

COIMBRA MÉDICA

ANO XIII

JULHO de 1946

N.º 7

SUMÁRIO

	Pág.
CIRURGIA DO CANCRO DO RECTO — A. Nunes da Costa	331
DOIS ANOS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPI- TAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — dr. Henrique de Oliveira	358
LIVROS & REVISTAS	380
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	XXXVII

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Guil-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino 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 Agôsto 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 inibitório e o poder antiseptico conclui-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os micróbios

Cuiabá 14 de dezembro de 1910

Cláudio Teodoro



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTI SEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NORMAC

Alcalinésia BISMÚTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

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

'Diaspirina,

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

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

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

Hepatodynamol

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

"NARCOTYL"

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

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente 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

Quininoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



CIRURGIA DO CANCRO DO RECTO ⁽¹⁾

POR

A. NUNES DA COSTA

Com esta lição, poderia ter essencialmente em vista expor alguns dos problemas de ordem técnica relacionados com a cirurgia do cancro do recto. Não é essa, no entanto, a minha intenção, porquanto tal assunto estaria melhor indicado para uma reunião de cirurgiões, onde tais problemas pudessem ser discutidos e apreciados, pois que muitos deles são ainda susceptíveis de discussão. Tenho principalmente por finalidade chamar a atenção dos clínicos para um dos problemas que se me afigura da mais alta importância no que diz respeito ao cancro do recto, do qual depende essencialmente a eficácia do tratamento.

Todos os cirurgiões afirmam ser o cancro do recto uma doença curável, mas, todos são igualmente unânimes em afirmar que para isso uma condição se torna indispensável: o diagnóstico precoce da doença.

Com efeito, se atendermos aos aspectos anatomo-patológicos do cancro do recto nas suas diferentes fases evolutivas, fácil é depreender, mesmo sob o ponto de vista teórico, que o tratamento só pode ser verdadeiramente eficaz quando posto em prática no primeiro período evolutivo do tumor.

Torna-se, no entanto, necessário, saber caracterizar os dife-

(1) Lição feita ao Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 27-6-946.

rentes períodos evolutivos do cancro do recto, para assim podermos avaliar as possibilidades da eficácia do tratamento, quando posto em prática nas várias fases desta doença.

No cancro do recto, como em qualquer tumor maligno, podemos distinguir essencialmente três fases na sua evolução, sendo cada uma delas caracterizada por aspecto anatomo-patológico diferente.

No primeiro período da sua evolução, o cancro do recto é uma doença local, caracterizada sob o ponto de vista anatomo-patológico, por uma lesão limitada, assente em qualquer das faces do canal ano-rectal, não se estendendo em profundidade a toda a espessura das paredes do recto e, muito menos ainda, ao tecido celular peri-rectal, ou aos gânglios regionais.

Se o tratamento cirúrgico é posto em prática nesta fase da doença, não só a intervenção é menos laboriosa, como menos chocante para o doente, não havendo necessidade de sacrificar o órgão na sua totalidade, pois basta em regra uma ressecção parcial cujos limites vão além da lesão, advindo daí enormes vantagens quer sob o ponto de vista imediato ou tardio.

Com efeito, sendo a operação pouco laboriosa, a taxa da mortalidade operatória é pequena. Por outro lado, não sendo o órgão sacrificado na sua totalidade, pode restabelecer-se a continuidade do recto, resultando daí enorme vantagem sob o ponto de vista funcional, na continência e evacuação das fezes, sobretudo quando o tumor é afastado do ânus e pode ser conservado o aparelho esfincteriano.

Mas, a principal vantagem que resulta do tratamento feito em tais condições, consiste na possibilidade de se obter a cura duradoira ou definitiva na maior parte dos casos.

Se o tratamento cirúrgico não é praticado nesta fase da doença o tumor do recto continua a evolucionar e vai em breve atingir a segunda fase, a que podemos chamar, loco-regional.

É caracterizada esta fase da doença, pela maior extensão das lesões cancerosas, tanto em superfície como em profundidade.

Os tumores do recto têm sobretudo tendência a estender-se em altura, mas também no sentido circunferencial, tornando-se muitas vezes anulares. Nesta fase o tumor começa em regra a determinar perturbações da evacuação, por aperto ou obstrução

do canal ano-rectal, resultando daí fenómenos de estase intestinal, com todas as suas repercussões no estado geral dos doentes. Os tumores ulceram-se muitas vezes neste período da doença, resultando daí, como complicações, a hemorragia e a infecção.

