm tendência a alargar ao máximo os limites da operabilidade, daqui resultando o facto de muitas vezes ser praticada a gastrectomia em doentes que não oferecem já probabilidades de êxito, quer imediato ou a distância, pelas condições precárias em que são operados.

E, assim se verifica não só uma elevada taxa de mortalidade operatória nos doentes de cancro do estômago, mas ainda uma diminuta percentagem de casos em que a cura definitiva, ou duradoura, pode ser observada.

Todos os cirurgiões referem, com efeito, uma taxa de mortalidade operatória elevada no cancro do estômago. Mesmo aqueles que referem taxas de mortalidade mais favoráveis, como JUDINE, FINSTERER, MAYO, etc., acusam taxas superiores a 10 %, e, a maior parte referem percentagens de 20 %, 30 %, ou mesmo até 50 %.

Ora, fàcilmente se demonstra que uma tão elevada percentagem de mortalidade operatória, não é devida pròpriamente à intervenção praticada, nem mesmo à natureza da doença, mas apenas às precárias condições em que os doentes são operados.

Com efeito, a taxa de mortalidade intrínseca da gastrectomia não é já hoje muito pesada, pois que esta intervenção, praticada

na úlcera gástrica, ou na gastrite, não condiciona mortalidade elevada, sendo em regra inferior a 10 ou mesmo 5 0/0, conforme as condições em que é praticada.

Por outro lado, alguns casos de cancro do estômago operados no período inicial da sua evolução, não condicionam uma taxa de mortalidade superior à que geralmente se observa na úlcera de CRUVEILLER.

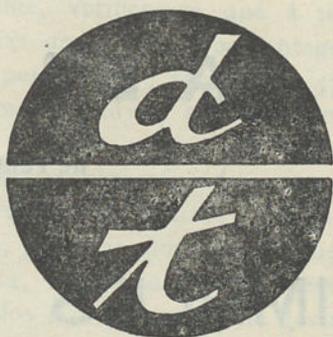
Devemos então concluir que a elevada taxa de mortalidade operatória que se observa como regra no cancro gástrico, não é específica da doença, nem da intervenção praticada, mas, sobretudo inerente às condições pouco satisfatórias em que os doentes habitualmente são operados.

Outro tanto se pode afirmar pelo que respeita à pequena percentagem de doentes que sobrevivem longo tempo à intervenção, e nos quais se pode admitir a cura definitiva, ou seja depois de um período de 5 a 7 anos, como admite a maior parte dos autores.

Os dados são muito variáveis, conforme os cirurgiões, quando procuram averiguar a percentagem de doentes que sobrevivem longo tempo à intervenção, mas, a maior parte refere-nos uma pequena percentagem de casos nos quais se possa falar de cura definitiva ou, mesmo, duradoira.

A este respeito, MAYO refere-nos a percentagem de 37 0/0 de casos que sobrevivem no fim de um período de 5 anos; HARTMANN, referiu que apenas 30 0/0 dos doentes sobrevivem a um período de 3 anos; ALEN Whipple, refere as percentagens de 20 0/0, 16 0/0 e 12 0/0, respectivamente a períodos de 3 anos, de 5 anos e de 10 anos após a operação; BALFOUR, refere a percentagem de 50 0/0 no fim de 1 ano, de 30 0/0 no fim de 2 anos e de 20 0/0 no fim de 3 anos. Como vemos, é bastante diminuta a percentagem de doentes operados de cancro do estômago nos quais se observa a cura definitiva.

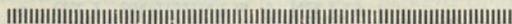
Esta fraca percentagem de curas, pouco satisfatória, é ainda essencialmente devida ao facto da operação tardia na maior parte dos doentes, pois que algumas estatísticas referentes apenas a grupos de casos em que a operação tem sido praticada precocemente, referem-nos algumas percentagens bem mais animadoras, tanto pelo que diz respeito à taxa de mortalidade operatória como ao número de doentes em que se pode admitir a cura definitiva.



*ESTAS DUAS METADES,
NA INALTERABILIDADE
DA SUA ACÇÃO, REPRESENTAM
PROVADAMENTE
UMA UNIDADE MENOS TÓXICA*

DI·SULFA·LAB

**SULFADIAZINA + SULFATIAZOL
COMBINADAS
EM UM COMPRIMIDO DE 0,5) GR.**



**UM NOVO PRODUTO DOS
LABORATÓRIOS LAB**

INSULINA

“A B”

de renome mundial

- SIMPLES

cujos fundamentos
e características são:

- *inalterabilidade*
- *pureza e*
- *acção absolutas.*

- PROTAMÍNICA

com zinco em suspensão
Modalidade com vantagens:

- *prolonga a acção da Insulina*
- *absorção mais lenta e gradual*
- *exige menor número de injeções*
- *domina melhor a diabetes.*

FOLHETOS AOS Ex.^{mos} CLÍNICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURY, LTD. e
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:
COLL TAYLOR, L.DA — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36

Assim, no Serviço de GOSSET, nos últimos anos, em que um grande número de doentes de cancro do estômago foi operado precocemente, verificou-se que a taxa de mortalidade operatória foi apenas de 9% e a percentagem de doentes que sobreviveram a um período de 3 anos foi de 47%, o que constitui já uma percentagem apreciável, se atendermos à gravidade da doença.

Como acabamos de ver, são, de um modo geral, bastante desanimadores os resultados práticos obtidos no tratamento do cancro do estômago, pois que, dos doentes que se apresentam nos Serviços de Cirurgia, com esta doença, apenas cerca de 20% podem ser submetidos a tratamento pela gastrectomia, nos quais se observa uma elevada taxa de mortalidade operatória e, por outro lado, uma diminuta percentagem de curas duradoiras.

Mas, os dados acima referidos, mostram-nos que estes resultados, tão pouco satisfatórios, não são tanto devidos à insuficiência dos nossos meios terapêuticos perante o cancro do estômago, como às precárias condições em que os doentes se apresentam para tratamento cirúrgico.

Sabendo-se, além disso, que o único tratamento a opor ao cancro gástrico consiste na gastrectomia, depreende-se que todo o médico aconselhará tais doentes a internar-se num Serviço de Cirurgia, logo que o diagnóstico seja feito, ou sequer suspeitado.

Daqui se depreende que, se os doentes de cancro do estômago só aparecem em regra tão tardiamente ao cirurgião, isto é devido ao facto de o diagnóstico só ser feito de um modo igualmente tardio na quasi totalidade dos casos.

Pode concluir-se, portanto, que o tratamento do cancro do estômago é essencialmente um problema de diagnóstico precoce, visto que um tal diagnóstico é condição indispensável e muitas vezes suficiente para a resolução satisfatória do problema terapêutico e da cura definitiva ou pelo menos duradoira, como se observa em regra nos casos operados no período precoce da sua evolução.

Mas, o diagnóstico precoce constitui tarefa difícil no cancro do estômago, sendo esta a razão porque na maior parte dos casos só é feito tão tardiamente.

As dificuldades do diagnóstico precoce advêm principalmente do facto de o cancro gástrico não determinar no início da sua

evolução sintomas suficientemente característicos que possam levar o médico a suspeitar a existência da doença. Pelo contrário, a sintomatologia inicial do cancro do estômago é na maior parte dos casos uma sintomatologia de empréstimo, que depende mais do órgão que sofre do que da doença que condiciona o sofrimento.

Abstraindo de alguns casos em que o tumor está localizado no cárdia ou no piloro, determinando precocemente sintomas de estenose orgânica, em quasi todos os outros casos a sintomatologia é fruste de início, e tanto pode filiar-se numa úlcera de CRUVEILLER, uma gastrite, ou até mesmo em perturbações funcionais do estômago condicionadas por afecção a distância.

Além disso, é preciso contar ainda com os casos de sintomatologia inaparente, como acontece nas formas latentes ou larvadas do cancro gástrico.

E, nem a idade do doente, ou a duração das perturbações gástricas, podem levar-nos a orientar o diagnóstico no sentido do cancro gástrico, pois sabemos que a úlcera de CRUVEILLER pode manifestar-se pela primeira vez em indivíduos de idade avançada, como o cancro do estômago se pode observar nos primeiros períodos da vida.

Também a longa evolução das perturbações não pode com segurança permitir-nos fazer o diagnóstico diferencial do cancro do estômago com outras afecções, visto observarem-se casos de úlcera com evolução rápida, e alguns casos de cancro gástrico de evolução prolongada.

Tudo isto nos deixa antever as dificuldades do diagnóstico diferencial do cancro do estômago, tanto maiores quanto mais precoce considerarmos o período da sua evolução.

E assim, o problema do diagnóstico do cancro do estômago não se nos apresenta com a simplicidade quase esquemática com que é apresentado nos manuais e tratados de Patologia, pelo menos se considerarmos o diagnóstico precoce, única modalidade que se reveste de alguns interesse prático para os doentes.

Por isso, se quizermos fazer o diagnóstico precoce do cancro do estômago o maior número de vezes possível, devemos abstrair das regras que os livros apontam para esse fim, e seguir uma orientação bem diferente na colheita e interpretação dos elementos semiológicos em que podemos fundamentar esse diagnóstico.

Assim o afirmam os Autores que nos últimos tempos mais se têm dedicado ao estudo do problema do diagnóstico precoce do cancro do estômago, entre os quais devemos citar, sobretudo, GUTMANN, GOSSET, PERISTIANY, IVAN BERTRAND, GARCIA-CALDERON, LEDOU-LEBARD, MOUTIER, CHEVALIER, KIRKIN, WILSON e MC CARTY, etc., cujos trabalhos muito têm contribuído para o esclarecimento e resolução de tal problema.

Segundo os ensinamentos colhidos nos trabalhos dos referidos Autores, especialmente os de GUTMANN⁽¹⁾, PERISTIANY⁽²⁾ e MOUTIER⁽³⁾, o diagnóstico precoce do cancro do estômago deve fundamentar-se em elementos diferentes daqueles que os livros apontam para esse fim, e que têm sido a causa essencial da orientação inexacta da maior parte dos médicos sobre tal assunto.

Com efeito, quem seguir a orientação que vem expressa nos livros didáticos de Patologia e de Clínica, acerca do diagnóstico do cancro gástrico, só excepcionalmente conseguirá fazer esse diagnóstico, em tempo verdadeiramente útil sob o ponto de vista terapêutico.

Fácilmente nos convencemos da verdade deste facto, se fizermos uma rápida análise crítica do valor dos elementos semiológicos que os livros apontam como bases essenciais para o diagnóstico do cancro do estômago.

Apontam os livros, com efeito, como bases fundamentais para o diagnóstico do cancro gástrico, o seguinte:

- a) Elementos de ordem clínica.
- b) Elementos colhidos pela análise do suco gástrico.
- c) Elementos de ordem radiológica.

Além destes, considerados essenciais, podemos ainda mencionar os elementos susceptíveis de ser colhidos pelo exame gástrico e ainda certas perturbações humorais ou reacções bioló-

(1) GUTMANN — Le cancer de l'estomac au début, 1939.

(2) PERISTIANY — Le cancer ulcéreux de l'estomac — «Tese-Paris» 1397.

(3) MOUTIER — Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac... «Rev. de Med.» fs. 1935, p. 635.

gicas, consideradas por alguns como características do cancro do estômago.

Façamos uma rápida análise do valor destes elementos, tal como são apontados pelos livros, e, teremos ocasião de verificar que eles não nos podem servir para fundamentar um diagnóstico precoce na maior parte dos casos.

1.º — *Elementos de ordem clínica*:— Entre os elementos de ordem clínica, apontam-se essencialmente como características do cancro gástrico, as perturbações dispépticas, os vômitos, a anorexia, o emagrecimento e o depauperamento orgânico, as hemorragias, a existência de um tumor palpável no epigastro e, por fim, o quadro sombrio da caquexia.

Ora, cada um destes elementos, ou todos em conjunto, não podem servir para caracterizar o cancro gástrico em início, porquanto nenhum destes sintomas é específico do cancro do estômago, nem se observam a maior parte das vezes no período inicial da doença.

Com efeito, a maior parte dos sintomas anteriormente referidos, podemos igualmente observá-los na úlcera de CRUVEILLER, na gastrite, ou até mesmo em outras perturbações funcionais do estômago resultantes de afecções de outros órgãos.

Nem mesmo a continuidade do sofrimento, que os livros apontam como característica essencial do cancro gástrico, pode servir para o diagnóstico precoce, porquanto a maior parte dos casos de cancro gástrico em início não condiciona sofrimento contínuo, podendo esta modalidade de sofrimento observar-se ainda noutras afecções orgânicas do estômago, em particular na úlcera.

Além disso, é preciso ainda contar com certas modalidades clínicas e anátomopatológicas do cancro do estômago, em especial o cancro ulceriforme, descrito há já muitos anos por TRIPIER, DUPLANT e SANEROT, cuja evolução clínica se sobrepõe inteiramente à que é costume observar na úlcera, com os mesmos períodos de sofrimento e acalmia e, até, idêntica evolução de vários anos.

E, se contarmos ainda com as bem conhecidas modalidades clínicas de cancro gástrico, de sintomatologia fruste, latente ou larvada, vemos bem como se apresenta complexo o diagnóstico clínico do cancro do estômago.

Por outro lado, mesmo aqueles sintomas que são geralmente considerados de maior valor para o diagnóstico positivo, como sejam a existência de um tumor palpável no epigastro, ou as hemorragias ocultas nas fezes, não podem servir para o diagnóstico precoce.

Com efeito, para que o cancro do estômago possa determinar a existência de um tumor, no sentido clínico deste termo, necessário se torna que tenha atingido já um adiantado estado de evolução, incompatível com o diagnóstico precoce.

Todos os cirurgiões têm a noção nítida deste facto, pois que, ao observar-se um caso de cancro do estômago, cuja existência é apontada por um tumor palpável no epigastro, afirma-se também que esse tumor é em regra inoperável e, quasi sempre, incurável.

Devemos, com efeito, ter bem presente a noção de que o cancro gástrico em início não se traduz a maior parte das vezes por qualquer tumor no sentido clínico, mesmo se observarmos e palpamos directamente o estômago.

Quantas vezes, o cirurgião, ao observar detalhadamente o estômago depois de praticada a laparotomia, não pode concluir se existe ou não um cancro gástrico, pelo facto de não encontrar quaisquer alterações macroscópicas no aspecto exterior do estômago.

Mais adiante teremos ocasião de verificar que, em certos casos, nem mesmo a observação interior do órgão permite sempre afirmar ou negar a existência de lesão maligna. Este facto, que à primeira vista parece um pouco paradoxal, tem a sua natural explicação em certas modalidades anátomopatológicas do cancro gástrico, a que mais adiante nos referiremos.

Por enquanto, bastará ter a noção de que o cancro gástrico em início, ou seja na fase em que o diagnóstico é verdadeiramente útil sob o ponto de vista terapêutico, não tem ainda atingido todas as tûnicas do estômago, não condicionando, portanto, quaisquer sinais exteriores que atestem a sua existência, excluindo alguns raros casos de tumor infiltrante.

Sendo assim, como podemos esperar o aparecimento de um tumor palpável no epigastro, para fazer o diagnóstico?

Pelo que respeita ao valor das hemorragias, (hematemeses e melenas), também não podemos fundamentar o diagnóstico precoce do cancro gástrico sobre este elemento semiológico, porquanto

se observam noutras afecções orgânicas do estômago. E, nem a intensidade ou a frequência das hemorragias podem permitir fazer o diagnóstico diferencial, pois tanto podem ser abundantes e frequentes no cancro como na úlcera.

Tem sido igualmente exagerada por alguns Autores a importância da pesquisa das hemorragias ocultas nas fezes para o diagnóstico diferencial do cancro gástrico.

Essa importância fica ainda bastante reduzida se considerarmos o diagnóstico precoce, pois que o cancro gástrico no início da sua evolução não condiciona geralmente hemorragias, facto tanto mais verdadeiro se se tratar das formas infiltrante ou vegetante, em que as hemorragias por desagregação ou desorganização dos tecidos só podem observar-se numa fase avançada do tumor. E, se pensarmos ainda que diferentes processos ulcerativos ou ulcerosos do estômago e do intestino, qualquer que seja a sua patogenia podem condicionar igualmente hemorragias ocultas nas fezes, vemos quanto pode ser falível este sinal para o diagnóstico do cancro gástrico.

Outro tanto podemos dizer acerca do valor da anorexia, do emagrecimento e do depauperamento orgânico, que os livros apontam entre os sintomas primordiais do cancro do estômago. São sintomas importantes, sem dúvida, e que se encontram com grande frequência (cêrca de 90 % dos casos), nas fases avançadas da doença. Mas, quando consideramos apenas o período inicial, o único período verdadeiramente útil sob o ponto de vista prático, a anorexia e o emagrecimento faltam muitas vezes (em cêrca de 80 % dos casos).

Por outro lado, encontramos por vezes ulcerados gástricos com estado geral bastante precário, sobretudo aqueles com sofrimento antigo, complicados de gastrite ou de estenose, sofrendo os efeitos da hipoalimentação.

Por isso, devemos deixar de habituar-nos à idea de considerar o emagrecimento acentuado uma das características do cancro gástrico em início, pois que esta doença pode coexistir, na sua primeira fase, com um regular estado de nutrição e um estado geral até por vezes florescente.

Enquanto ao quadro sombrio da caquexia nem devemos mencioná-lo no diagnóstico precoce do cancro gástrico. A caquexia é um síndrome peculiar do último período evolutivo de todos

os tumores malignos, e, não é o cancro do estômago que faz excepção a esta regra. Não é no período de caquexia que se pode ter qualquer esperança de curar o cancro gástrico, pois que neste período o tumor deixou de ser uma doença local ou loco-regional e, é já uma doença geral, com acentuada decadência de todas as funções vitais do doente, sem qualquer possibilidade de resistência a uma intervenção resseccionista, quase sempre impraticável nesses casos.

No entanto, quantos doentes de cancro gástrico são enviados ao cirurgião, já em manifesto estado de caquexia, sem possibilidades, portanto, de qualquer tratamento útil.

Por isso, GUTMANN, afirma logicamente que o problema do diagnóstico do cancro do estômago só poderá considerar-se satisfatoriamente resolvido, quando deixar de se observar na clínica o quadro tenebroso da caquexia.

Como vemos, pelo que anteriormente ficou exposto, são de pouco valor os sinais clínicos para o diagnóstico precoce do cancro gástrico.

A tal respeito, devemos ficar com a noção de que o cancro do estômago em início não condiciona sintomas específicos, e que o sofrimento inicial do cancro gástrico é mais característico do órgão que sofre do que da doença que lhe dá origem. Por isso, no período inicial do cancro gástrico, apenas se pode em regra localizar a doença pelos sintomas clínicos, mas, não nos permitem fazer o diagnóstico diferencial.

2.º — *Elementos colhidos pela análise do suco gástrico:*—Desde longo tempo se tem atribuído grande valor a um conjunto de elementos que podem ser colhidos pela análise do suco gástrico no diagnóstico do cancro do estômago. Desde que VAN DER VELDEN, em 1879, sustentou que a anacloridria era constante nos doentes de cancro gástrico, este elemento passou a ser considerado de grande valor para o diagnóstico diferencial com outras afecções do estômago. Esta noção foi ainda confirmada por outros Autores, como, DEBOVE, SCHULTZ, HAYEM e LION, que, embora fazendo algumas restrições ao conceito de VAN DER VELDEN, afirmaram que a anacloridria se encontrava na percentagem de 80 a 90 % dos casos de cancro gástrico. Desde então, os livros de patologia passaram a considerar a anacloridria como sintoma importante

para o diagnóstico desta doença, atribuindo-lhe mesmo grande valor para o diagnóstico diferencial com a úlcera gástrica, em que habitualmente se observa cloridria normal ou hipercloridria.

LORENZI, DUPLANT, SANEROT, DEGUIGNANT, ROSENHEIM, HAUSER, HUNT e BLONFIELD, chamaram a atenção para o facto de muitas vezes se observar nos casos de cancro gástrico uma taxa normal de ácido clorídrico, ou, mesmo até por vezes hipercloridria.

Por outro lado, a análise frequente do suco gástrico em doentes com afecções diversas do estômago, em breve veio mostrar que a anacloridria podia ser observada em afecções diferentes do cancro gástrico, como a úlcera, a gastrite atrofica, etc., não sendo pois a anacloridria um sintoma específico daquela doença.

Estes factos são hoje de observação corrente, para que se torne necessário po-los em destaque, pois encontram-se com frequência casos de úlcera antiga do estômago acompanhados de anacloridria ou hipercloridria, e, outros casos de cancro gástrico em que a cloridria é normal, ou, existe mesmo hipercloridria.

Daqui se conclui que a anacloridria não é específica do cancro do estômago, não podendo pois servir de base para o seu diagnóstico.

Assim o afirmam Autores da mais reconhecida competência, como, DEBERT, ROSENHEIM, GUTMANN, MATHIUN, KONJETZNY, MOUTIER, etc., para quem a anacloridria traduz apenas um estado de gastrite atrofica, podendo esta observar-se isoladamente, ou, acompanhar, quer o cancro do estômago ou a úlcera de CRUVEILLER.

Este conceito, que parece ser verdadeiro, permite explicar-nos logicamente o facto de podermos observar diminuição da taxa do ácido clorídrico quer na úlcera quer no cancro do estômago, e ainda nos permite compreender que em certos casos de cancro gástrico possamos observar mesmo hipercloridria. Segundo esta noção, as alterações da taxa do ácido clorídrico dependem principalmente das alterações da mucosa gástrica, sendo até certo ponto proporcionais à sua intensidade e extensão, mais do que, propriamente, qualquer outra lesão benigna ou maligna do estômago. E, se é certo que a anacloridria acompanha a maior parte das vezes mais o cancro gástrico do que a úlcera, isso é devido ao facto de que, a maior parte das vezes o cancro do estômago se instala nos doentes com gastrite atrofica, a qual, segundo a opinião de alguns

**AFECCÕES
SAZONÁRIAS
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS
SUPERIORES**

**CORISA
ASMA DOS FENOS
TRAQUEO-BRONQUITE**

cédem rapidamente sob a
**SINERGIA MEDICAMENTOSA
ANTIDISPNEICA E DESCONGESTIVA**
realizada pela

CORYPHÉDRINE

RHODINE + SANÉDRINE

ácido acetilsalicílico

cloridrato de efedrina levógiro

**SOB A FORMA DE
COMPRIMIDOS
CONTENDO**

RHODINE : 0 GR. 50

SANÉDRINE : 0 GR. 015

Tubo de 20 comprimidos

*1 a 4 comprimidos durante as 24 horas,
tomados por várias vezes*

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**
≡ SPECIA ≡
**MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS**

IRGAFENE



(N,-3, 4, dimetil-benzoil-sulfamida)

O PRIMEIRO quimioterápico
de GRANDE actividade
em PEQUENA dose

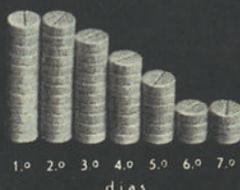
Posologia na Pneumonia

Não se perturba o sono

O IRGAFENE
só se administra
durante o dia



As outras sulfamidás
têm de ser adminis-
tradas dia e noite



IRGAFENE: Dose total 8-12 grs.

Outras sulfamidás: Dose total 24-25 grs.

Indicações: Pneumonias e infecções colibacilares.
Infecções estreptocócicas e estafilocócicas.

J. R. GEIGY S. A. Basileia (Suíça)

Representante para Portugal e Colónias: CARLOS CARDOSO—Rua do Bonjardim, 551—PORTO

Autores, como KONJETZNY e MENETRIER, parece constituir um estado pre-canceroso.

No entanto, este conceito não pode ser admitido como verdadeiro para muitos casos, pois, se considerarmos apenas o cancro gástrico na sua fase inicial, nem sempre esta doença se acompanha de lesões de gastrite atrófica, pelo menos extensa, como tem sido verificado pelos resultados da análise histológica de peças operatórias colhidas em doentes de tumor gástrico em início da sua evolução.

Parece, pelo contrário, que, muitas vezes a gastrite atrófica se desenvolve paralelamente ao tumor gástrico, explicando-se assim o facto de a taxa da cloridria ir baixando progressivamente, a par com o desenvolvimento do tumor.

Constitui um facto de observação corrente, que a anacloridria se observa com alta frequência nos tumores gástricos avançados, enquanto é bem menos frequente no cancro gástrico em início, facto este que devemos tomar em muita consideração para estabelecer o verdadeiro valor que devemos atribuir à determinação da taxa de ácido colorídrico no diagnóstico precoce do cancro do estômago.

Isto nos permite explicar a elevada frequência com que VAN DER VELDEN observou a anacloridria no cancro gástrico (90% dos casos), e o alto valor que atribuía a este elemento para o seu diagnóstico, donde se conclui que as investigações de VAN DER VELDEN, e outros Autores que militavam no mesmo conceito, foram feitas em doentes de tumor gástrico num período já avançado da sua evolução.

Com efeito, as dosagens sistemáticas da taxa clorídrica no suco gástrico de doentes de cancro do estômago, nos mais diferentes períodos evolutivos da doença, de forma alguma confirma os resultados obtidos por VAN DER VELDEN.

Num conjunto de 550 casos de cancro gástrico, observados na clínica MAYO, e dizendo respeito a doentes em diferentes fases da sua doença, a dosagem da cloridria gástrica mostrou que a anacloridria apenas foi observada em 53%, e a hipercloridria em 25%, tendo-se além disso observado em 17% dos casos uma cloridria normal, e, em 4,5% dos casos hipercloridria. Além disso verificou-se ainda que a anacloridria era sobretudo acentuada nos tumores gástricos avançados, enquanto a cloridria normal e a

hipercloridria se observaram sobretudo nos casos iniciais. E, os resultados obtidos seriam praticamente iguais qualquer que fosse o método usado na obtenção do suco gástrico (BOAS, EWALD, RHEFUSS, EHERMANN, CARNOT e LIBERT, etc.).

Idênticos resultados foram por nós observados num conjunto de 100 casos de cancro de estômago que nos últimos anos passaram pelos Serviços de Cirurgia dos Hospitais da Universidade.

Daqui se conclui que a anacloridria é um sintoma peculiar às fases avançadas do cancro do estômago, sendo observada raramente no período inicial da doença, sendo, pois, um elemento destituído de valor para o diagnóstico precoce.

Outro tanto podemos dizer acerca de tantos outros elementos que igualmente têm sido apontados de valor para o diagnóstico, e que podem ser colhidos pela análise do suco gástrico.

E assim, quer a presença de ácidos de fermentação (BOAS-OPLER, HAYEM, SCHIFF e LION) quer a dosagem da taxa das albuminas segundo a prova de SALOMON ou de WOLF-JUNGANS, o cito-diagnóstico de LOEPER, a reacção à triptofana (NEUBAUER), não têm qualquer valor para fundamentar o diagnóstico precoce do cancro do estômago, pois a prática demonstra com frequência, que nenhuma destas provas ou reacção é suficientemente específica e precoce para ser tomada em consideração.

Do mesmo modo, certas reacções biológicas ou humorais que nos últimos tempos têm sido apontadas como pretendidamente específicas do cancro gástrico, ou de qualquer neoplasia maligna, também não vieram resolver o problema do diagnóstico precoce, visto que os resultados observados na prática não têm correspondido às esperanças que nelas depositavam os seus Autores.

E assim, nem a R. de VERNES, de ZONDECK ou de ROFFO, o poder lítico e o índice anti-tríptico do soro (ROUX e SAVIGNAC), nem ainda certas alterações da fórmula hemo-leucocitária, são susceptíveis de nos fornecer quaisquer elementos decisivos para o diagnóstico.

Todas estas reacções ou alterações humorais, que podem ser observadas em casos de cancro gástrico avançado, não se observam em regra nos casos precoces, e, podem ainda ser observados noutros estados patológicos muito diferentes, sobretudo naqueles que se acompanham de depauperamento orgânico acentuado dos doentes.

Mesmo a R. de ROFFO, ao vermelho neutro, que, segundo os resultados observados por este Autor, da mais reconhecida competência em cancerologia, seria susceptível de nos dar indicações precisas em mais de 80 % dos casos, parece não ter o valor prático que o referido Autor lhe atribui, sobretudo para o diagnóstico precoce, pois que tal reacção parece traduzir um estado de alteração humoral próprio aos casos avançados de tumor, e não uma alteração específica do cancro em início.

Em virtude disso, quando, nos casos de tumor, a reacção de ROFFO é positiva, o diagnóstico já não oferece em regra dificuldades pelo conjunto dos outros sintomas.

E, à cerca do valor prático de tais reacções apresentadas como específicas das neoplasias malignas, creio que podemos ficar com uma noção exacta, se referirmos a opinião expressa no Congresso Internacional para a luta contra o cancro, realizado em Bruxelas em 1936, em que, DEL RIO HORTEGA, perante os resultados dos trabalhos aí apresentados, concluiu que nenhuma reacção química ou biológica era suficientemente específica e precoce para poder servir ao diagnóstico humoral do cancro.

ROUDONI (1), exprimiu ainda opinião semelhante a tal respeito, pois, afirmou: «tout semble indiquer que la tumeur á son début est une maladie locale, les altérations humorales sont généralement secondaires, ce qui fait qu'il est peu probable qu'en ce moment on découvre un séro-diagnostic précoce».

Desde então para cá, os progressos realizados nesse sentido não nos permitem ainda mais do que esperar que uma reacção biológica possa um dia vir ajudar a resolver o problema do diagnóstico precoce do cancro do estômago.

3.º — A gastroscopia no diagnóstico precoce do cancro gástrico:

— Desde que TRENDELEMBURG e MICKULICZ preconizaram, já no século passado, a observação endoscópica do estômago, este método tem-se aperfeiçoado, e, nele se depositaram grandes esperanças para o diagnóstico diferencial das afecções gástricas. Últimamente, a gastroscopia tem sido apontada, por alguns, como

(1) Repport au 11.º Congrès int. de l. s. et se contre la cancer — Bruxelles — Septembre, 1936.

o elemento de maior valor para o diagnóstico precoce do cancro do estômago. Assim o têm afirmado os Autores que mais se têm dedicado à prática da gastroscopia, entre os quais devemos citar, sobretudo, MOUTIER, CHEVALIER, KONJETZNY, SCHINDLER, HENNING, etc.

De facto, é lógico admitir, pelo menos teoricamente, que a observação visual de uma lesão orgânica do estômago, constitui o meio mais eficaz para se fazer o seu diagnóstico diferencial.

No entanto, quando nos limitamos a observar o que se passa no domínio da prática, facilmente nos convencemos que a gastroscopia, embora elemento de valor, não corresponde inteiramente às esperanças que se têm depositado neste método de observação, sobretudo para o caso particular do diagnóstico precoce do cancro do estômago. Quer se faça uso dos gastroscópios rectilíneos mais aperfeiçoados, como o de JEDET, ou melhor ainda, quer se faça uso dos gastroscópios flexíveis tipo VOLF SCHINDLER ou de KARBSCH, a gastroscopia é um método de exame de técnica ainda bastante delicada, que não pode estar ao alcance de qualquer médico não especializado, o que lhe faz perder grande parte do seu valor prático.

Com efeito, na prática observamos que a grande maioria dos doentes de cancro gástrico, no início do seu sofrimento, não se dirige à consulta de clínicas especializadas em gastro-enterologia, mesmo quando elas existam, para que possam ser submetidos a um exame gastroscópico.

Daqui resulta que os benefícios que pudessem ser colhidos pela gastroscopia não podiam ser aproveitados pela maior parte dos doentes de cancro gástrico, sobretudo na primeira fase da sua doença, em que verdadeiramente interessa o diagnóstico.

E, mesmo admitindo que seria possível, orientar todos os doentes de sofrimento gástrico para uma consulta especializada, onde o exame gastroscópico pudesse ser praticado, quando houvesse para isso indicações, nem assim a gastroscopia viria resolver o problema do diagnóstico precoce do cancro gástrico em todos os casos.

Maiores dificuldades do que a técnica da gastroscopia, oferece ainda a interpretação das imagens gastroscópicas, mesmo para quem esteja especializado neste método de exame, dificuldades por vezes impossíveis de resolver, em virtude do polimorfismo e

da semelhança que muitas vezes existe no aspecto macroscópico de algumas lesões do estômago.

Por esse facto, torna-se por vezes impossível, mesmo pela observação directa de uma lesão ulcerosa da mucosa gástrica, distinguir se essa lesão é benigna ou maligna.

Todos os cirurgiões que praticam com frequência a cirurgia gástrica têm conhecimento deste facto, pois, quantas vezes, após a prática de uma gastrectomia, e da observação directa de uma lesão gástrica do tipo ulceroso, não podemos com certeza afirmar se se trata de uma úlcera de CRUVEILLER, simples ou degenerada, ou ainda de um cancro ulceriforme.

Tal dificuldade, só pode em certos casos ser resolvida pelo exame histológico, pois que não há caracteres macroscópicos específicos do cancro ou da úlcera do estômago, se consideramos as formas ulcerosas do cancro gástrico em início. Embora ALVAREZ e MAC CARTY (1) nos tenham apontado um conjunto de sinais macroscópicos que em sua opinião nos permitiriam distinguir as ulcerações benignas e malignas do estômago, como sejam, a profundidade e diâmetro da ulceração, o aspecto dos bordos, a coexistência ou não de lesões inflamatórias associadas, etc., o certo é que muitas vezes na prática o valor destes caracteres tem sido desmentido pelos resultados do exame histológico.

E, se, macroscopicamente, pelo exame directo das lesões, nós não podemos muitas vezes afirmar a existência de um cancro do estômago, muito menos essa distinção poderá ser feita através de uma imagem colhida por gastroscopia. É, com efeito, a opinião de GUTMANN, de GOSSET, CHARRIER e muitos outros Autores; e, mesmo MOUTIER (2) com a sua reconhecida competência em gastroscopia, afirma-nos que, apenas duas vezes em três casos pode fazer, pelo exame gastroscópico, o diagnóstico precoce do cancro do estômago.

Mas, devemos ainda contar que à gastroscopia podem facilmente passar despercebidas certas lesões malignas da mucosa gástrica, mesmo usando a gastroscopia dirigida de HENNING, sob o contróle radiológico, e que há certas zonas do estômago que não são visíveis à gastroscopia, como sejam a parte mais alta da

(1) «The Amer. Med. Assoc.» t. xci, 28 de Julho de 1929.

(2) «Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac et la gastroscopie — «Rev. Med.-française» — 7 de Outubro, 1934.

grande tuberosidade e a região justa-pilórica (zonas mudas à gastroscopia). Este facto, faz ainda perder grande parte do valor prático da gastroscopia no diagnóstico precoce do cancro gástrico.

No entanto, não devemos deixar de considerar a gastroscopia um elemento de valor em certos casos, pois que, pelas alterações que permite observar na mucosa gástrica, entre as quais as alterações de coloração, das pregas da mucosa, ulcerações, fenómenos de gastrite atrófica, etc., muito pode contribuir para o diagnóstico, sobretudo quando a gastroscopia for praticada por quem tenha grande experiência deste método de exame.

4.º — *Valor do exame radiológico no diagnóstico precoce do cancro gástrico*:— O exame radiológico figura em todos os livros de Patologia como o elemento mais importante e decisivo para o diagnóstico do cancro do estômago.

Daí a orientação do espírito da maior parte dos médicos nesse sentido, pedindo ao exame radiológico o esclarecimento do diagnóstico do cancro gástrico, e, sobretudo, o diagnóstico diferencial com a úlcera de CRUVEILLER, hipótese mais frequente na clínica.