Mas, o tumor vai também estender-se em profundidade, infiltrando-se em toda a espessura das paredes do recto, e, vai ainda propagar-se ao tecido celular peri-rectal, ou aos órgãos circunvizinhos, ao mesmo tempo que as células cancerosas seguem o caminho dos linfáticos para os gânglios regionais, fazendo assim a projecção do tumor a maior ou menor distância da sua primitiva localização.

E assim os gânglios inguino-crurais, particularmente os do grupo súpero-interno, são muitas vezes invadidos pelas células cancerosas, especialmente no caso dos tumores do ânus; outras vezes, são os gânglios hemorroidários médios, especialmente os gânglios de QUÉNU e de CUNÉO, e, na maior parte dos casos, os gânglios hemorroidários superiores, no caso particular da localização ampular e supra-ampular dos cancros do recto, os atingidos.

Tal é, em geral, o aspecto anatomo-patológico destes tumores, na segunda fase da doença, que podemos designar por loco-regional.

Quando o tratamento cirúrgico é posto em prática nesta fase, a intervenção tem de ser muitas vezes laboriosa e complexa na sua técnica, havendo em muitos casos necessidade de sacrificar a totalidade do órgão, ou mesmo alguns órgãos circunvizinhos, como a próstata e as vesículas seminais no homem e o útero e a vagina na mulher. Os gânglios regionais devem também merecer ao cirurgião um cuidado muito especial para a sua ablação, o que torna ainda a intervenção mais complexa.

Daqui resulta que a intervenção é mais chocante para o doente, e a taxa da mortalidade operatória é mais pesada, resultando ainda muitas vezes um inconveniente sob o ponto de vista fisiológico, pois que em muitos casos não pode ser estabelecida a continuidade do canal ano-rectal, impondo-se a prática de um ânus contra-natura.

Mas, a principal desvantagem que advém para os doentes quando operados neste período, além da já pesada taxa de mortalidade imediata, consiste na reduzida possibilidade de obterem a cura definitiva, ou mesmo duradoira. Com efeito, por mais

cuidados e meticulosidade que o cirurgião observe na prática da intervenção e sobretudo na ablação dos gânglios afectados, é sempre possível restar um ou outro que vai ser o ponto de partida de uma recidiva regional ou a distância, dentro de um prazo que não é em regra muito longo.

Com maior razão, se o tumor vai passar para a terceira fase sem ser operado, o doente perde completamente as possibilidades de cura.

A terceira fase da doença, é caracterizada pela maior extensão do tumor, não só em superfície como em profundidade, invadindo muitas vezes os órgãos vizinhos e determinando obstrução do canal ano-rectal, acompanhando-se por isso de variadas perturbações funcionais dos órgãos pélvicos, que muito agravam o estado geral dos doentes.

Mas, o que mais caracteriza ainda esta fase da doença, são os sintomas gerais que anunciam o quadro sombrio da caquexia, assim como o aparecimento de metastases em órgãos distantes, como o figado, pulmão, peritoneu, etc., atestando bem a generalização do tumor.

Nesta fase, o cancro do recto é não só incurável mas também inoperável, apenas podendo fazer-se, em certos casos, um tratamento paliativo.

Portanto, se quizermos distinguir os três períodos evolutivos do cancro do recto sob o ponto de vista terapêutico, podemos dizer que a primeira fase é caracterizada pela pequena taxa de mortalidade operatória e elevada percentagem de curas definitivas, enquanto a segunda fase da doença se pode caracterizar por resultados inteiramente opostos, isto é, elevada taxa de mortalidade operatória e pequena percentagem de curas duradoiras.

Enquanto à terceira fase, é caracterizada pela inoperabilidade e incurabilidade.

Em face das considerações teóricas anteriormente expostas, podemos depreender que o cancro do recto só oferece verdadeiras condições de curabilidade no primeiro período do seu desenvolvimento, ou seja enquanto o tumor é uma doença local.

Interessa pois, sob o ponto de vista terapêutico, fazer o diagnóstico do cancro do recto nesta primeira fase da doença, para que o tratamento cirúrgico ofereça as maiores probabilidades de êxito.

Necessário se torna, portanto, saber quanto tempo se mantém o cancro do recto na sua fase local.

É bastante variável este período de tempo, conforme os casos, e difícil se torna por isso estabelecer os seus limites, tanto mais que é muitas vezes impossível avaliar clinicamente a época do verdadeiro início do tumor.

No entanto, se admitirmos como tempo médio para a evolução total de um cancro do recto, o período mais habitual de dois anos, embora sabendo que nalguns casos a sua evolução pode ser mais rápida e noutros muito mais prolongada, podemos esquematicamente dizer que a primeira fase da doença dura apenas alguns meses, não ultrapassando em regra, nem atingindo nalguns casos, meio ano.

É, portanto, durante este período de tempo que o diagnóstico interessa verdadeiramente sob o ponto de vista terapêutico, e é a isso que devemos chamar o diagnóstico precoce do cancro do recto.

Seria pois, para desejar, que todos os doentes com tumor rectal se apresentassem ao cirurgião na primeira fase da sua doença, para que o tratamento cirúrgico pudesse ser posto em prática igualmente de um modo precoce.

Quer isto dizer que o problema do tratamento do cancro do recto, é essencialmente um problema de diagnóstico, sendo portanto neste sentido que devemos orientar os nossos esforços se quizermos melhorar os resultados, até aqui bem pouco lisonjeiros, que têm sido obtidos no tratamento destes tumores.

Com efeito, se nos dispusermos a averiguar o que se passa habitualmente com os doentes de cancro do recto, tanto no que diz respeito às condições em que geralmente se apresentam nos Serviços de Cirurgia para serem submetidos ao tratamento adequado, como ainda aos resultados obtidos na maior parte dos casos, ficamos verdadeiramente desolados ao verificar que é bem pequena a percentagem de doentes que chegam junto do cirurgião em regulares condições de operabilidade e que por esse facto, são em regra medíocres os resultados obtidos.

Podemos facilmente ajuizar destes factos, se verificarmos o que se tem observado com os doentes de cancro do recto que, nos últimos anos, têm passado pelos Hospitais da Universidade.

Procedendo a um inquérito neste sentido, eis alguns factos, bem elucidativos, que tive ensejo de observar e que se encontram resumidos no quadro seguinte:

1.º — Total de casos 140 (1)

2.º — Doentes do sexo masculino 76
 » » » feminino 64

3.º—Frequência em relação à idade dos doentes	$\left\{ \begin{array}{l} \text{com a idade de 19 anos — 1 caso} \\ \text{» » » entre os 20 a 30 anos — 3 casos} \\ \text{» » » » » 30 a 40 » — 25 »} \\ \text{» » » » » 40 a 50 » — 50 »} \\ \text{» » » » » 50 a 60 » — 35 »} \\ \text{» » » » » 60 a 70 » — 20 »} \\ \text{» » » superior a 70 anos — 6 »} \end{array} \right.$	

4.º — Condições em que os doentes se apresenta- ram sob o ponto de vista cirúrgico	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Inoperáveis 50 \%} \\ \text{Operação paliativa 30 »} \\ \text{Operação radical 20 »} \end{array} \right.$	

5.º — Resultados:

Falecidos	24
Mesmo estado	67
Melhorados	37
Curados	12

A análise dos números anteriormente expressos, permite-nos destacar alguns factos de interesse, entre os quais os seguintes:

Verifica-se, em primeiro lugar, que o cancro do recto é mais frequente no homem do que na mulher, facto aliás já averiguado por todos os Autores.

Verifica-se ainda que o cancro do recto é relativamente frequente, (4^o/10 em relação ao total dos tumores malignos), o que nos permite colocar os tumores do recto em 3.º lugar por ordem de frequência, em relação às outras localizações, no homem, depois do tumor do estômago que ocupa o primeiro lugar e de todas as outras localizações nos órgãos do aparelho digestivo.

(1) No mesmo periodo, o número de tumores malignos em geral foi de 3.560.

JOÃO PORTO

PROFESSOR DA FACULDADE DE MEDICINA
E DIRECTOR DO CENTRO DE CARDIOLOGIA MÉDICO-SOCIAL DE COIMBRA

OS DOENTES DO CORAÇÃO

SOB O ASPECTO MÉDICO-SOCIAL

(ESBOÇO DE UM PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS CARDÍACOS)

Livro onde se expõe o resultado da experiência do CENTRO DE CARDIOLOGIA DE COIMBRA em 5 anos de actividade e, ainda, o modo de como pode ser prestado auxilio médico-social a todos os cardíacos pobres do país, segundo um programa racionalmente traçado dentro das realidades da nossa vida política, económica e social.