Mas, como mais adiante teremos ocasião de ver, deposita-se demasiada confiança nos resultados do exame radiológico, advindo daí uma das causas mais importantes de tantas vezes só ser feito o diagnóstico tardio.

É que, o exame radiológico do estômago, tal como é praticado a maior parte das vezes, e, segundo o conceito inexacto que se atribui em regra às imagens radiológicas observadas, conduz muitas vezes a falsos diagnósticos de úlcera, em casos de cancro gástrico.

Não só a técnica radiológica é muitas vezes incompleta, limitando-se por vezes à colheita de um ou dois clichés, (nem sempre perfeitos) segundo a técnica clássica da replecção opaca, onde só é possível observar as alterações das curvaturas gástricas, mas, sobretudo, é muito limitado o conceito que se atribui às imagens radiológicas para se fundamentar o diagnóstico do cancro gástrico.

Ainda a falta de colaboração, que geralmente se observa entre os clínicos e radiologistas, tão necessária para o esclarecimento dos diversos casos, constitui uma das causas importantes da tão elevada frequência com que só é feito o diagnóstico radiológico tardio.

Não me referindo pròpriamente à técnica radiológica da observação completa do estômago, bem conhecida de todo o radiologista verdadeiramente especializado, eu pretendo sobretudo chamar a atenção para o valor que se atribui em regra às imagens radiológicas observadas e em que se fundamenta o diagnóstico do cancro gástrico.

No estado actual, e segundo o conceito geralmente expresso nos livros, o diagnóstico radiológico do cancro do estômago assenta sobretudo na observação de uma imagem lacunar.

Ora, a imagem lacunar, sinal radiológico bastante característico do cancro gástrico avançado, não pode constituir uma base para o diagnóstico precoce, porquanto o cancro do estômago no início da sua evolução não tem como expressão radiológica uma lacuna.

Devemos saber, em primeiro lugar, que uma imagem lacunar não traduz sempre a expressão radiológica de cancro do estômago, pois há outras afecções que igualmente podem condicionar imagens semelhantes, sendo a causa de certos êrros de diagnóstico radiológico.

É preciso contar com a sífilis gástrica, certos estados alérgicos da mucosa do estômago (tipo de QUINCKE), aderências péri-gástricas, etc., que igualmente podem condicionar uma imagem radiológica lacunar.

Mais adiante teremos ocasião de observar dois clichés radiográficos bem característicos, que nos mostram exemplos típicos de imagem lacunar num caso por sífilis gástrica e noutro por aderências estabelecidas entre a vesícula biliar e a região pilórica. Nestes dois casos foi afirmado o diagnóstico radiológico de cancro gástrico, tendo os doentes curado, o primeiro pelo tratamento específico e o segundo por gastrolisis.

Vemos, portanto, que uma imagem lacunar nem sempre atesta a existência de um cancro gástrico e que é preciso contar que outras afecções podem condicionar idêntica imagem radiológica.

Mas, mesmo nos casos em que a imagem lacunar corresponde a um tumor maligno do estômago, é precioso ter em conta que uma tal imagem traduz em regra um tumor em adiantado estado da sua evolução, a maior parte das vezes já fora dos limites de operabilidade, e, quase sempre fora do período de curabilidade.

Por esse facto, quando o diagnóstico radiológico de um tumor gástrico é feito sobre a base de uma imagem lacunar, só devemos deplorar as condições em que se encontra o doente, e, considerar que o diagnóstico foi feito demasiadamente tarde para que possa ser de alguma utilidade sob o ponto de vista terapêutico.

É fácil demonstrar que a imagem lacunar, quando corresponde a um cancro gástrico, é sempre a expressão de um tumor avançado na sua evolução, pois que em tais casos quasi sempre o diagnóstico é igualmente atestado pelo conjunto dos sinais clínicos, não faltando até por vezes a existência de um tumor palpável no epigastro, e, em certos casos mesmo um estado de caquexia, cujo valor prognóstico já tivemos ocasião de pôr em destaque.

O valor negativo da imagem lacunar sob o ponto de vista do diagnóstico precoce é ainda atestado pelos resultados da laparotomia, pois, dia a dia a prática clínica nos ensina que nos casos em que o diagnóstico de um cancro gástrico é atestado por um tal sinal radiológico, quasi sempre o tumor é demasiadamente extenso e volumoso ultrapassando sempre os limites que a imagem radiológica faz prever, e mostrando-nos que o tumor ultrapassou já a sua fase local, não oferecendo as condições óptimas para uma intervenção radical, ou, até, por vezes, mesmo paliativa.

A prática clínica mostra-nos com frequência, que a maior parte dos doentes com o diagnóstico radiológico de cancro do estômago, feito sobre a base de uma imagem lacunar, são inoperáveis, ou, se ainda é praticável uma intervenção ressecionista, esta não oferece em regra grandes probabilidades de êxito, quer imediato ou a distância.

Assim o temos verificado na maior parte dos doentes de cancro gástrico que têm passado nos últimos tempos pelos Hospitais da Universidade, com especial referência a um conjunto de 100 casos, cujas fichas clínicas tive ensejo de analisar.

Mais adiante teremos ocasião de ver, que, além dos factos anteriormente apontados e que nos mostram o valor negativo das imagens radiológicas lacunares para o diagnóstico precoce do cancro gástrico, existem ainda fundamentos de ordem anatomopatológica a atestar igualmente o valor negativo das referidas imagens.

Se relembra-mos os aspectos anatomopatológicos que pode revestir o cancro gástrico em início, facilmente podemos depreen-

der que a imagem radiológica lacunar não pode servir para fundamentar o diagnóstico precoce desta afecção.

Com efeito, segundo a opinião de GUTMANN, IVAN BERTRAND e de quase todos os anatomopatologistas modernos, o cancro gástrico pode revestir de início os seguintes aspectos anatomopatológicos macroscópicos:

a) Forma ulcerosa; b) Forma vegetante; c) Forma infiltrante.

Sob o ponto de vista radiológico, a cada uma destas formas anatomopatológicas correspondem imagens diferentes.

E assim, segundo o conceito de GUTMANN (1):

A forma ulcerosa tem como expressão radiológica, um nicho.

A forma vegetante tem como expressão radiológica, uma lacuna.

A forma infiltrante tem como expressão radiológica, a rigidez da parede gástrica.

Ora, se atendermos que a maior parte dos cancros do estômago no início revestem a forma ulcerosa (cerca de 80%), vemos que no período precoce a maior parte destes tumores só podem ter como expressão radiológica um nicho.

E, mesmo nos casos, raros, em que o tumor reveste inicialmente a forma vegetante, não pode ser traduzido radiologicamente por uma imagem lacunar, porque, só quando o tumor atinge um volume apreciável é susceptível de condicionar uma imagem lacunar suficientemente nítida, para não oferecer dúvidas na sua interpretação.

Outro tanto se pode afirmar pelo que respeita às formas infiltrantes, pois, só quando o tumor tem invadido já em extensão apreciável as tunicas musculares, é possível apreciar radiologicamente a rigidez da parede gástrica, donde resulta que só muito excepcionalmente pode ser feito o diagnóstico radiológico precoce destes tumores.

Como acabamos de ver, constitui um problema bastante difícil o diagnóstico radiológico do cancro gástrico no período precoce do seu desenvolvimento, e, torna-se necessário modificar inteiramente o conceito clássico acerca do valor das imagens radiológicas em que assenta o diagnóstico do cancro do estômago.

(1) GUTMANN, IVAN BERTRAND, LEVITIANY — Le cancer de l'estomac au début — Paris, 1939.

Torna-se, sobretudo, necessário deixar de atribuir à imagem lacunar o valor diagnóstico que lhe tem sido atribuído, visto que uma tal imagem radiológica nunca pode ser a expressão de um cancro gástrico em início.

A este conceito inexacto, se deve atribuir o facto de tão raramente os radiologistas fazerem o diagnóstico precoce do cancro do estômago, confundindo muitas vezes esta lesão com a úlcera de CRUVEILLER pelo facto de a sua imagem radiológica ser muitas vezes semelhante, pelo menos na aparência.

Antes de expormos o conceito moderno em que deve assentar o diagnóstico clínico e radiológico do cancro gástrico, e, como expressão sucinta das considerações críticas que anteriormente fizemos acerca do valor dos diversos elementos em que até aqui se tem fundamentado o diagnóstico desta doença, vejamos um quadro analítico dos principais sintomas que tive ensejo de observar num conjunto de 100 casos de cancro gástrico que passaram pelos Hospitais da Universidade.

Resumo sintomatológico de 100 casos de cancro de estômago

| Números de casos em relação com a idade dos doentes | 20 a 30 anos — 4 casos | 30 a 40 anos — 14 casos | 40 a 50 anos — 44 casos | 50 a 60 anos — 25 casos | 60 a 70 anos — 10 casos | Com idade superior a 70 anos — 3 casos |
|---|--|-------------------------------|--|--|--|--|
| Acidez gástrica | Cloridria normal — 10 % | Hipocloridria — 60 % | Anacloridria — 25 % | Hipercloridria — 5 % | Ácidos de fermentação — 90 % | |
| Sintomas clínicos predominantes | Vómitos — 90 % | Regurgitações — 80 % | Emagrecimento — 90 % | Anorexia — 70 % | Perturbações dispépticas — 100 % | Hematemese — 30 % Melenas — 45 % Tumor palpável — 30 % |
| Diagnóstico radiológico | Tumor de certeza (imagem lacunar) — 32 % | Tumor provável — 12 % | Estenose pilórica cicatricial — 26 % | Úlcera gástrica ou duodenal — 20 % | Tumor extra-gástrico — 6 % | Perigastrite — 2 % Ausência de lesões — 2 % |
| | 44 % | | | 56 % | | |

NOTA — Deve notar-se que este número de casos se refere a cancros do estômago em adiantado estado de evolução, sendo a maior parte já inoperáveis (cerca de 80 %). Como se vê pelos dados acima referidos, o diagnóstico radiológico apenas foi afirmado, com certeza ou probabilidade, em 44 % dos casos, e, a maior parte das vezes (46 %), o radiologista fez o diagnóstico de estenose pilórica ou de úlcera gástrica-duodenal.

Pela análise do quadro anteriormente exposto, vê-se que o diagnóstico radiológico apenas foi feito em menos de 50% dos casos, baseado na existência de imagem lacunar. E, se atendermos ainda que o conjunto de 100 casos observados dizia respeito a tumores gástricos na sua maior parte em adiantado estado de evolução, temos de concluir que a percentagem de diagnósticos radiológicos seria muito menor se nos referíssemos apenas aos casos de tumor gástrico em início.

Com efeito, de todos os casos em que o radiologista pode afirmar o diagnóstico de cancro gástrico, só excepcionalmente pode ser praticada uma intervenção ressecionista, o que equivale a dizer que no estado actual da técnica radiológica, tal como é geralmente praticada, o diagnóstico radiológico do cancro do estômago só é feito em regra no último período da doença, quando as verdadeiras condições de operabilidade já foram há muito ultrapassadas.

Vê-se, portanto, que o diagnóstico precoce do cancro do estômago não pode fundamentar-se, segundo o conceito clássico, na existência de imagem lacunar, nem sequer nos sintomas clínicos ou nos resultados de análises laboratoriais, pois que a lacuna radiológica só se observa nos casos avançados e os sintomas clínicos ou laboratoriais nada têm de específico nos casos de cancro gástrico em início.

Isto não quer significar que seja impossível o diagnóstico precoce do cancro do estômago, embora constitua tarefa bastante difícil a resolução de um tal problema na maior parte dos casos.

Os autores que nos últimos tempos mais se têm dedicado ao estudo deste assunto, põem bem em evidência as dificuldades de tal problema, e, apontam-nos ao mesmo tempo a orientação que devemos seguir se quizermos fazer o diagnóstico precoce o maior número de vezes possível.

Neste sentido, afirmam-nos bem claramente que é necessário modificar inteiramente o conceito clássico em que até aqui se tem pretendido fundamentar o diagnóstico do cancro do estômago, tanto sob o ponto de vista clínico, laboratorial ou radiológico.

GUTMANN, PERISTIANY e IVAN BERTRAND, no seu livro sobre o diagnóstico precoce do cancro gástrico e noutros trabalhos sobre este assunto, fornecem-nos as bases essenciais em que deve fundamentar-se um tal diagnóstico.

Segundo os referidos Autores, é, sobretudo, nos caracteres iconográficos do nicho radiológico, imagem mais frequente do cancro gástrico de início, e ainda principalmente na tendência evolutiva dos sintomas clínicos e das imagens radiográficas que deve assentar o diagnóstico precoce do cancro do estômago.

Sendo, como anteriormente dissemos, a forma ulcerosa, a modalidade mais frequente do cancro gástrico de início, este tem como expressão radiológica habitual um nicho, tal como acontece na úlcera de CRUVEILLER.

Deste modo, o diagnóstico radiológico do cancro gástrico inicial confunde-se muitas vezes com o da úlcera, sendo esta a causa mais frequente dos erros de diagnóstico ou do diagnóstico tantas vezes tardio no cancro do estômago.

Para se fazer o diagnóstico diferencial, há que atender não só aos caracteres especiais de que se revestem muitas vezes os nichos cancerosos, mas ainda à tendência evolutiva que se observa nestas imagens, apesar do tratamento, enquanto os nichos simplesmente ulcerosos têm habitualmente uma tendência regressiva, podendo mesmo desaparecer temporariamente sob a influência do tratamento adequado.

Pelo que respeita aos caracteres especiais dos nichos cancerosos, há que atender, sobretudo, segundo a opinião de GUTMANN, CARMAN, KIRKLIN, etc., ao tamanho do nicho, geralmente maior no cancro do que na úlcera.

Este facto, sem ser constante nem patognomónico, resulta essencialmente de que as ulcerações cancerosas do estômago (cancro ulceriforme, úlcera degenerada, etc.), são geralmente de maior diâmetro do que a úlcera simples de CRUVEILLER, como bem averiguou EUSTERMANN nas suas investigações sobre este assunto.

Além do tamanho, ainda a forma do nicho, a irregularidade dos contornos e o modo de implantação na parede gástrica, são outros detalhes a que o radiologista deve atender para fazer o diagnóstico diferencial entre o cancro gástrico e a úlcera.

E assim, os nichos de forma triangular, ou em *plateau*, são geralmente condicionados por uma ulceração cancerosa do estômago.

Ainda os nichos encastoados na parede gástrica, contidos numa depressão ou numa pequena lacuna, (GUTMANN) os nichos em pessário (CARMAN) bem como os nichos de bordos irregulares, são geralmente determinados por ulceração maligna.

Devemos, no entanto, notar, segundo a opinião prudente de GUTMANN, que estes caracteres nada têm de patognomônico, constituindo apenas indícios de probabilidade, mas que muitas vezes pode tornar-se em certeza desde que a observação radiológica seja feita por radiologista experimentado e usando uma técnica perfeita.

Mas, além dos caracteres apontados como mais ou menos específicos dos nichos de origem cancerosa, é sobretudo a tendência evolutiva ou regressiva das imagens radiológicas que melhor pode permitir fazer o diagnóstico diferencial precoce do cancro do estômago.

Para se atingir esta finalidade, necessário se torna repetir o exame radiológico depois de uma prova terapêutica adequada, que deve consistir, essencialmente, na dieta, repouso, anti-espasmódicos, bismuto e proteínoterápia (Novoprotine ou Soluprotine), segundo a prática recomendada por GUTMANN, durante um período de 20 a 30 dias. Sob a influência deste tratamento, os processos ulcerativos gástricos tendem geralmente para a acalmia, sobretudo quando se trata de úlcera de CRUVEILLER, sendo a melhoria dos sintomas clínicos acompanhada em regra de atenuação ou mesmo desaparecimento dos sinais radiológicos.

Nos casos de ulceração maligna, o sofrimento clínico persiste em regra ou é apenas atenuado pela influência do tratamento, podendo, no entanto, em certos casos, desaparecer como na úlcera.

Pelo que respeita aos sinais radiológicos, estes persistem em regra apesar do tratamento, e, muitas vezes verifica-se mesmo um agravamento das imagens, ao contrário do que acontece nos processos ulcerativos benignos.

E é, sobretudo, fazendo o confronto e a conjugação dos factos observados, na tendência evolutiva ou regressiva dos sintomas clínicos e das imagens radiológicas, que se pode fazer muitas vezes o diagnóstico diferencial precoce do cancro gástrico.

A este respeito, GUTMANN estabelece algumas regras, que, sem serem infalíveis, podem no entanto servir para ajudar a resolução do problema do diagnóstico diferencial do cancro do estômago num grande número de casos.

E assim, e de harmonia com os resultados observados na evolução dos sintomas clínicos e das imagens radiológicas, sob a

influência do tratamento anteriormente referido, GUTMANN estabelece os seguintes princípios que nos devem orientar em face dos doentes com lesão orgânica do estômago:

1.º — Desaparição dos sintomas clínicos e dos sinais radiológicos sob a influência do tratamento = lesão benigna certa.

2.º — Desaparição dos sintomas clínicos e atenuação dos sinais radiológicos = lesão benigna provável (doente para continuar em observação).

3.º — Desaparição dos sintomas clínicos e persistência notável dos sinais radiológicos = lesão suspeita de malignidade (doente a continuar sob vigilância, sobretudo quando a lesão tiver a sua sede na porção horizontal da pequena curvatura).

4.º — Persistência dos sinais clínicos e radiológicos = lesão muito suspeita de malignidade (aconselhar o doente a operação).

5.º — Persistência dos sintomas clínicos e aumento dos sinais radiológicos, apesar do tratamento — lesão maligna certa (operação imediata).

6.º — Desaparição dos sintomas clínicos e intensificação dos sinais radiológicos = lesão maligna certa (operação imediata).

Estes princípios acabados de enunciar, serão sobretudo aplicáveis nas formas ulcerosas do cancro gástrico (ulcera transformada, cancro ulceriforme). Nas formas vegetante e infiltrante, bastante mais raras, o problema do diagnóstico precoce apresenta ainda maiores dificuldades, que só poderão ser resolvidas em certos casos lançando mão de todos os recursos semiológicos adequados e com a interpretação judiciosa de todos os factos observados.

RESUMO

O diagnóstico precoce do cancro do estômago constitui um dos problemas mais inquietantes da medicina contemporânea.

A dificuldade de resolução de tal problema advém sobretudo do facto de o cancro gástrico não condicionar inicialmente quaisquer sintomas clínicos ou sinais radiológicos específicos que imponham o seu diagnóstico.

Daqui resulta o facto de os doentes de cancro gástrico só muito tardiamente serem enviados para os serviços de cirurgia, em condições de muito raramente poder ser praticada uma intervenção resseccionista ou curativa.

Até ao momento actual, verifica-se que 50% dos doentes de cancro gástrico se apresentam nos serviços de cirurgia em condições de absoluta inoperabilidade; em 30% dos casos, apenas pode ser praticada uma intervenção paliativa, e apenas 20% dos doentes se apresentam em condições de operabilidade, e, destes, só 5 a 10% oferecem verdadeiras condições de curabilidade.

Não devemos depositar grande confiança nos resultados das análises laboratoriais para a resolução do problema do diagnóstico precoce do cancro do estômago.

Torna-se necessário modificar a orientação expressa nos livros clássicos de Patologia acerca do diagnóstico do cancro gástrico, pois que, segundo essa orientação, apenas se conseguirá fazer o diagnóstico demasiadamente tardio, sem qualquer interesse terapêutico.

Para fazer o diagnóstico precoce do cancro gástrico o maior número de vezes possível, é necessário atender aos seguintes preceitos:

1.º — A sintomatologia clínica do cancro gástrico no início, é a maior parte das vezes semelhante à da úlcera de CRUVEILLER, tornando-se por isso necessário fazer em todos os casos o diagnóstico diferencial com esta doença.

2.º — O cancro gástrico pode observar-se em todos os períodos da vida, embora sendo raro antes dos 20 anos e observando-se com mais frequência nos indivíduos com idade compreendida entre os 40 e 50 anos.

3.º — Os resultados das análises laboratoriais são de pouco valor para o diagnóstico precoce do cancro do estômago.

4.º — Os sinais radiológicos do cancro gástrico no início, não são suficientemente característicos, confundindo-se a maior parte das vezes com os da úlcera, e são a causa de muitos diagnósticos tardios.

5.º — O exame gastroscópico apenas em certos casos pode ajudar o diagnóstico precoce diferencial.

6.º — O diagnóstico precoce do cancro do estômago só pode fazer-se pela tendência evolutiva ou expressiva dos sinais clínicos e radiológicos, depois da prova terapêutica adequada.

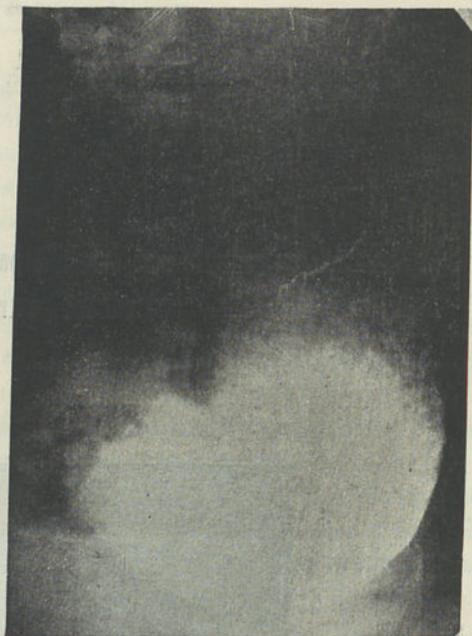
Alguns aspectos radiológicos, servindo para o diagnóstico diferencial
do cancro gástrico



Caso I — Fig. 1

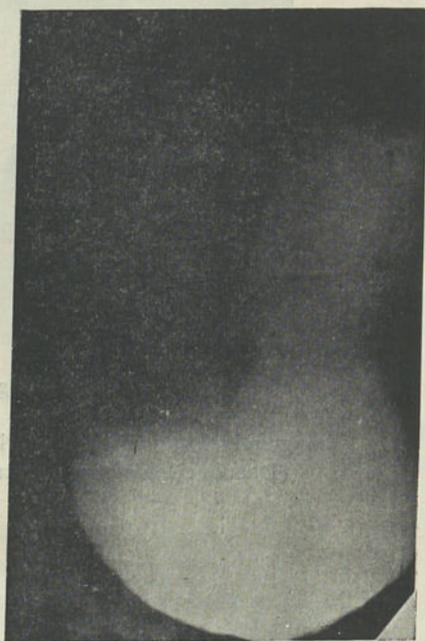
Imagem lacunar do antro pilórico, por sífilis gástrica.
(Doente curado com o tratamento específico)

Fig. 1
Volumoso nicho da
pequena curvatura por
úlceras gástricas.



Caso II

Fig. 2
Desaparecimento
do nicho da pequena
curvatura, com o tra-
tamento médico



Caso II

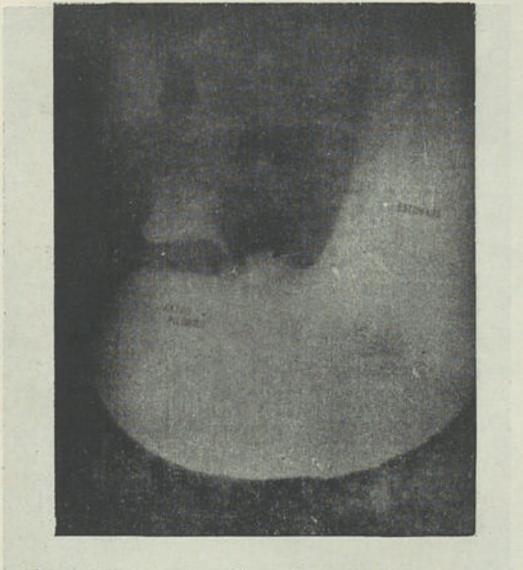


Fig. 1

Nicho em plateau
da porção horizontal
da pequena curvatura
(Cancro gástrico)

Caso III



Fig. 1

Valumoso nicho em
plateau da pequena
curvatura
(Cancro gástrico)

Caso IV

Fig. 1
Pequeno nicho
da pequena curvatura



Caso V

Fig. 2
Aumento do nicho
da pequena curvatura,
após 20 dias
de tratamento
(Cancro gástrico)



Caso V

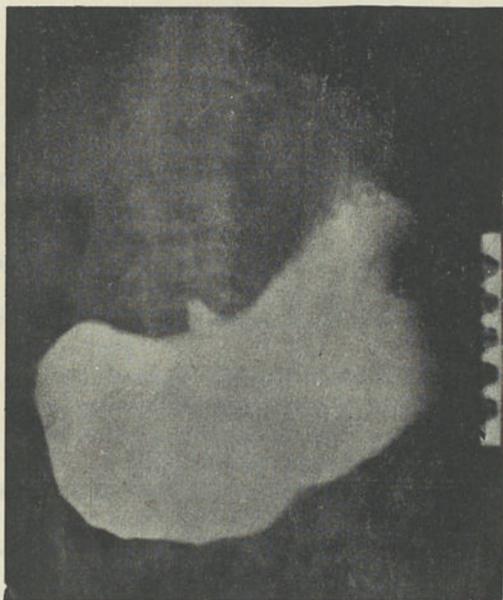


Fig. 1

Pequeno nicho
da pequena curvatura

Caso VI

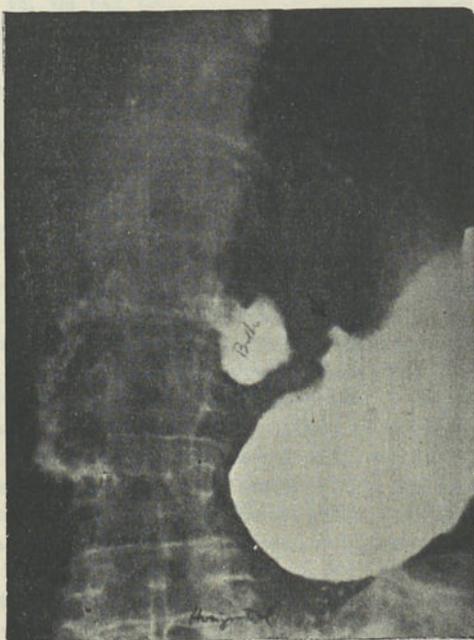


Fig. 2

Após 25 dias de trata-
mento médico, o nicho
tornou-se mais volumoso
e irregular
(Cancro gástrico)

Caso VI

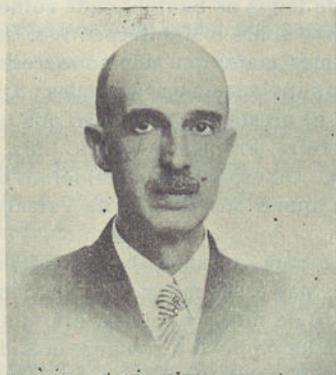
BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ — *How early to physicians diagnosis cancer in themselves Histories of 45 cases* — «Journal of Am. Med. Assoc.», t. xcvi, 11 de Julho de 1931, pág. 77.
- ALVAREZ e MAC CARTY — *Aspect des ulcères et cancers gastriques révésqués* — «Journal Am. Med. Assoc.», t. xci, 28 de Junho de 1928, pág. 226.
- AUDISTÈRE — *De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac* — «Tese-Paris» 1902.
- BARCLAY — *The digestive tract and radiologic study of its anatomy, physiology and pathology* — «Cambridge University Press», 1936.
- BARCLAY and CANTOB — *The interpretation of the radiographic appearances of gastric cancer* — «British Med. Journal», 8 de Dez. de 1928, pág. 1026.
- BLOOMFIELD — *Diagnosis of early cancerous changes in ulcer* — Journ. of Am. Med. Assoc., 6 de Abril de 1935, pág. 1197.
- BASTIANELLI — *Rapport à l'International Cancer Conference* — Londres, 1928.
- BOAS — «Deutsch Medizin Wochenschrift» t. ii, 1935, pág. 2003.
- BOUVIER — *Sur la disposition spontanée des niches dans les ulcères gastriques* — «Tese-Paris», 1935.
- BUTSCH — *Ulcers of pyloric ring* «Proc. Meet. Mayo Clinic», 1935, pág. 455.
- CARMAN — *Benign and malignant gastric ulcers* — «Amer. J. Roentg.», 1921, vol. viii, pág. 695.
- CARNOT (P.) — *Les syndromes cardio-pyloriques d'emprunt dans les neoplasmes gastriques* — «Revue Médicale Française», Maio de 1929.
- CHARRIER, IVAN BERTRAND, JAHIEL — *Gastrite phlegmoneuse à poussées aiguës* — «Arch. des Mal. de l'Ap. Digestif.» Janeiro de 1934.
- CHAUMERLIAC — *Les complications susceptibles de modifier la symptomatologie de l'ulcère gastro-duodénale* — «Journal Médical Français», vol. xxiv, Novembro de 1935, pág. 385.
- CHEVALIER, MOUTIER, SEVAUX — *L'expression clinique des achlorhydries* — «Arch. App. Digestif», t. xxv, 1934, pág. 203.
- CHAPUY — *A propos des ulcères gastriques et duodénaux chez les sujets de plus de 45 ans* — «Lyon Médical», t. clvii, Junho de 1936, pág. 678.
- COLLINS — *Is gastric ulcer benign, or malignant* — «Surg. Clin. North. Amer. J. of Suvery», vol. xv, Agosto de 1935, pág. 915.
- CORMATY — *L'ulcère de la grande courbure de l'estomac* — «Tese-Marselha», 1935.
- CONFORT and VAUGANT — *Gastric acidity in carcinoma of stomach* — «Amer. J. of Surgery», t. xxvi, Dezembro de 1934, pág. 447.
- CRAMER — *The prevention of cancer* — «The Lancet», vol. i, Janeiro, 1934, pág. 1.
- DÉGUIGNANT — *Le cancer ulcérisé du pylore* — «Tese-Paris», 1922.
- DESPLAS et GASTON DURAND — *Ulcère cancérisé ou cancer ulcéiforme?* — «Arch. Mal. de l'Opp. Digestif», vol. xxv, Maio de 1935, pág. 441.
- DUPLANT — *De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer* — «Tese-Lyon», 1897.
- DUVAL (P.) — *L'ulcère de la petite courbure* — Rapport au 29.º Congrès de Chirurgie, Paris, 1920.

- EUSTERMAN and BALFOUR — *Gastric cancer and ulcer* — «Journal of Amer. Med. Assoc», vol. xcix, 1932, pág. 1864.
- EWING — *The eclation of gastric ulcer to cancer* — «Annales of Surgery», vol. LVII, n.º 6, pág. 715.
- FINSTERER — *L'ulcéro-cancer de l'estomac* — «Rev. de Chirurgia», t. LXXII, Julho de 1934.
- GUTMANN, IVAN BERTRAND, PERISTIANY — *Le cancer de l'estomac au début* — G. Doin e C.ª Editeurs-Paris, 1939.
- H. F. MOULLINS — *The influence of peptic and hydrochloric acid on the healing of gastric defects* — «Surgery, Gynecol. and Obst.», Fever., 1936, pág. 149.
- HUNDEK — *X rays indiagnosis of early carcinoma of the stomach* — «British Journ. Radiol.», 1929, pág. 421.
- HARTMANN (H.) — *L'ulcéro-cancer de l'estomac est il frequent?* — «Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir. Fever. de 1928, p. 263.
- HAYEM — *Nouvelle contribution à l'étude des formes cliniques de l'ulcère-cancer prepylorique* — «Presse Médicale», n.º 78, 1928, pág. 1137.
- KIRKLIN and EUSTERMANN — *Combined roentgenological and clinical differential diagnosis of benign and malignant lesions of the stomach* — «Amer. J. of Surgery. vol. xv, 1932, pág. 462.
- KONJETZNY — «Medizinisch Klin.», vol. xxxi, 1935, pág. 501,
- LANDUN — *The gastric ulcer-cancer problem* — «Ann. of Surgery», 1935, pág. 536.
- MAC CARTY — *Chronic ulcer and carcioma of the stomach* — «Amer. Journ. of Medical Sciences», CLXXII, 1927, pág. 173.
- MORLEY — *Discussion on carcinoma of the stomach* — «Britsch Medical Journal», 1925.
- MOUTIER — *Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac* — Masson Ed., Paris, 1935.
- NEWCOMB — *The relationship between peptic ulceration and gastric carcinoma* — «Brits. Journ. Surgery», vol. xx, 1932, pág. 279.
- PAUCHET et HIRSCHBERG — *Cancer de l'estomac* — Doin Ed., Paris, 1928.
- PATERSON — *Early diagnosis of cancer of the stomach* — «Port-Graduate Med J.», 1931, pág. 87.
- PERISTIANY (Th.) — *Le cancer ulcériforme de l'estomac* — «Tese-Paris», 1937.
- RAMON (L.) — *Ulcéro-cancer gastric — Neoplasmes* — Março, Abril, 1935.
- RENAUD — *Les cancers et leurs complications* — Masson Ed., Paris, 1927,
- ROUSSY — *Le cancer* — «Nouveau Traité de Médecine», 1928, Masson Edit.
- SANEROT — *Le cancer de l'estomac à evolution lente* — «Tese-Lyon», 1906.
- SAVIGNAC — *Fausses niches radiologiques de cancer gastrique* — «Bull. Soc. Gastro-Enterol.», 1936.
- SCOTT — *Possibility of malignancy as is effects treatment of chronic gastric ulcer* — «Ann. of Surgery», vol. cu, 1935, pág. 586.
- *The relationship of carcinoma and callous gastric ulcer* — «Surg. Gynecol. and Obst.», vol. XLVI, 1928, pág. 199.
- VASSELLE — *La disparition des niches gastriques après traitement medical de l'ulcère d'estomac* — «Gazette Médicale de France», Fever., 1936, pág. 27.

OS PROFESSORES FERNANDO SALAMANCA E VALENTIM MATILLA EM COIMBRA

Estiveram em Coimbra, de 19 a 22 de Janeiro, os Professores da Faculdade de Medicina de Madrid F. E. de Salamanca e V. Matilla que aqui vieram fazer conferências. A primeira foi pronunciada pelo Prof. Salamanca, no dia 19 às 17 horas no Salão Nobre dos Hospitais e, na apresentação ao público numeroso que o ouvia, o Prof. Dr. Rocha Brito disse, em resumo o seguinte:



PROF. DR. F. SALAMANCA



PROF. DR. V. MATILLA

Tendo recebido, como professor de «Clínica médica», do Ex.^{mo} Director da nossa Faculdade, a incumbencia de dar as boas vindas e fazer a apresentação de V. Ex.^a Senhor Prof. Fernando Salamanca, bem desnecessária diante deste illustre auditório, é com prazer que cumpro tão honrosa missão.

Seja, pois V. Ex.^a benvindo a esta nossa terra e a esta nossa Universidade, quasi tão antiga como a vossa primeira Universidade. É sempre jubilosamente que nós portugueses, acolhemos os intellectuais da pátria irmã, mórmente os que cultivam a satulífera ciência, arte e profissão médica.