1 Vol. com 213 págs. Esc. 30\$00

INSULINA

“A B”

de renome mundial

— SIMPLES

cujos fundamentos
e características são:

- *inalterabilidade*
- *pureza*
- *acção absoluta.*

— 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} CLINICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURY'S, 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

Na mulher a maior frequência dos tumores dos órgãos genitais, faz baixar a taxa de frequência relativa dos tumores do recto, além da sua menor frequência absoluta, como vimos.

Outro facto não menos digno de registo, é o que respeita à frequência do cancro do recto, em relação com os diferentes períodos da vida.

Verifica-se em primeiro lugar, que estes tumores, como todos os tumores malignos, são sobretudo frequentes depois dos 40 anos, mas também não devemos deixar de reconhecer que se observam já com relativa frequência entre os 30 e 40 anos e mesmo entre os 20 e 30, facto este que se reveste da maior importância clinica, bem como o facto de se ter observado um caso num individuo com a idade de 19 anos. Isto nos mostra que não podemos pôr completamente de parte a hipótese de cancro do recto, em doentes com idade inferior aos 20 anos, tanto mais que outros Autores têm relatado casos de tumor do recto em indivíduos com tenra idade (WINTENITZ e outros).

Pelo que respeita às condições em que a maior parte dos doentes de cancro do recto aparecem nos Serviços de Cirurgia, não podemos deixar de apreciar dolorosamente o facto de que uma muito pequena percentagem apenas se apresenta em condições de operabilidade.

Com efeito, vimos que, em cerca de 80% dos casos, o cirurgião não pode praticar uma intervenção com intuits curativos, (50% de inoperabilidade e 30% de operações paliativas) e em 20% apenas pode ser posta em prática uma operação resseccionista.

Nesta já diminuta percentagem, ainda a taxa de mortalidade operatória foi elevada, não tendo sido possível averiguar a percentagem de curas definitivas, que deve ser, no entanto, muito reduzida em relação ao total de casos.

E estes resultados não se verificam apenas entre nós, pois que muitas estatísticas estrangeiras nos dão conta de factos semelhantes. Bastante elucidativa é a tal respeito uma estatística de EIKEN ⁽¹⁾ (Dinamarca) que podemos citar a título de exemplo.

(¹) *Acta Chirurgica Scandinavica* — vol. 81, 1938, págs. 154-186.

Segundo os dados referidos por este Autor, foram registados na Dinamarca durante o período de 1931 a 1935, 1.444 casos de cancro do recto, acerca dos quais observou o seguinte:

- 491, ou sejam 34 %, eram inoperáveis.
- 560, > > 38 > apenas puderam ser submetidos a intervenção paliativa.
- 393, ou sejam 27 %, foram submetidos a intervenção radical ou resseccionista.

Nesta última série de casos, foram praticadas 68 operações abdomino-perineais, num tempo, com 70 % de mortalidade; em 104 casos foi realizada a operação em dois tempos, com 60 % de mortalidade; em 114 casos foi praticada a amputação perineo-sagrada, com 26 % de mortalidade; em 31 casos foi praticada a ressecção, com 32 % de mortalidade; a mortalidade operatória global foi de 48 %.

O Autor atribui esta elevada taxa de mortalidade operatória ao facto de a intervenção ser realizada muitas vezes em precárias condições e ainda pelo facto de nesta estatística figurarem os resultados obtidos por diversos cirurgiões.

Ainda os dados estatísticos relatados por GOLIGHTY⁽¹⁾ (Londres), são bastante elucidativos acerca da elevada percentagem de doentes que se apresentam em condições de inoperabilidade.

Este Autor, num conjunto de 1.186 casos de cancro do recto que passaram pelo St. Mark's Hospital, no período de 1930 a 1939, refere-nos que 40 % dos doentes eram inoperáveis e que em muitos outros apenas foi praticada uma operação paliativa.

Pelo que respeita à taxa de mortalidade operatória, verifica-se também que ainda hoje a cirurgia do cancro do recto contribui apreciavelmente para o índice de mortalidade geral, devendo o facto atribuir-se sobretudo às precárias condições em que os doentes são operados, pelo adiantado estado de evolução do tumor, mais do que propriamente à gravidade intrínseca das operações sobre o recto.