Teve a Espanha na História da Medicina a sua idade de ouro nesse belo século xvii, em cujo ceu brilharam durante mais de uma centúria estrelas de primeira grandeza, formando constelações de intenso brilho,

constelações que foram a anatomia, ensinada em Valhadolide por Guevara, que foi mestre aqui em Coimbra e aqui publicou em latim o seu primeiro livro; por Valverde de Amusco, discípulo de Realdo Colombo, prosélito de Vesálio, cuja obra corrigiu nalgumas passagens e ampliou noutros e por muitos outros, que seria prolixo enumerar;

A Cirurgia praticada por Francisco Arceo, que a exercitou no Mosteiro de Guadalupe, onde operou doentes vindos de toda a parte do mundo; por Francisco Dias, que se especializou na Urologia; Agüero, autor de tantíssimos tratados cirúrgicos; por Daza Chacon, cirurgião militar, que escreveu uma obra cirúrgica em *romance e latim*, onde ensina o tratamento dos aneurismas pela laqueação das artérias; por Lolura de Avila e Damião Carbon, distintíssimos tocólogos que escreveram sobre obstétrica e prática de parteiros; por Gutierrez Godvy que afirmava deverem as mães amamentar seus filhos;

A medicina interna, onde são inumeras e brilhantes as estrelas de primeira grandeza, cujos nomes mais importantes quer na patologia pura, quer na clínica, apenas pronunciaremos: Gomez Pereira, talvez de sangue português, Luiz Mercado, André Laguna, Ruy de Isla, notável sifilígrafo que foi médico em Lisboa no Hospital de todos os Santos, onde colheu os elementos para o seu hoje raríssimo livro sobre o Mal Serpentino, isto é, a sífilis, João de Villa rreal, e tantíssimos mais, que não só escreveram sobre a Clínica Geral, mas sobre as mais variadas especialidades: a Filosofia Médica, tão apreciada então e que se prestava à revelação dos talentos e dos génios, como os de Gomes Pereira, Francisco Valies, Luiz Mercado, Huarte Navarro, Miguel Laberco. Os espanhoes consideram como o médico e filósofo Francisco Sanches, que é nosso, seja de Valença do Minho, seja de Braga.

Depois, depois vem o colapso, embora vejamos brilhar ainda no firmamento médico um ou outro luzeiro, mas esses mesmos extinguem-se, sem deixarem sequência: E dura cerca de duas centúrias, até, que em nossos dias a medicina espanhola rebrilha de novo e ressurge com desusado fulgor. Para não sairmos da nossa constelação clínica e da Universidade de Madrid, três nomes se impõem à nossa admiração;

Com o de V. Ex.^a são eles os de Gregório Maraño e de Jimenez Diaz bem conhecidos e estimados em Portugal.

Mas, nos outros sectores, outros nomes poderíamos citar, atestando que há indiscutível e patente um ressurgimento da medicina espanhola, que parafraseando, podemos classificar como una nova idade de ouro.

V. Ex.^a com o trabalho que estamos anciosos por ouvir — em dentre tantíssimos que tem realizado — vai demonstrar se tanto fosse preciso, a veracidade da muita afirmação.

O Prof. Henrique de Salamanca, depois de pronunciar palavras de agradecimento e de exaltação para a gloriosa Universidade de Coimbra numa linguagem sóbria, clara e elegante, pronunciou depois a sua lição sobre Fotometria urinária.

Salientando a importância que sempre foi dada em Patologia, ao exame da urina, disse que a fotometria nada mais era do que uma modalidade de inspecção deste líquido orgânico, inspecção instrumental e especializada, capaz de nos fornecer os mais interessantes resultados.

Referiu-se aos trabalhos de Helmeyer, pondo em destaque a flagrante desproporção existente entre o esforço deste autor e os escasos resultados a que chegou, resultados meramente quantitativos, não nos permitindo mais do que dizer se uma urina era hipocrômica, normocrômica ou hiperocrômica.

Ora, sendo certo que a cor igual de duas urinas pode resultar de pigmentos diferentes em quantidade e qualidade, o interessante seria conseguir caracterizar, fotométricamente, os diversos pigmentos de uma dada urina, uma vez que a existência destes se dá tanta importância em afecções diversas.

Foi isso que o conferente conseguiu, de concurso com Poggio e Juanes, usando, como Helmeyer o fotómetro de Pulfrich mas trabalhando com todos os filtros, isto é, operando em diversos comprimentos de onda e reduzindo à unidade, por um pequeno cálculo preliminar, os coeficientes de extinção da urina tipo. Conseguem-se, assim, eliminar o valor do corante normal da urina, destacando-se, muito mais facilmente, o aumento patológico que porventura um dado pigmento haja experimentado.

Colocando em ordenadas, os valores destes coeficientes de aumento e em abcissas, os diversos comprimentos de onda, conseguimos obter curvas de uma grande sensibilidade e clareza, as chamadas curvas de aumento, muito mais expressivas do que as anteriormente usadas, traçadas em função dos coeficientes de extinção.

Nesta conformidade e operando com urinas normais e patológicas, verifica-se que cada pigmento influencia a curva em diferentes comprimentos de onda. A bilirubina influencia-a no comprimento de onda 430 $\mu\mu$ (filtro S 43), a urobilina no filtro S 50, a porfirina no filtro S 57, de tal modo que a existência destas substâncias numa urina, faz imediatamente subir a curva, por alturas do respectivo comprimento de onda.

Este aumento de coeficientes, poderia ser devido à diminuição da quantidade de urina, e é, à subida de concentração. No entanto, o Prof. Salamanca comparando a quantidade de eliminação com os coeficientes, pode notar que algumas vezes, apesar de diminuir a

quantidade de urina, os coeficientes não aumentam, chegando, em ocasiões, a diminuir e vice-versa.

O conferente, escutando com o máximo interesse, fez projectar gráficos diversos, ilustrativos da sua exposição.

Referiu-se em seguida, ao especial interesse clínico que apresenta o estudo da urobilina, hilirubina e porfirina urinárias, no decurso de certas doenças infecciosas e hepáticas.

Operando com os respectivos filtros (S 43 para a bilirubina, S 50 para a urobilina, e S 57 para a porfirina) e determinando por diversas vezes, no decorrer de uma afecção, os valores dos coeficientes de aumento das diversas amostras de urina, podemos construir curvas demonstrativas de como variam aquelas substâncias com a evolução do processo.

O exame atento destas curvas, consideradas no seu conjunto e nas suas relações reciprocas, é do maior interesse em patologia hepática.

O Prof. Salamanca seguiu variados casos de icterícia, estudando a urina fотométricamente e elaborando as curvas dos três pigmentos citados.

Alguns destes casos foram seguidos até à cura, outros não puderam, por causas diversas, ser seguidos até final.

No início da icterícia são altos os valores de todos os pigmentos, os quais descem depois progressivamente, embora sujeitos a oscilações várias.

É sobretudo interessante, a maneira como se comportam entre si as curvas da bilirubina e da porfirina. No início da enfermidade é maior a quantidade de bilirubina, mas, com o decorrer da icterícia, a bilirubina desce para a sorfirina subir progressivamente até cruzar e ultrapassar a curva daquela.

Em seguida as curvas vão descendo até ao valor 1, sinal este de altíssimo valor, que nos permitir afirmar a cura efectiva do processo. Nos casos em que este cruzamento e esta queda das curvas até 1, ou próximo de 1, se não tenha dado, podemos afirmar que o processo ainda não curou.

Se este doente tem alta e interrompem o tratamento, farão, com toda a probabilidade, uma recrudescência do seu processo.

Isto é assim, admite o Prof. Salamanca, porque a célula hepática transforma as porfirinas em bilirubina. No começo da icterícia, predominando a fase obstrutiva canalicular, a célula hepática ainda

transforma as porfirinas em bilirubina; posteriormente, porém, a lesão celular acentua-se, caímos na fase porenquimatosa, subindo as porfirinas e descendo a bilirubina; finalmente a lesão celular vai melhorando, aproximando-se os pigmentos do valor normal.

Em casos de cirrose, a curva da porfirina é mais alta que a da urobilina, indicando-nos o predomínio da lesão celular.

Num caso de cancro hepático, o Prof. Salamanca (que mostrou ainda interessantes gráficos colhidos em casos de febre tifoide, Kala-azar, etc.) viu, durante toda a evolução, um predomínio da curva da urobilina, como se a lesão fora canalicular.

No dia 21 e à mesma hora coube a vez a magnífica lição do Prof. V. Matilla, pronunciada na mesma sala perante público selecte. Foi a apresentação feita pelo Prof. Meliço Silvestre que disse aproximadamente o seguinte:

Como é do conhecimento de todos V. Ex.^{as} encontram-se entre nós, desde sábado, duas figuras eminentemente representativas do meio Universitário Espanhol.

A visita de intellectuais espanhois a Portugal traz sempre para nós grande júbilo porque os laços que unem portugueses a espanhois provem da raça, da religião, da língua e são consagrados pela História, na defesa dum património espiritual comum aos dois povos.

Na sessão de sábado tivemos o prazer espiritual de ouvir a interessante conferência do Snr. Doutor Enriquez de Salamanca, hoje cabe a vez ao Snr. Doutor Valentim Matilla, Professor Catedrático de Microbiologia e Parasitologia da Faculdade de Medicina de Madrid, Director do Hospital Clinico da Faculdade de Medicina, Fundador e Director do Instituto Espanhol de Medicina Colonial, Secretário e Chefe de Secção do Instituto Nacional de Ciências Médicas, Membro da Real Academia de Medicina (Instituto de Espanha), Chefe do Instituto Nacional de Sanidade, Conselheiro de Medicina do Trabalho. Autor de vários vlvros:

- « Microbiologia Médica » (em dois tempos).
- « Técnica Bacteriológica y Parasitológica ».
- « Tratado español de Higiene y Sanidade » (em colaboração).
- « Técnica y Administracion Sanitarias ».
- « Estampas Tropicales » (no prelo).

Várias monografias e numerosos trabalhos de investigação sobre paludismo, febre recorrente, carbúnculo, quimioterapia, etc. etc.

Para se ficar a fazer uma ideia do feeuundo labor científico deste Professor basta referir alguns trabalhos realizados no Instituto de Medicina Experimental e no Instituto de Medicina Colonial.

Em 1943 publicou « Nuestrós hallazgos en relación con la parasitología de la malária », trabalho valioso em que se resume a sua importante contribuição para o estudo das formas exò-eritrocíticas no problema da malária; as suas investigações são feitas na medula esternal (tecido rico em elementos do sistema retículo-endotelial) e compreendem:

- a) — frequência de formas livres nos palúdicos activos;
- b) — formas livres em fases diversas da evolução do paludismo;
- c) — formas despigmentadas;
- d) — formas livres pigmentadas;
- e) — frequência em doentes que sofreram malarioterápia;
- f) — reconhecimento do ciclo evolutivo completo do impaludado;
- g) — frequência destas formas nos palúdicos lantentes;
- h) — suas relações com uma terapêutica anti-causal.

Em 1944 publicou de colaboração com o seu Prof. auxiliar Aparício Garrido um novo método de coloração de elementos celulares e parasitários do sangue.

Tomando como ponto de partida os elementos componentes da técnica do malariologista italiano Maniscalco, encontrou um método que pode substituir o clássico Giemsa, com a vantagem de fornecer, por vezes, maior número de pormenores morfológicos e, além disso, não necessitar do emprego do álcool metílico e de glicerina (muito raros nas actuais circunstâncias) publicou de colaboração com Lastra Soubrier e Diez Melchor dois interessantes estudos sobre o valor das provas biológicas usadas « in vitro » para a classificação e identificação do germen *Estafilococos*: — produção de pigmento, gelatinase, fermentação sacarolítica, poder bacteriostático dos corantes (azul de bromo-timol), produção de hemotoxina, estafilo-coagulase, poder caseinólítico; concluindo que as três últimas são necessárias e suficientes para fazer a sua classificação permitindo-nos distinguir um estafilococo saprófita de outro que seja patogénico.

Ainda em 1944 fez um criterioso estudo da sensibilidade das reacções de Pandy, Nonne Apelt e Grigorescu na investigação das globulinas do líquido cefalo-raquídeo, concluindo que esta última reacção é tão sensível como as primeiras, tendo além disso as vantagens da sua simplicidade, resultado rápido e poucas causas de erro.

Publicou ainda de colaboração com Lastra Soubrier, um curioso trabalho « Produccion de fibrinolisisa por germenés anaeróbios », etc., de alto interesse no estudo destas espécies.

Meus senhores, na sessão anterior, o Sr. Professor Rocha Brito, numa brilhante síntese, teve ensejo de se referir ao periodo de *renovação científica actual* e à chamada *Idade de ouro da Espanha*, salientando, muito justamente, as figuras de 1.^a grandeza desta última idade. Eu, usando da linguagem bastante expressiva de que se serviu ante-ontem o Sr. Professor Salamanca, direi que, representando gráficamente a vida cultural dos

povos, nós encontramos também nessa curva, máximos; presentemente, a Espanha vai traçando um ramo ascendente na sua curva de cultura; e, juntando os meus votos aos do Sr. Prof. Rocha Brito, desejo que, o máximo para que ela agora caminha, se destaque sensivelmente de todos os outros, para sua maior honra e glória e bem-estar de toda a Humanidade.

Depois de agradecer vivamente as cordiais e encomiásticas palavras de apresentação, que acabava de pronunciar em sua honra o Prof. Meliço Silvestre, entra no estudo e concepção das reticuloendotelioses, pois o título da sua lição é A nossa contribuição para o estudo dos reticuloendotelioses parasitárias, considerando-as, no sentido da sistemática moderna de Rossle, como uma perturbação das funções exigidas do reticulo-endotélio.

Fixa-se, principalmente, na função macrofágica ou péxica, como fundamental ao estudo que seguidamente há-de empreender.

Considera o mecanismo e significação dos «bloqueios» experimentais, desde Ponfic, e dos factos que espontaneamente se verificam na clínica, como substratum patogénico das infecções e parasitoses em geral, e muito particularmente no respeitante às espiriloses, piraplasmoses, Kala-azar e paludismo.

Esta última protozoose («enfermidade crónico recidivante», segundo a defenição de Schultes) é hoje patogénicamente bem conhecida, graças ao esforço dos investigadores modernos

Depois de citar o facto de observação insólita, de Schaudinn, considera as particularidades e diferenças que se observam no paludismo produzido pela inoculação de sangue infectado (merozoítos) ou pela picada de anofeles infectante (esporozoítos). Faz notar o diferente comportamento e poder esterilizante das drogas anti palúdicas, segundo se trata de um ou outro caso.

Faz, em seguida, um sucinto mas interessantíssimo estudo de revisão do problema patogénico da malária, começando pelos trabalhos fundamentais de James e Tate, de Kikuth e Mudrow, de Raffaele, de Missirolli e Boyd, Corradeti e Cinca, etc, até chegar aos seus próprios estudos em palúdicos vulgares e em impaludados terapêuticamente (tratamento de parasífilis nervosa).

Recorreu, nestes trabalhos, à punção esternal e a uma técnica original de coloração, demonstrando a frequente verificação, de formas livres ou plasmáticas, tanto no período de evolução como no período de incubação do paludismo, ainda que, neste caso, em menor percentagem que naquele.

Interpreta com critério original e próprio, o significado destas formas livres, que seriam—como disseram já outros investigadores—formas de transição entre os dois ciclos esquizogónico e esporogónico, bem conhecidos desde os clássicos estudos de Ross e Grassi.

Faz, em seguida, curiosas considerações acerca da aplicação desta doutrina ao diagnóstico e evolução da malária, tirando conclusões, bem fundamentadas, para orientar as técnicas de profilaxia e tratamento da doença.

Considera, finalmente, o problema da imunidade anti-palúdica, à luz dos conhecimentos deduzidos desta interessante doutrina e termina projectando numerosas e interessantes microfotografias, demonstrativas da evolução completa das formas livres ou E. E. (exo-eritrocítica) no organismo humano, tanto nos doentes com paludismo espontâneo, como nos impaludados terapêuticamente; estas formas E. E. podem encontrar-se, nas suas diferentes formas evolutivas, na medula óssea e, em geral, em todos os elementos tecidulares do mesenquima.

No dia 21 a Faculdade de Medicina ofereceu aos dois insignes catedráticos um banquete no Hotel Avenida onde foram trocadas palavras de exaltação de amizade luso-espanhola e acentuados os propósitos de uma colaboração cada vez mais estreita entre os médicos dos dois países vizinhos.

LIVROS & REVISTAS

Medicina, ano XIII, n.ºs de Janeiro a Dezembro de 1945 e n.ºs de Janeiro e Fevereiro de 1946. No número de Fev. 1945, n.º 2, aí se insere um artigo *Diagnóstico diferencial de los comas*, do Prof. Dr. Henriquez de Salamanca, que, por sua importância, com a devida venia, se transcreve na íntegra;

Es tema, éste, que no suelen tratarlo bien los libros. El que mejor lo trata es «La semiología del sistema nervioso», de Dejerine. Y si acaso también el «Roger y Vinal»; pero suelen considerarlo como tema de patología general, a pesar de ser claramente de patología médica.

Para sistematizarlo, hay que tener en cuenta la bibliografía, pero también la experiencia clínica. Esta demuestra que es frecuente el ingreso en el hospital de un enfermo sin habla y sin que haya parientes que puedan proporcionar datos, antecedentes a la pérdida del conocimiento. Es que, en efecto, coma es la pérdida de conocimiento, de las funciones de la vida de relación con más o menos, más bien menos, conservación de las de la vida vegetativa. Es pues, distinto del síncope, que es pérdida brusca de la vida de relación *consecutiva* a la pérdida de la vegetativa, y distinto del colapso, que es derrumbamiento de la vida vegetativa, sobre todo de las funciones circulatorias con conservación de la vida de relación, del conocimiento, aunque éste esté algo perturbado. El coma es, pues, parecido al sueño, ya que, al fin de cuentas, es un sueño patológico: pérdida o entorpecimiento de la sensibilidad y disminución de la motilidad. Se diferencia en que en el sueño el individuo se despierta por los estímulos, y en el coma no llega a despertarse del todo y cae en seguida otra vez en el sopor. El coma tiene grados: 1.º, *somnolencia*, que semeja sueño invencible; 2.º, el verdadero *coma*, en el que todavía responde fugazmente a los estímulos; y 3.º, *caro* o *coma profundo*, en que, ya no reacciona. Todo caro supone lesión encefálica, siendo en cambio el coma más propio de los casos funcionales o discrásicos, como los urémicos, diabéticos, etc., en que se puede sacar momentáneamente al sujeto de su estado.

Etiología de los comas.— Los comas, según su origen, son de tres tipos: discrásicos, lesionales y funcionales, menos importantes estos últimos, por ser pasajeros y no plantear problemas. De este último tipo son los de

(1) Lección explicada a requerimiento de los médicos titulares en el Curso de Perfeccionamiento.

los epilépticos, después del ataque convulsivo en que están en coma una hora y luego pasa, y los de las eclampsias y verminosis infantiles, que tienen también convulsiones, luego un rato de coma y se despiertan espontáneamente,

Los que hoy nos intereian son los verdaderos. Dentro de los discrásicos, encontramos dos tipos fundamentales: intoxicaciones endógenas y exógenas, y en las endógenas los más importantes son los comas urémicos, los diabéticos acidóticos y los hepáticos. Entre los exógenos hay una gran variedad, como los suicidas los accidentales, como los de óxido de carbono, gas del alumbrado y ácido cianhídrico, tan frecuentes en épocas de desinfecciones, y los medicamentosos, por deficiencias de dosificación. También son muy frecuentes los comas alcohólicos.

Los comas lesionales pueden responder a *inflamaciones* endocraneanas, encefalitis y meningitis, a alteraciones *vasculares* en las arterias o en las venas craneales, que dan origen a hemorragias, trombosis arteriales o venosas y dentro de este grupo incluimos también la apoplejía serosa de las nefritis eclámpticas y, por último, pueden responder a *traumatismos* del encéfalo con contusión e conmoción y también a la compresión, a que dan lugar los tumores endocraneales.

Este esquema nos permite hacer más fácilmente el diagnóstico diferencial. Este se hace ordinariamente por los antecedentes, que nos dan los familiares, preciosos si nos dicen que el enfermo era un renal o diabético o hepático; si por su profesión o vicios se ponía en contacto con tóxicos, como la morfina o el alcohol, aunque éste es fácil de reconocer por el olor a aldehído que el sujeto tiene, y si existen antecedentes infectivos o vasculares. Como en estos casos el diagnóstico es muy fácil, de ellos no vamos a hablar, sino que pasamos al diagnóstico diferencial basado en datos objetivos, que son los únicos que un hombre sin habla puede proporcionarnos. Para estos casos es preciso hacer una exploración metódica y elaborar con lógica los datos por ella recogidos.

Para ello lo primero es hacer la inspección del enfermo, en sus dos aspectos de general o hábito y exterior local, parte por parte, recogiendo lo que pueda encontrarse en cabeza, cuello, tórax abdomen y extremidades. En la inspección se recogen datos sobre la forma, el color y los movimientos.

Forma: la actitud y la forma pueden ser distinta de lo normal; las deformaciones, parálisis y contracturas indican un coma lesional, no discrásico. La cabeza puede estar inclinada y lo mismo los ojos: desviación conjugada de la mirada. Puede haber asimetrías de actitud en las extremidades por parálisis o por contractura, y lo mismo en los movimientos de la cara, como en el caso de los enfermos que «fuman en pipa», asimetrías que si se dan en comas discrásicos indican que en ellos hay ya un componente lesional. Un tipo frecuente en España, por las costumbres del pueblo, y que se puede diagnosticar por la inspección, es un coma discrásico con contractura general y movimientos (siempre que haya movimientos podemos decir que es coma discrásico), color rojo de cereza, lacado y con respiración estertorosa y profunda y que es debido a la intoxicación por el óxido de carbono.

El color rubicundo, con venas ingurgitadas, es típico de la hemorragia cerebral; el color pálido, de los nefríticos; el cianótico de las asfixias, y el icterico o subictérico, de los hepáticos. También hay que fijarse en el aspecto edematoso, o por lo menos, edemas conjuntivales de los nefríticos agudos y crónicos.

Los movimientos inquietos ya hemos dicho que son propios de los comas discrásicos, sean infectivos o tóxicos. La respiración es otro dato valioso, y así se encuentra la gran respiración de los acidóticos y anoxémicos y también en los hepáticos por la lactacidemia, pero en este caso con menos disnea. En el coma eclámptico hay salvas de polipnea típicas, que duran unos minutos y remiten para reproducirse de nuevo. De estas maneras podemos encontrar polipneas, disneas profundas, arritmias respiratorias, respiración de Biot o meningítica distinta de la de Cheine-Stokes, propia de isquémicos vasculares, que se encuentra en el coma urémico; respiración lenta y superficial en el coma por la morfina y el opio y producida por la inhibición que estos farmacos producen en el centro respiratorio.

Como movimientos podemos considerar el pulso, aunque éste no se recoja por la inspección y que puede ser grande o pequeño, lento o rápido, etcétera, y así en los comas infectivos hay taquicardia, aparte de que al tocarlos se les encuentra febriles. En la apoplejia por la compresión cerebral, hay bradicardia; es casi el único caso, porque en los otros suele ser pulso pequeño y taquicárdico. También en el primer periodo, el sincopal, de las apoplejias hay taquicardia con pulso pequeño, pero en el periodo de estado el pulso es lento y lleno.

Por la exploración local también se encuentran muchos datos para el diagnóstico. Empezando por la cabeza, exploraremos los ojos. Los globos oculares pueden estar propulsados o hundidos. Se encuentran blandos en los diabéticos, duros en las hipertensiones. La pupila no suele reaccionar a la luz si es coma algo profundo y estará miósica en el coma urémico y morfínico, medriásica en casi todos los comas, muy midriásica en el atropínico y presenta anisocoria muy característica en los comas lesionales encefálicos con midriasis en el lado afecto. Si se pudiera hacer en esos momentos exploración de fondo de ojo se verían retinitis albuminúricas, diabéticas, estasis de la papila; pero es ésta exploración aleatoria que no suele practicarse de momento.

Estos enfermos no sacan voluntariamente la lengua, pero puede el médico vérsela, y se encontrarán sequedad de ella en los comas discrásicos, que no tiene por qué presentarse en los lesionales; encías sangrantes en los hepáticos, ribete de Burton en la intoxicación plúmbica y, en general, en las metálicas.

En las narices y los oídos se encuentra a veces sangre mezclada con serosidad, que indica fractura de cráneo y que debe hacer al médico palpar la cabeza en busca de la lesión, pues si bien estos enfermos son quirúrgicos, en los primeros momentos los ve muchas veces el médico.

En el tórax, en estos casos hay que buscar datos de importancia. Muy interesantes son las asimetrías respiratorias, que en los viejos puede ser el único sintoma de una pulmonía, causante de coma. También hay que

ver el estado de las válvulas mitral y aórtica, cuyas lesiones pueden explicar una embolia cerebral.

En el abdomen podemos encontrar lesiones en el hígado, los riñones, dilataciones de estómago, que en algunas ocasiones han dado lugar al llamado coma péptico, etc.

En la piel pueden verse púrpuras, petequias, hemorragias, vibices propios de los comas hepáticos.

En las extremidades se encuentra hipotonía muscular, que se manifiesta por la asimetría de los muslos, que en el lado afecto se encuentran más aplastados que en el normal, que conserva la forma cilíndrica. Esta exploración se completa con la del tono y movimientos pasivos. Los reflejos tendinosos suelen estar abolidos, pero pueden conservarse unilateralmente en los lesionales. En el coma estricnico se encuentran exaltados. La inversión de los profundos y superficiales nos permiten afirmar una lesión de foco en el cerebro.

En los discrásicos suele haber hipermotilidad, intranquilidad motora, que es residuo del delirio agudo, del período de excitación y que en otros casos se reduce a ligera carfología.

O sea, que la exploración clásica separa los discrásicos de los lesionales, y, dentro de éstos, los inflamatorios con hipertermia, y los vasculares sin ella, si no están complicados.

Y así el dato de la fiebre puede hacer pensar en infecciones o en complicaciones encefálicas. Los comas vasculares unas veces dan fiebre y otras no y el valor pronóstico es distinto, lo mismo que el diagnóstico, y el médico debe saberlo. El ictus, que es consecuencia de la hemorragia, tiene tres fases: 1.ª, sincopal, con hipotermia, sin respiración ni pulso, que semeja la muerte, fugaz, que el médico no suele ver, porque no suele llegar a tiempo, y o se muere el enfermo o se normalizan la temperatura y la vida vegetativa; 2.ª, con respiración estertorosa, con ronquido, por la parálisis del velo del paladar y con rubicundez; 3.ª, inconstante, en que puede aumentar la temperatura por encima de la normal, tanto o más que en las infectivas, o subir más tarde. Las apoplejías con hipertermia son de mal pronóstico, pues indican inundación ventricular que suele matar, o localización en la protuberancia y el bulbo.

La inundación ventricular suele producir contracturas, como también las hemorragias meníngeas, y suelen iniciarse con crisis jacksonianas.

Si todavía no se llega al diagnóstico, es cuando se recurre a los *datos complementarios*. Se debe analizar la sangre, la orina y el licuor. La sangre está de color rojo vivo, lacada, en el coma por el óxido de carbono. Es como ladrillo molido mezclado con yeso en la lipemia diabética, que ahora no suele verse por el uso de la insulina. Está oscura en los anoxémicos, en los pulmoniacos con complicación encefálica. En la sangre deben analizarse la urea, la glucosa y la bilirrubina. En el coma de los hepáticos, aun siendo anictéricos, la bilirrubina es dos, cuatro, seis veces más de lo normal; en vez de los 1/4 miligramos por 100 hay 0,80, o lo más, un miligramo por 100 en estos anictéricos. La velocidad de sedimentación no aumenta en los comas hepáticos ni en los lesionales; pero sí en los infec-

tivos. En la orina debe verse la densidad, que estará aumentada en la diabetes y será isostenúrica en la insuficiencia renal; la albúmina, glucosa, urea, acetona, pigmentos (bilirrubina, urobilina y porfirina) y el sedimento. En el líquido céfallo-raquídeo debe buscarse todo lo referente a lesiones como presión, color, xantocromias, albúmina, pleocitosis, disociaciones albumino-citológicas de los meningiosmos, flora, urea y glucosa.

Otra consideración de tipo práctico es la edad del enfermo, que no es dato definitivo pero sí sugestivo. En los niños, el coma suele ser meningítico o pasajero, de tipo eclámptico o parasitario; en tanto que en los viejos suele ser por las «cañerías» esclerosas, el riñón senil o el hígado, que no aguanta una pulmonía atenuada, larvada, que en los viejos sólo produce somnolencia, tránsito al coma y algo de fiebre, no dando ni tos ni esputo herrumbroso ni dolor de costado, y en todo caso algo de disnea. En los adultos puede darse toda clase de comas.

No hay más que tener un orden de ideas y una exploración detallada y ordenada para que se acierte en el 90 por 100 de los diagnósticos clínicos; los errores suelen ser debidos a insuficiencia de la exploración.

Si el enfermo ha sido visto antes del coma, el caso es mucho más fácil, y más cuando hay comas que se anuncian como el diabético, que da charrones de cilindros; los comas urémico y hepático, que producen humor quebrado o dolor de cabeza, y los vasculares, que suelen dar pródromos.

Singularmente es interesante el modo de comenzar: brusco o lento.

Se suelen confundir el coma y la apoplejía, pero son distintos. La apoplejía es causa de coma; es el ictus, el polpe. El ictus es propio de la hemorragia y la embolia cerebral, y en cambio la trombosis no da muchas veces ictus, ni aun coma, sólo síntomas focales. El ictus en cielo raso suele ser embolia, porque antes no tenía ningún trastorno encefálico. Los otros tienen pródromos difíciles de distinguir entre sí: «chiribitas» en los ojos, mareos, afasias o paresias transitorias, momentos de confusión mental, etc. Los pródromos son debidos a la irritabilidad de las vasos enfermos, que precede en meses o en días al ictus. Pero, por sí solos, no permiten predecir si se producirá trombosis o hemorragia. El estado de la presión arterial decidirá. La hipertensión de mínima y de máxima, antes o después del ictus, habla en favor de hemorragia. La hipertensión de máxima sin la de mínima, en favor de arteriosclerosis y de trombosis.

La conducta del médico es distinta ante cada caso, pues si se trata de ictus con hipertensión de mínima se puede sangrar; pero si no la hay, es de edad avanzada y el comienzo no ha sido brusco, de modo que hace pensar en trombosis, no debe sangrarse, porque no hay necesidad y puede ser contraproducente. En ella habrá que aumentar la *vis a tergo*, por cardiotónicos y estimulantes, y, en cambio, en la hipertensión hay que usar derivativos, de los cuales no es el mejor la sangría, que es «pan para hoy y hambre para mañana». La apoplejía serosa es cuadro de eclámpticos, de nefritis subagudas con cefalalgias intensas, como si reventara la cabeza, más tarde, convulsiones eclámpticas, y por fin, el coma, de manera que se separa perfectamente de los otros cuadros. En esta apoplejía con gran

hipertensão, edemas periféricos y albúmina en la orina, es útil sangrar y todavía más útil hacer punción lumbar.

La Medicina Colonial, Órgão de informação do Instituto Espanhol de Medicina Colonial, tomo VI, n.ºs 5 e 6, Nov. e Dezembro de 1945.

Insero o presente fascículo desta revista — órgão de informação do Instituto Espanhol de Medicina Colonial — fundada e dirigida pelo Prof. Dr. Matilla, director do mesmo Instituto, colaboração variada e muito interessante.

Merece especial referência o artigo principal, conferência pronunciada na Real Academia de Medicina por Valentin Matilla, em que o ilustre catedrático de Parasitologia e Patologia Tropical da Universidade de Madrid, relata, em prosa agradável a viagem que fez como chefe de uma expedição científica à Guiné, descrevendo-nos, com raro espirito de observação, os costumes, clima, ambiente social e organização sanitária da Guiné espanhola.

É igualmente interessante o estudo que Romero Velasco dedica à «Insuficiência supra-renal nas doenças infecciosas», pela maneira completa como este assunto é tratado.

Moreno Berdugo e Infante Gomez publicam instrutivas «Notas sobre uma epidemia de febre recorrente», tratando, por fim, Vasquez de la Sierra de «Terapêutica do paludismo com Atepé, por via rectal, na primeira infância».

Anais do Instituto de Medicina Tropical, Novembro de 1945. Contribuição ao estudo do tratamento da lepra, segundo os resultados obtidos em 10 anos de terapêutica anti-leprótica, na Leprosaria Central de Goa, por O. de Laiola Pereira.

O A. faz a revisão dos processos terapêuticos usados, até hoje, no tratamento na lepra e dá conta dos resultados obtidos nos doentes da Leprosaria Central de Goa, de que é director. Divide o seu trabalho, documentado com 141 observações, em duas partes.

Na primeira considera aquilo a que chama o tratamento preparatório da lepra: conquista da cooperação integral do doente; manutenção de um bom estado orgânico, por alimentação suficiente, racional e equilibrada; entretenimento físico e distração mental, conseguidos por ocupações apropriadas para cada doente; preservação e tratamento das doenças intercorrentes. O paludismo, a gripe e a sarcoptose (cujo parasita tem sido acusado de vector do bacilo de Hansen), merecem-lhe especiais referências, por terem grassado na leprosaria. Refere também desagradáveis reacções, provocadas com a vacinação anti-variólica — intumescência dos leprides, nevralgias violentas, ulceração da pústula vacinal, debilidade geral — na maior parte dos doentes.

Quanto ao tratamento anti-leprótico propriamente dito, o A. conclui ser o óleo de chaulmoogra o medicamento de mais seguros resultados.

Nem soro de Reenstierna, nem a vacina Wandremer, nem o azul de metilena (ou outro agente cromoterápico), benéficos, aliás, em certas manifestações leprosas, possuem uma tal constância de eficácia de acção.

A sulfanilamida, ensaiada pelo A., revelou-se absolutamente ineficaz, outro tanto não acontecendo com o veneno de sapo—útil na adenite leprótica e nevralgias — com o *Gaduzam* (hidrosol de morruato cúprico), benéfico no peúfigo e nódulos volumosos, ou com a Vitamina B₁, absolutamente eficaz nas dores articulares e manifestações polinevriticas da lepra.

O verdadeiro anti-leprótico é, pois, o óleo de chaulmoogra, que o A. empregou sob várias formas e por todas as vias: per os, transcutânea, intra-dérmica, intramuscular e endovenosa, embora considere menos valiosas as duas primeiras. A via endovenosa foi aquela com que obteve melhores resultados empregando o óleo puro, neutralizado, na dose 1 c.c. duas vezes por semana, com repouso de 15 dias após uma série de 8 injeções.

Método rápido, actuando em dose minima, e sem as reacções nocivas (flebite local, reacção leprótica, morte em anúria) que o hidnocarpato de sódio (Alepol), substância hidrosolúvel usada igualmente por via intra-venosa, lhe provocou em alguns casos.

Do chaulmoogra-collesterol, usado também por esta via, diz o A. ser inofensivo, mas sem eficácia terapêutica.

Arquivo de Patologia, vol. XVII, n.º 1 Abril de 1945.

Contém este número dois artigos, um de M. Athias ácerca do falecido Prof. Dr. Henrique Parreira, e outro de Viriato de Gouveia, sobre um caso de sarcoma de Ewing atípico.

No primeiro, faz o Prof. Dr. Athias um interessante e carinhoso estudo biográfico de Henrique Parreira — a cuja morte *Coimbra Médica* fez, na altura própria, as devidas referências — analisando com pormenor e conhecimento a sua actividade como homem e como cientista, e apresentando, no final, a lista dos trabalhos científicos (em número de 45) publicados pelo antigo Professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa, que foi também membro da comissão directora do Instituto Português de Oncologia e chefe do serviço de diagnóstico do mesmo Instituto.