Se quisermos fazer uma ideia aproximada da gravidade das intervenções do cancro do recto, basta referir os dados relatados por alguns cirurgiões que mais se tem destacado neste capítulo da cirurgia

(1) *British Med. Journal*—20 de Setembro de 1941, pág. 397.

E assim, GOLIGHTY (1941) refere-nos que a taxa de mortalidade operatória global oscila entre 8 e 18 0/0; MANDL (1929), refere — 11,8 0/0; FINSTERER — 12 0/0; KÜTNER — 20 0/0.

E, se considerarmos isoladamente a taxa de mortalidade operatória para as operações combinadas (abdomino-sagradas ou abdomino-perineais), as percentagens referidas pelos cirurgiões são ainda mais elevadas. E assim, MANDL, refere — 57 0/0; KIRSCHNER — 35 0/0; FINSTERER — 18 0/0; LOCKART-MUMMERY — 14 0/0; EIKEN — 60 0/0. De um modo geral, verifica-se que a taxa de mortalidade operatória é mais elevada quando as operações combinadas são realizadas num só tempo, mas, em todos os casos e exceptuando algumas estatísticas mais favoráveis, verifica-se que a taxa de mortalidade por cancro do recto é em regra bastante pesada.

Verifica-se, portanto, que os doentes de tumor do recto são sujeitos a elevada taxa de mortalidade operatória e que chegam na maior parte dos casos demasiadamente tarde aos Serviços de Cirurgia, e a isto se deve atribuir essencialmente os precários resultados obtidos no tratamento desta doença.

Se quizermos modificar favoravelmente esses resultados devemos orientar os nossos esforços no sentido de promover que os doentes se apresentem mais cedo para tratamento cirúrgico, o que só é viável desde que o diagnóstico seja feito precocemente.

Vejamos pois qual a orientação que devemos seguir na prática para que um tal diagnóstico seja feito o maior número de vezes possível, visto que nem sempre se torna fácil fazer o diagnóstico precoce do cancro do recto.

Porém, antes de esquematizarmos as bases essenciais em que deve assentar esse diagnóstico, julgo conveniente passar em ligeira revista alguns dos caracteres anatomo-patológicos dos tumores malignos do recto, bem como os seus aspectos nas diferentes fases evolutivas.

Designa-se clinicamente por cancro do recto, toda a neoplasia maligna primitiva do canal ano-rectal, ou seja da porção terminal do intestino, compreendido entre a terminação do meso-sigmoide, pela altura da 3.^a vertebra sagrada, e a margem do ânus.

Sob o ponto de vista histológico, o cancro do recto é quasi sempre um epitelioma, sendo muito raros os tumores de natureza conjuntiva. Neste último caso o tumor reveste a maior parte das

vezes a forma de sarcoma melânico (70 0/0 dos casos), tumor que se reveste da mais alta malignidade pela tendência precoce para a generalização (TUFFIER, HARTMANN, PETERSON, SCHMITH, etc.).

Estes tumores têm por esse facto e pela sua raridade, pequeno interesse cirúrgico, sendo rapidamente sujeitos a recidiva depois da extirpação (90 0/0, segundo CHALIER).

De maior interesse clínico são os epiteliomas, quer pela sua apreciável frequência quer ainda pelas possibilidades de cura com o tratamento cirúrgico precoce. A QUÉNU e LANDEL se deve essencialmente o estudo anatomo-clínico destes tumores nos seus variados aspectos.

Estes tumores podem ter a sua origem em qualquer parte do canal ano-rectal, mas têm a sua predilecção por determinados pontos, de tal modo que é clássico considerar diferentes formas clínicas do cancro do recto, conforme a sua situação topográfica.

E assim, é clássico distinguir sob esse aspecto, o cancro ampular, de todas as localizações a mais frequente (70 0/0), o cancro anal ou esfinteriano de FINET e o cancro supra-ampular, em que pode incluir-se a forma recto-sigmoidea de QUÉNU, de frequência mais rara.

Devemos no entanto notar que esta classificação é bastante esquemática, pois em certos casos o tumor pode estender-se de uma zona para outra e, noutros casos até, ocupar toda a extensão do canal ano-rectal. Contudo, nem por esse facto tal classificação deixa de ter um certo interesse clínico, visto ser exacta na maioria dos casos e de a cada uma das localizações referidas corresponderem muitas vezes sintomas que lhe são próprios.