O segundo artigo, «Sobre um caso de sarcoma de Ewing atípico, com hiperplasia basófila secundária da medula óssea», por Viriato de Gouveia, é um interessante, extenso e bem elaborado trabalho, que o A. apresentou também ao Congresso Luso-Espanhol para o avanço das ciências, realizado em Cordova, em Outubro de 1944.

Diz respeito a um individuo do sexo masculino, de 47 anos de idade, o qual adoeceu, em Novembro de 1939, com afecção neoplásica que parece

ter-se iniciado por um único foco, na apófise mastoideia direita, para metastasiar precocemente a calote craneana e o terço superior da diáfise femural esquerda, de forma exclusiva, como se demonstrou pelo exame clínico minucioso e radiografia total do esqueleto.

A doença evoluiu silenciosamente durante 8 meses, mantendo-se o doente em bom estado geral e sem qualquer sintomatologia dolorosa nem perturbações focais ou gerais, isto apesar de lesão femural e erosões craniais destruindo cerca de $\frac{1}{3}$ do calote.

Mielograma normal (à parte normoblastose franca e plasmocitose discreta), inexistência das albumoses de Bence-Jones, exames biópsicos favoráveis à hipótese de reticulo-sarcoma de Ewing.

É feita a radioterapia que tem uma nítida acção deflagradora, apresando a generalização do processo.

A partir de meados de Janeiro de 1941, o doente, que até essa data se mantivera de bom humor e sem dores, entra num período de atroz sofrimento por cefaleias e dores torácicas intensas (que o levam a consumir cerca de 500 c.c. de cloridrato de morfina a 1^o/₆, num período de 45 dias), ao mesmo tempo que se acentua profusa disseminação metastática pelo pescoço, esterno, costelas, parede abdominal e iliaco esquerdo.

Falece em 30 de Abril de 1941, sem que em vida se revelasse nunca qualquer sintomatologia abdominal; a autópsia descobre, no entanto, a existência, no cego, de um nódulo tumoral, sub-seroso, do tamanho de um ovo de pomba, implantado junto à base do apêndice e constituindo a única metástase interna.

A medula dos ossos longos e a esponjosa dos corpos vertebrais apresentava pequenos nódulos tumorais, esbranquiçados ou hemorrágicos, histologicamente constituídos por plasmócitos. Ainda na medula e fora, de quaisquer aglomerados neoplásicos, havia células de protoplasma basófilo, que o A. considera como precursoras dos aglomerados plasmocitários já referidos.

O exame necróptico dos focos tumorais verificados em vida, permite apreciar histogramas favoráveis ao diagnóstico de sarcoma de Ewing.

O A. pondera as diversas hipóteses clínicas adaptáveis ao caso, fixando-se sobretudo em quatro (sarcoma de Ewing transitando em plasmocitoma? Sarcoma de Ewing + plasmocitoma múltiplo da medula óssea? Reticulo-Sarcoma do cego metastasiando o esqueleto e os tegumentos? Reticulo-Sarcoma primário do crânio + hiperplasia basófila secundária da medula óssea?) que depois discute, com elevado critério, determinando-se, finalmente, pelo diagnóstico de Reticulo-Sarcoma primário do crânio + hiperplasia basófila secundária da medula óssea. Relaciona os nódulos plasmocitários da medula e suas células precursoras, basófilas, com a acção provável de substâncias irritantes de origem tumoral e dos raios X, sobre a medula óssea.

No decurso do seu trabalho, o A. trata um certo número de questões (hemocitopoiese, reticulo-endotelioses, patologia e clínica do reticulo-sarcoma de Ewing e do mieloma, etc.) que tornam ainda mais interessante e proveitosa a leitura do presente artigo.

Monografia do Boletim do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira.

Insere o número de Outubro de 1945, três interessantes conferências sobre Neuro-Psiquiatria Infantil.

A primeira foi pronunciada pelo Prof. Dr. Leonardo da Costa Freire e subordinada ao título «O Negativismo e as relações com as neuroses infantis».

Começa o A. por dizer o que é Negativismo e como se manifesta para em seguida fazer algumas considerações etiológicas onde apresenta, além do seu, pareceres de vários AA. Expõe depois a sintomatologia e diz-nos que é nos fenómenos que se relacionam com a alimentação, a eliminação e o sono que o negativismo é mais rico de sintomas. Quanto ao prognóstico o A. pensa que quando o negativismo aparece entre os 2 e os 4 1/2 anos não acarreta prejuizos de gravidade.

Termina falando-nos da terapêutica que, «deve ser dirigida no sentido de conforto psíquico do lar, no evitar as desarmonias, na explicação e interpretação dos fenómenos e na direcção exercida junto dos pais, creadas enfermeiras, mestras, etc.

A 2.^a conferência é da autoria do professor do Liceu de Braga Dr. Rui Carrington da Costa e intitula-se «Testes mentais, sua história e valor».

A respeito do valor dos testes mentais o A. diz-nos que se não podemos dizer que êles tenham um valor absoluto podemos no entanto afirmar que o tem em grau muito elevado e são auxiliar precioso das outras fontes de informação na clínica, na educação e na orientação profissional.

A 3.^a e última conferência pronunciou-a o Dr. Victor Fontes e tem por tema «Os reflexos condicionados, a psicologia e a pedagogia».

Muito interessante e sugestivamente o A. mostra-nos o interesse que os R. C., de quem Pavlov foi o paladino, possuem não só na interpretação de certos fenómenos da psicologia infantil mas também na sua aplicação à pedagogia e à pedagogia terapêutica.

Boletim da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, tomo iv, 1944-45.

Este tomo, o 4.^o do 1.^o volume, insere o relatório de contas e actividades, respeitante aos anos de 1944 e 1945, e uma interessante série de comunicações apresentadas pelos sócios, durante esse período.

A simples comunicação dos trabalhos apresentados, é suficiente para nos informar da notável actividade científica da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia; porém, a leitura dos mesmos, dá-nos a convicção de que a oftalmologia portuguesa, está entregue em mãos, que fazem dela uma especialidade progressiva, científica e cheia de promessas, com pleno direito

«*àquele lugar de notoriedade e respeito internacional*», a que se propuseram levá-la alguns dos seus melhores cultores.

Contém o presente tomo 219 páginas distribuídas por 20 comunicações, além de uma parte final onde se insere a versão em francês de duas conferências, uma do Prof. Dr. Lopes de Andrade «Apropósito de uma nova técnica para a extracção da catarata» outra do Dr. Silva Carvalho sobre a «História da Oftalmologia Portuguesa».

Merece sem dúvida alguma, um lugar de relêvo o trabalho de Mestre com que o Prof. Dr. Lopes de Andrade ilustre o tomo presente, trabalho completo e escrito numa linguagem elegante, em que nos descreve uma técnica pessoal de intervenção sobre a catarata, com modificação, de processos e de instrumentos e cujas incontestáveis vantagens foram depois justamente exaltados num trabalho do Dr. António Cerveira, publicado igualmente no presente tomo, em que se analisa detidamente a técnica citada.

Os trabalhos restantes, alguns deles versando assuntos interessantíssimos merecem igualmente as melhores referências.

As Caldas de Chaves, por Dr. Mário Gonçalves Carneiro. Coimbra, 1945.

Nesta sua tese de doutoramento profissional o autor faz o estudo das águas das Caldas de Chaves e procura demonstrar o seu real valor. Compõe-se este estudo de vários capítulos: I — Situação. II — História das termas. III — Referências às Caldas de Chaves na literatura médica. IV — Estudo hidrológico. V — Estudo comparativo. VI — Indicações terapêuticas. VII — Conclusões.

O autor conclui que as águas são bicarbonatadas sódicas, meso-mineralizadas, alcalinas, bacteriológicamente puras, não radioactivas, hipertermiais com 71° C, de temperatura constante no Verão e no Inverno, as mais quentes do País e da Península e as águas bicarbonatadas sódicas mais quentes da Europa.

Afirma serem as únicas do País que se podem comparar a Vichy, Ems, Teplitz-Schönau, consideradas quanto às suas propriedades terapêuticas e instalações, das melhores do estrangeiro. As principais indicações das águas, estão no tratamento do reumatismo crónico, dispepsias, litíase biliar e congestão hepática, litíase renal, esterilidade e diabetes.

Demonstra a excelência da situação e das condições das Caldas de Chaves para a fundação de um centro crenoterápico e afirma que vale a pena explorá-las porque em Portugal não estão ainda em exploração as águas bicarbonatadas quentes.

Serviu-se o autor de uma extensa bibliografia e procedeu a várias determinações e análises para fazer um estudo que nos parece constituir uma contribuição valiosa para o conhecimento das Caldas de Chaves.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — Nas quizenas médicas da Faculdade de Medicina realizadas em janeiro, nos Hospitais da Universidade, foram discutidos os seguintes trabalhos:

Prof. dr. Michel Mosinger — « Àcerca da doença de Hashimoto »;

Prof. dr. Oliveira e Silva — « Neurómio vegetativo »;

Prof. dr. Luis Duarte Santos — « Para melhor valorização do método pessoal de determinação do tipo morfológico »;

Dr. Oliveira Firmo e Prof. dr. Mosinger — « A nova estatística de processos proliferativos mamários »;

Dr. João Novo, Prof. Mosinger e dr.^a Micaela Proença — « A cancerização dos adenomas tiróideos »;

As duas sessões foram presididas pelos srs. Professores drs. Rocha Brito e Correia de Oliveira.

Faculdade de Medicina do Porto — A primeira sessão científica do corrente ano lectivo realizado nesta Faculdade, foram apresentadas as seguintes comunicações:

Sobre o alongamento respectivo do 2.^o e do 4.^o dedos da mão», pelo sr. dr. Abel Tavares; « Algumas observações de corpos estranhos das vias digestivas », pelo sr. dr. Albano Ramos; « Tiroideas aberrantes e seus tumores », pelo Prof. dr. Amândio Tavares.

Sociedade de Ciências Médicas — O sr. Prof. dr. Froilano de Melo tratou da sua comunicação sobre « O complexo pulmonar da chamada Eorino filia tropical não é mais que uma modalidade do síndrome de Loeffler ».

O sr. Prof. dr. Almeida Lima ocupou-se largamente de « Um novo sinal arteriográfico », em cujos trabalhos científicos o tem acompanhado o seu colega sr. dr. Joaquim Imaginário.

Numa nova sessão, o sr. Prof. dr. Egas Moniz ocupou-se da sua comunicação « As pupilas dos mortos reagem à luz — um artigo de Sousa Martins ». Aquele professor catedrático disse que o assunto era de facto impressionante. Se um médico perito surpreendesse desigualdade nas pupilas, em segundo exame, na verificação do óbito, hesitaria em passar o respectivo atestado se de facto não tivesse conhecimento. E contudo não oferece dúvidas. Assinalado primeiro por

Harless, no homem, há quasi um século, estudado depois em minúcia no animal, por Brown-Séquart foi por sua vez observado por Sousa Martins. Este insigne mestre português dedica ao assunto um artigo excelente, publicado no primeiro número da Revista de Neurologia e Psiquiatria, que em 1888 publicava em Lisboa.

O sr. dr. Egas Moniz também o verificou, tendo apresentado em projecção, os olhos em anisecória do cadáver.

Num cadáver em que o olho é exposto à luz estava com a pupila muito reduzida de tamanho, em relação à pupila dilatada com o olho que se manteve fechado. Mais do que isso notou a contracção da iris, em olhos extraídos de cadáveres. Num dos casos, a pupila ainda se contraía cinco dias e meio depois da morte, estando já o olho em início de putrefacção.

A acção da luz sobre a iris do cadáver actua principalmente através das células pigmentadas, como afirmou Sousa Martins e como concordam investigações posteriores. Expôs largamente os comentários de Sousa Martins sobre o assunto, pois o artigo desce às maiores minúcias e conclui, quasi sempre em concordância com todas as afirmações do articulista. Referiu-se aos últimos trabalhos dos médicos russos sobre a ressurreição dos corpos, que apenas pode ser conseguida após a chamada morte clinica, no prazo máximo de doze minutos. Referiu-se às experiências de fisiologistas, que conseguem fazer pulsar o coração humana em meios artificiais extraído de cadáver, e fez o paralelo com o que se passa com a iris, que sem artificios mantida no seu lugar, conserva durante mais de cinco dias, segundo as suas experiências a centribilidade quando existe já a putrefacção do globo ocular.

Por último, referiu-se à personalidade de Sousa Martins, como clínico, que começou a exercer a sua profissão como neurologista e psiquiatra da Casa de Saúde Lisbonense, ao Campo de Ourique. Depois falou da sua actuação na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, como segundo secretário e presidente, especialmente como sócio, intervindo nas discussões com a sua palavra fluëntissima e vasta erudição médica, pondo finalmente em relevo as suas qualidades de escritor, evidenciadas no artigo que trouxe de novo, a lume, pois merece ser lido e ponderado.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia — Apreciou vários trabalhos referentes à realização de um Congresso Luso-Espanhol de Estomatologia e um comunicado do sr. dr. Marques dos Santos sobre «um caso de meningismo post-estracções dentárias».

Conferências

A convite da Faculdade de Medicina pronunciaram conferências na sala nobre dos Hospitais da Universidade, em 19 e 21 de Janeiro, os ilustres catedráticos de Madrid, sr D. Fernando Enriquez de Salamanca, director do Instituto de Ciências Médicas, e D. Valentim Matilla, director do Instituto Espanhol de Medicina Tropical.

À conferência do sr. D. Fernando Enriquez Salamanca, que versou sobre «Fotometria de la urina» presidiu o sr. Prof. dr. Novais e Sousa, director da

Faculdade de Medicina, secretariado pelos srs. Professores drs. Alvaro de Matos e João Pôrto, fazendo a apresentação de conferente o sr. Prof. dr. Rocha Brito.

O sr. D. Valentim Matilla dissertou sobre «Nuestra aportación al estudio de las reticulosis parasitárias», sendo o conferente apresentado pelo sr. Prof. dr. Meliço Silvestre. Presidiu o sr. Prof. dr. Novais e Sousa, ladeado pelos srs. Professores drs. Feliciano Guimarães e Rocha Brito.

O sr. dr. Duarte Gorjão Henriques, director do Centro de Assistência Social do Concelho de Leiria, realizou na Liga Portuguesa de Profilaxia Social, uma conferência subordinada ao tema «Relações da sanidade com a Assistência Social».

Acidentes no trabalho e doenças profissionais

Para o estudo do problema de accidentes no trabalho e das doenças profissionais e elaboração dos projectos de diplomas legais que constituem as atenções convenientes, o sr. Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social nomeou a seguinte comissão :

Dr. Henrique Mário Pereira Parreira, inspector judiciário dos tribunais de trabalho, que servirá de presidente; um representante do Ministério das Finanças, Inspeção de Seguros; um representante do Sub-Secretariado de Estado da Assistência (Direcção Geral de Saúde); Dr. Luis Vaz de Sousa, presidente do Tribunal de Trabalho; Dr. Luis Gouveia, antigo primeiro assistente do curso da Faculdade de Medicina de Lisboa, perito em medicina do trabalho; Dr. António Amaral Pyrrait, chefe de repartição do Instituto Nacional de Estatística, e Dr. Alexandrino de Melo e Silva, assistente do Instituto Nacional de Trabalho, que servirá de secretário.

Várias notas

Foram concedidas medalhas de ouro de bons serviços e medalha de prata de bom serviço, respectivamente, aos srs. dr. Abel Pereira da Cunha, director do serviço clínico da especialidade de pediatria cirurgica, e dr. Diogo Guilherme da Silva Alves Furtado, neurologista, ambos dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Foi aposentado o delegado de saúde e médico municipal do concelho de Figueiró dos Vinhos, sr. dr. Pedro Crespo de Lacerda.

— Os srs. drs. João de Sousa Gomes e Manuel Lopes de Azevedo Fernandes foram nomeados para exercer, interinamente, as funções de primeiros assistentes do Hospital Júlio de Matos.

— Tomaram posse de reitor e de vice-reitor da Universidade do Porto, respectivamente, os srs. drs. Amândio Joaquim Tavares e Fernando Domingos Magano Júnior.

— Foi contratado como médico radiologista, além do quadro dos Hospitais Civis de Lisboa, o sr. dr. Ernesto Passos Angelo.

Ao concurso para provimento do lugar de médico municipal do 3.º partido do concelho de Porto de Mós, concorreram e foram classificados pela seguinte forma: — 2.º grupo, drs. Manuel Brito Cruz e José Borges da Gama; 3.º grupo, drs. José Petronilo Feio e Joaquim de Moura Ramos, tendo sido nomeado para o referido cargo o sr. dr. Manuel Brito Cruz.

— Foi nomeado professor da Educação Moral e Cívica da Escola do Magistério Primário do Porto, o sr. dr. Narciso António Rodrigues.

— Nomeações para os Hospitais Cívicos de Lisboa; internos do internato geral, os srs. drs. Eduardo Canuto de Oliveira Machado, António Matos Fernandes Coito, Francisco Manuel Carlos da Maia, José Maria Ferreira Taborda Duarte, José Maria da Silva Granate, Manuel da Silva Ribeiro Barbosa Martins, Heitor Ramalho Quintas e Victor Gonçalves Gaspar.

Para os serviços gerais da clínica médica: drs. Joaquim Carlos Barreto Frago e Ludgero Eugénio Pinto Bastos.

Para os serviços gerais de clínica cirúrgica: drs. Sérgio Fernandes Sabido Ferreira, Fernando Humberto Frazão Baptista e Francisco Raposo de Sousa. Oftalmologia, dr. José Jacinto Coelho Puga; pediatria cirúrgica, dr. José Apolinário Paulino; pediatria médica, dr. Fernando Manuel Garcia Reis Moreira.

— Foi nomeado médico interno dos Hospitais da Universidade, o sr. dr. Armando Pessoa Varão.

— Por ter deixado o cargo de membro do Conselho Geral da Ordem dos Médicos, funções que vinha exercer há sete anos como representante de Director Geral de Saúde, sr. dr. José Alberto de Faria, foi homenageado com um banquete pelos seus colegas do Conselho Geral, o sr. Fernando da Silva Correia.

Além do bastonário da Ordem dos Médicos sr. Prof. dr. Fernando de Freitas Simões, tomaram parte na homenagem os restantes membros do Conselho, srs. Profs. drs. Lúcio de Almeida e Mário Trincão, drs. Ladislau Patricio, Mário Carmona, Barreiros e Santos, José Craveiro Lopes, Luís Carvalhais e Mário Cardia, não comparecendo por motivo de doença o sr. Prof. dr. Almeida Garrett.

— Foram contratados para o lugar de inspector de Assistência Social, o sr. dr. Fernando José de Magalhães Cardoso, e de sub-inspector o sr. dr. Joaquim José de Mendonça Machado de Araujo.

— Concorreram e foram admitidos ao concenro para o lugar de médico municipal do partido de Lanheses, do concelho de Viana do Castelo os srs. drs. António Afonso, Jorge Lufs de Melo de Moraes Zamith e Manuel Roque Machado, que foram classificados no 2.º grupo.

— Por despacho do Conselho de Ministros foi autorizado o sr. dr. João Jaurés Júlio da Silva Ramos Dias a acumular o cargo de cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, como o de professor contratado da Escola das Belas Artes de Lisboa.

— Foram contratados para a prestação de serviços clínicos das especealidades de otorrinolaringologia e de oftalmologia no hospital regional n.º 2, Coimbra, respectivamente, os srs. drs. Manuel de Brito Subtil e Manuel Esteves Brinca.

— Tomou posse do cargo de cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o sr. dr. João Júlio da Silva Ramos Dias.

— Foi conferido o prémio de Medicina Tropical ao sr. dr. Tito Serras Simões, autor do trabalho «Uma ração alimentar para trabalhadores negros. Seus fundamentos e análise dos resultados».

— No Licen de Carolina Michaëlis foi prestada uma significativa homenagem à sr.ª dr.ª D. Maria Generosa Rebordinho Canavarro, médica escolar por atingir o limite de idade e que há 35 anos prestava serviço naquele estabelecimento de ensino.

— Em missão de estudo partiu para a América do Norte, o sr. dr. Francisco Cambournac, professor de Higiene no Instituto de Medecina Tropical.

— Foi nomeado para prestar serviço no Instituto de Medicina Tropical, o 1.º tenente-médico sr. dr. Tito Simões.

— Para o quadro complementar de Saúde das Colónias, foram contratados os seguintes médicos :

Colónia de Angola: o dr. Vasco Leopoldo Sobral Dias, radiologista.

Colónia de Moçambique: dr. Abel Alcântara Alves Valadares, otorrinolaringologista; dr. Álvaro Falcão Sacadura, médico analista; dr. Artur Alberto Machado de Almeida, estomatologista; dr. Ferdando Henriques Ferreira, neuro-psiquiatra; dr. Manuel Damaso Prates, analista anátomo-patologista, e dr. Fausto Leitão Barbosa, radiologista.

Colónia de Cabo Verde: o dr. António Alfredo Miranda, radiologista.

Colónia da Guiné: dr. Eugénio Mendes Ferrão, cirurgião, e dr. Jaime Walter da Fonseca Vasconcelos Júnior, radiologista.

Colónia de Macau: dr. João Antunes da Cruz Neves, médico dos serviços especiais de tratamento e internamento dos toxicómanos, e dr. Alberto Manuel de Siqueira Basto, médico dos serviços especiais de puericultura e dispensário de mulheres.

Falecimentos

Faleceram em coimbra, as srs. D. Emilia Santana Ventura, irmã do sr. dr. Plínio Ventura, médico em Leiria; D. Alda de Assunção Figueiredo Barbosa Braz, irmã do sr. dr. Américo ne Figueiredo Barbosa, médico em Barcouço; D. Maria Joana Viana de Lemos, irmã do sr. dr. Américo Viana de Lemos, avó da esposa do sr. dr. César Anjo e do sr. dr. Américo Gonçalves Viana de Lemos, e o sr. Paulo Duarte de Oliveira, irmão do sr. dr. José Duarte de Oliveira, médico interno dos Hospitais da Universidade.

No Porto, o coronel sr. dr. Anibal Martins Gomes Bessa, formado em medicina pela Universidade daquela cidade; no Funchal, o sr. dr. Roberto Luis Monteiro; em Lisboa, o sr. padre José Anibal Duarte, irmão do sr. dr. Afonso Duarte, e em Cortegaça, o sr. Francisco Maria Soares, pai do sr. dr. João Reinaldo de Avelar Soares, médico em Cereal do Alentejo.

Também faleceu em Coimbra o sr. Miguel Fernandes de Oliveirá, pai do sr. dr. Fernando Filipe de Oliveira, médico interno dos Hospitais da Universidade.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — À quizenza médica realizada no dia 28 de Fevereiro nos Hospitais da Universidade, presidiu o sr. Prof. dr. Fernando de Almeida Ribeiro, secretariado pelos srs. Profs. drs. Correia de Oliveira e José Cipriano Rodrigues Dinis.

O sr. Prof. dr. Rocha Brito apresentou a sua comunicação — «O elogio da medicina feito pelo padre António Vieira» comunicação que foi brilhante. O conferente conseguiu extrair do conceituoso sermão de Vieira sobre S. Lucas, notabilíssima apologia da medicina e dos médicos. Esta comunicação foi acompanhada de projecções à qual fez elogiosas referências o sr. Prof. dr. Correia de Oliveira.

Em seguida fez a apresentação de um caso clínico de doença de Banti. Da intervenção cirúrgica se encarregou o sr. Prof. dr. Luis Raposo, com pleno êxito, e este cirurgião fez, a propósito interessantes considerações. Depois o sr. Prof. dr. Mosinger apresentou os resultados histológicos acompanhados de magníficas projecções. O baço, que pesava dois quilos, era, realmente, o baço fibro adénico característico do síndrome de Banti. O sr. Prof. dr. Mosinger fez considerações muito curiosas sobre a respectiva patogenia.

O sr. Prof. dr. Duarte Santos domonstrou o seu método para a determinação do bió-tipo humano, que despertou interesse, tendo sido calorosamente discutido pelos srs. Profs. drs. Correia de Oliveira, Gonçalves Ferreira e pelo autor.

Faculdade de Medicina do Porto — Na última reunião científica desta Faculdade foram apresentadas as seguintes comunicações:

«Agnésia dos peitorais», pelo sr. dr. Álvaro Moitas; «Sistema frénico-simpático», pelo sr. dr. José Luís Puente; «A transfusão de soros heterologos», pelos srs. Prof. dr. Ernesto de Moraes e dr. Mauricio Moreira.

Sociedade Médica dos Hospitais de Lisboa — Na última sessão desta Sociedade, o sr. Prof. Eduardo Coelho dissertou sobre «A evolução da pericardite tuberculosa para a forma constrictiva crónica» e o sr. dr. Filipe da Costa, cirurgião dos hospitais, discutiu: «O tratamento cirúrgico da pericardite constrictiva crónica», apresentando, por último, seis casos operados por ele de pericardectomia, o mais antigo dos quais datando de 1941.

Exposição de medicina moderna inglesa

No dia 6 de Fevereiro inaugurou-se na Biblioteca Geral da Universidade a exposição de medicina moderna inglesa, organizada pelo British Council de colaboração com a Faculdade de Medicina de Coimbra e sob o patrocínio do Instituto para a Alta Cultura.

Ao acto, a que assistiram o director da Faculdade de Medicina, sr. Prof. dr. Novais e Sousa, professores e outras entidades, presidiu o reitor da Universidade, sr. Prof. dr. Maximino Correia, que proferiu algumas palavras alusivas a este certame com a realização, do qual na Universidade, muito se congratulou.

Integrados nesta exposição, que despertou grande interesse, realizaram-se, na sala nobre dos Hospitais da Universidade, 4 sessões de filmes médicos com o seguinte programa :

1 — « Excisão abdomino-perineal no recto num tempo ». 2 — « Cirurgia torácica » (falado em português). Programa apresentado pelo sr. Prof. dr. Nunes da Costa.

1 — « Os cuidados com os prematuros ». 2 — « Formação de enfermeiras ». Programa apresentado pelo sr. Prof. dr. Vaz Serra.

1 — « Cafu uma bomba ». 2 — « Serviço de sinistrados.

1 — « Contractação do baço ». 2 — « Malária ». Programa apresentado pelo sr. Prof. dr. Rocha.

Várias notas

Pelo sr. dr. Jakelln, ministro da Noruega em Portugal, foram entregues ao sr. Prof. dr. Egas Moniz o diploma e o prémio que lhe concedeu a Universidade de Oslo, pelos trabalhos realizados por aquele eminente médico no campo da angiografia cerebral. A entrega, realizou-se na Legação de Noruega, durante um almoço a que assistiram, além de quele ilustre médico português, os srs. Thomas Todsén, consul da Noruega; Wiborg, secretário da Legação; dr. Henrique Viana, chefe do protocolo; dr. Ferreira de Almeida e Visconde de Riba Tâmega, antigos ministros de Portugal na Noruega; Prof. dr. António Flores, director da Faculdade de Medicina; Prof. dr. Eduardo Coelho, Prof. dr. Almeida Lima, dr. Luís Soeiro e dr. Lima Basto.

O sr. Ministro da Noruega, em termos elogiosos, felicitou-o por ter o ensejo de entregar a mais alta distinção científica do seu país ao sr. Prof. dr. Egas Moniz.

Respondendo, o premiado proferiu palavras de reconhecimento para a Universidade de Oslo, que, com rara isenção, quis premiar um cientista português, por trabalhos que o corpo docente daquele estabelecimento considerou dignos da alta distinção com que o honraram.

— Tomaram posse de director e de sub-director do banco e serviços de urgência do Hospital de São José, respectivamente, os srs. drs. José Paredes e Mário Conde.

— Foram rescindidos os contratos dos lugares de internos dos Hospitais Civis de Lisboa, com os srs. drs. Alberto de Lis Matias Nunes, Armando Ferreira, Bernardino dos Santos Freire, Eugénio de Miranda Rodrigues, José Francisco

Jorge Botelho, Júlio Carlos Correia de Seixas, Manuel Cassiano Neves, Maria da Palma Carlos e Vasco Artur Navarra de Andrade de Sousa Chichorro.

— Foram nomeados os professores catedráticos da Faculdade de Medicina de Coimbra, srs. drs. Álvaro Fernando Novais e Sousa e Álvaro de Matos para fazerem parte do júri das provas de habilitações ao título de professor agregado do 8.º grupo (obstetrícia e ginecologia) a realizar na Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Os srs. drs. António de Sá Marta Marques da Costa e Joaquim Silvestre Ferreira da Rosa foram nomeados para exercerem as funções de médicos internos dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

— Para professor da escola de enfermagem dos mesmos hospitais foi nomeado o sr. Prof. dr. Augusto Vaz Serra.

— Foram nomeados delegados da Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar, em Coimbra, o sr. dr. Martins Afonso de Castro de Vasconcelos de Sá Pereira de Almeida, nos Açores, em Ponta Delgada, o sr. dr. Lúcio Angelo Casimiro.

— Foi nomeado vogal do conselho médico-legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa o sr. Prof. dr. Henrique João de Baraona Fernandes.

— Foram nomeados, delegado de saúde do concelho de Oleiros, o sr. dr. Armando Conçalves, e de sub-delegados de saúde dos concelhos de Reguengo de Monsaraz e de Gondomar, respectivamente, os srs. drs. Jacinto Fernandes Palma e Manuel Martins Alves.

Falecimentos

Faleceram, em Viseu, o sr. dr. José Nascimento Ferreira médico, pai do sr. Fernando do Nascimento Ferreira, aluno da Faculdade de Medicina de Coimbra; em Lisboa, a sr.ª D. Maria Alexandrina Simões Branquinho do Amaral Pereira, filha do sr. dr. António Maria Branquinho do Amaral Pereira, médico das Cadeias Civis Centrais de Lisboa; o tenente-coronel médico sr. dr. Eugénio Pereira Cortês Caldas; no Porto, o sr. dr. Alberto Júlio Pinto Vilela; em Mogofores, o sr. dr. Álvaro de Seabra; em Braga, a sr.ª D. Eulália de Carvalho e Almeida, irmã do oftalmologista, sr. dr. Augusto de Carvalho e Almeida, e em Coimbra, a sr.ª D. Maria da Conceição Lopes da Silva, irmã do sr. dr. Francisco Lopes da Silva, médico nos Açores.



Livros de Medicina, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES

| | |
|--|---------|
| ALBAJÉS y PUJOL CASAS — <i>El Laboratorio en las Enfermedades del Aparato Digestivo.</i> 1 vol., 220 pág., 53 fig., encad. (M. S.) . | 150\$00 |
| BOAS — <i>Treatment of the Patient past fifty.</i> Second edition. 1 vol., 414 pág., 30 fig., encad. | 120\$00 |
| BONET — <i>Prolapso Uterino.</i> 1 vol., 100 pág., ilustrado, 66 fig. . . | 100\$00 |
| CAÑIZO y GARCIA — <i>Estudio Clínico y Terapeutico de la Hipertensión arterial de sus accidentes y complicaciones.</i> Segunda edición. 1 vol., 156 pág. (S) | 60\$00 |
| <i>Conferências de Pediatria na Clinica Médica Pediátrica do Hospital D. Estefânia.</i> 1 vol., 253 pág., ilustrado, encad. | 180\$00 |
| CORCORAN — <i>Arterial Hypertension. Its Diagnosis and Treatment.</i> 1 vol., 352 pág., 10 fig., encad. | 130\$00 |
| DOGLIOTTI — <i>Tratado de Anestesia.</i> 1 vol., 565 pág., 238 fig., encad. | 360\$00 |
| <i>Estudios sobre Tuberculosis y Silicosis.</i> Primer Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis de Mexico. Publicado pela Sociedad Mexicana de Estudios sobre Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. 1 vol., 639 pág., 33 fig. | 200\$00 |
| FERNANDEZ — <i>Enfermedades del Intestino y del Paritoneo.</i> 1 vol., 567 pág., ilustrado, encad. | 300\$00 |
| GREENHILL — <i>Obstetrics in General Practice.</i> Third edition. 1 vol., 451 pág., 111 fig., encad. | 112\$50 |
| GREENHILL — <i>Office Gynecology.</i> Fourth edition. 1 vol., 440 pág., 114 fig., encad. | 105\$00 |
| GYENIVAL LONDRES — <i>Hipertensão arterial. Patologia, Clinica e Terapeutica.</i> 1 vol., 572 pág., 116 fig., encad. | 220\$00 |
| <i>Gould's Medical Dictionary.</i> Fifth edition. 1 vol., 1527 pág., encad. . | 245\$00 |
| HERRELL — <i>Penicilina e outros Agentes Antibióticos.</i> 1 vol., 329 pág., 45 gravuras, encad. | 220\$00 |
| HERZEN — <i>Guide Formulaire de Thérapeutique.</i> 16 ^e . edition. 1 vol., 1085 pág. | 58\$00 |

Livros de Medicina, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES

| | |
|--|---------|
| HOYOS — <i>Los Problemas del Cardíaco.</i> 1 vol., 153 pág., encad. | 100\$00 |
| ISELIN — <i>Chirurgie de la Main. Livre du Chirurgien. Chirurgie Réparatrice des Traumatismes de la Main.</i> 1 vol., 239 pág., 81 fig. (M.). | 58\$00 |
| JANNEY — <i>Medical Gynecology.</i> 1 vol., 389 pág., 97 fig., encad. | 175\$00 |
| KOLMER — <i>Penicilin Therapy including Tyrothricin and other anti-biotic Therapy.</i> 1 vol., 302 pág., encad. | 175\$00 |
| KORTH — <i>Electrocardiografia Clínica.</i> 1 vol., 323 pág., 161 fig., encad. | 240\$00 |
| LAUBENTHAL — <i>Neurologia.</i> 1 vol., 417 pág., 83 fig., encad. (M. S.) | 210\$00 |
| PALLARES — <i>Nuevas Bases de Electrocardiografia.</i> 1 vol., 221 pág., 155 fig., encad. | 240\$00 |
| PROF. A. PINTO — <i>Lições de Farmacologia Clínica e Bio-Experimental. Curso de Medicina.</i> 6. ^a edição. 1 vol., 448 pág., encad. | 180\$00 |
| REINALDO DOS SANTOS — <i>Lições de Patologia Cirúrgica Geral</i> 1 vol., 424 pág., 73 fig., encad. | 200\$00 |
| SEVRINGHAUS — <i>Endocrine Therapy in General Practice.</i> Fifth edition. 1 vol., 253 pág., 49 fig., encad. | 90\$00 |
| 1—SMOUT — <i>Anatomia de la Pelvis Femenina.</i> 1 vol., 242 pág., 170 figuras en negro y colores, encad (S) | 260\$00 |
| SOLER — <i>La Obesidad y su Tratamiento.</i> Con un estudio sobre las Lipodistrofias. 1 vol., 325 pág., 18 fig. (E. M.) | 150\$00 |
| SPINK — <i>Sulfanilamide and Related Compounds in General Practice.</i> Second edition. 1 vol., 376 pág., encad. | 105\$00 |
| <i>Terapèutica de Bolsillo. Indicaciones terapèuticas. Formulario terapèutico.</i> 1 vol., 223 pág. (M. S.) | 36\$00 |
| WEISS — <i>Clinical Lectures on the Gallbladder and Bile Ducts.</i> 1 vol., 504 pág., 125 figs., encad. | 165\$00 |