Sob o ponto de vista anatomo-patológico macroscópico os tumores malignos do recto revestem em regra uma das formas seguintes: vegetante, ulcerosa, infiltrante.

A forma vegetante é caracterizada pela existência de um tumor fazendo saliência no interior da cavidade rectal, constituído por vegetações ou gomos carnudos muito vascularizados e sangrando facilmente ao toque. Estes tumores têm por esse facto muita tendência para a ulceração e infecção e determinam precocemente dificuldades do trajecto rectal.

A forma ulcerosa, apresenta-se inicialmente como uma solução de continuidade da mucosa ano-rectal, com tendência extensiva e bordos irregulares, onde, além dos caracteres histológicos de malignidade, se observam precocemente também fenómenos de infecção, com tendência igualmente acentuada para a hemorragia.

A forma infiltrante ou intersticial, é caracterizada pelo endurecimento precoce das paredes do recto, sem a existência aparente de tumor ou de ulceração, com acentuada tendência extensiva em superfície e em profundidade e conduzindo precocemente à retracção ou aperto do recto. Nesta variedade se deve incluir o cancro anular ou cancro em *viole* dos Autores franceses.

Devemos também fazer notar que esta classificação só é exacta no período inicial do desenvolvimento dos tumores do recto, pois nos períodos mais avançados o aspecto macroscópico modifica-se muito, em virtude de ulcerações secundárias condicionadas pela necrose e infecção dos tecidos tumorais, de tal forma que nos períodos mais avançados quase sempre se observam formas ulcero-vegetantes, ou vegetantes ulceradas.

Ainda sob o ponto de vista histológico, o cancro do recto pode revestir formas diversas que interessam também pelo seu aspecto clínico. O sarcoma é particularmente grave pela sua tendência precoce para a generalização, em particular o sarcoma melânico, a modalidade mais frequente destes tumores. Como em qualquer outro departamento do organismo, podem observar-se sarcomas globo-celulares, fuso-celulares, de grandes e de pequenas células e ainda os de células gigantes, de relativa benignidade.

Os epitelomas podem revestir essencialmente duas modalidades: cilíndrica e pavimentosa, conforme o seu ponto de origem, respectivamente na mucosa rectal ou anal. Este caracter não é no entanto absolutamente rigoroso em certos casos, pois em virtude de possíveis fenómenos de metaplasia celular, ou de existência de ilhotas de células aberrantes, podem observar-se epitelomas de tipo pavimentoso na mucosa rectal, onde o epitélio é normalmente cilíndrico. Também como em qualquer outro ponto do organismo o epiteloma cilíndrico pode revestir duas variedades: tubulada e lobulada, o que corresponde às formas cilíndricas típica e atípica, da antiga classificação de QUÉNU e LANDEL. As proporções respectivas dos elementos epitelial e conjuntivo tam-

bém podem ser variáveis, condicionando por esse facto diferentes graus de malignidade.

Antes de abordarmos o estudo clínico do cancro do recto, é útil também conhecer o modo de desenvolvimento e de propagação destes tumores o que interessa essencialmente sob o ponto de vista terapêutico.

Já tivemos ocasião de referir que os tumores malignos do recto, sendo inicialmente lesões bastante limitadas, têm acentuada tendência para a extensão em superfície e em profundidade. A extensão em superfície é sobretudo manifesta para a parte superior do canal ano-rectal, atingindo o tumor tanto mais altura quanto mais nos afastarmos do seu periodo inicial.

A extensão em profundidade faz-se primeiramente para as tunicas do recto, secundariamente para o tecido celular peri-rectal e por último para os órgãos circunvizinhos, especialmente para a prostata, as vesículas seminaes, a bexiga e uretra no homem, e para o útero e vagina na mulher.

Mas, devemos notar que a propagação destes tumores nem sempre se faz segundo estas directrizes, podendo em certos casos ter uma propagação descontínua, com o aparecimento precoce de metastases em órgãos distantes, como o pulmão, a pleura, o sistema ósseo, o figado o peritoneu, antes que se tenha dado a invasão dos órgãos mais próximos do recto. Este facto, que é sobretudo peculiar aos tumores conjunctivos, tem uma alta importância no prognóstico e para a apreciação das possibilidades terapêuticas, em especial sob o ponto de vista operatório, pois de nada serviria praticar a ressecção de um tumor do recto quando existissem metastases em órgãos distantes.

Importante é também conhecer o modo habitual de extensão dos tumores do recto pela via linfática, facto este da maior importância sob o ponto de vista cirúrgico.

Não se podem estabelecer regras absolutamente fixas a tal respeito, visto que nem sempre também neste caso a propagação é contínua e progressiva. Por vezes, gânglios linfáticos distantes podem ser invadidos pelas células cancerosas enquanto restam indemnes alguns dos gânglios mais próximos do recto. Mas, na grande maioria dos casos a invasão ganglionar é do tipo progressivo e contínuo, como averiguaram há muito, QUÉNU, HARTMANN MONDOR, etc.

E assim, no caso dos tumores localizados ao ânus, são sobretudo os gânglios inguino-crurais os primeiramente invadidos, em especial os do grupo súpero-interno.

Os cancros do recto, pròpriamente, invadem precocemente os gânglios peri-rectais, pré-sagrados, hemorroidários médios e superiores e por último os gânglios mais distantes, como os gânglios iliacos, cólicos, etc. Nestes diferentes grupos são com maior frequência invadidos certos gânglios hemorroidários médios (gânglios de CUNÉO e de QUÉNU) e ainda os do grupo hemorroidário superior, que MONDOR considera o verdadeiro hilo linfático do recto.

Nem sempre a invasão ganglionar se faz segundo a ordem da sua proximidade com o recto, podendo em certos casos poupar grupos ganglionares mais próximos enquanto são atingidos outros mais distantes.

O conhecimento deste facto tem importância cirúrgica, mas, torna-se muitas vezes difícil apreciar macroscòpicamente quais os gânglios invadidos pelas células cancerosas. É este mais um facto que nos mostra a importância do diagnóstico precoce, antes de se dar a invasão ganglionar, pois quando os gânglios estão invadidos, por mais cuidado e meticulosidade que haja na sua dissecação nunca pode haver a certeza de uma cura definitiva que, muitas vezes, é comprometida pela recidiva num ou outro gânglio que passou despercebido durante a intervenção.

Por este e outros factos, nunca é demais frisar a importância do diagnóstico enquanto a doença se encontra na sua fase puramente local, a única que nos oferece verdadeiras condições de curabilidade definitiva.

Vejamos agora os elementos de que nos podemos servir e a orientação que devemos adoptar na observação dos doentes de suposto cancro do recto para que o diagnóstico precoce seja feito o maior número de vezes possível.

O diagnóstico do cancro do recto nem sempre constitui tarefa fácil, sobretudo no seu período inicial, embora seja possível na grande maioria dos casos, à custa de um exame metòdicamente conduzido. Não nos referimos ao diagnóstico na fase avançada da doença, sem grande interesse clínico, em que por vezes a simples informação do doente associada ao toque rectal são suficientes para um diagnóstico positivo.

Assim acontece na grande maioria dos casos de cancro do recto que se apresentam nos Serviços de Cirurgia, em condições muitas vezes de não poder ser tentada qualquer terapêutica útil.

De facto, muitos desses doentes chegam junto de nós queixando-se de dificuldades de defecação, com mais ou menos dores e rectorragias, nos quais o simples toque revela a existência de um tumor vegetante que determina obstrução do canal ano-rectal, sangrando facilmente com as manobras de exploração.

Em tais casos, o diagnóstico não é difícil e os restantes exames a que podemos proceder vêm apenas confirmar a ideia já estabelecida pelo simples exame clínico.

Também nesses casos não é muitas vezes difícil averiguar que o tumor ultrapassou já os limites de operabilidade, pelo que diz respeito a uma intervenção radical, tendo em muitos casos de limitar-nos a praticar uma intervenção paliativa.

De modo que, se o diagnóstico é fácil, nos casos avançados, também não resulta em regra muito útil, pela impossibilidade de se por em prática uma intervenção curativa.

Como já anteriormente tivemos ocasião de frisar, só o diagnóstico precoce nos dá possibilidades de resolver satisfatoriamente o problema terapêutico do cancro do recto.

Porém, a orientação que os tratados de patologia apontam para estabelecer um tal diagnóstico, não nos parece a mais adequada, sendo talvez uma das causas que contribuem para que em muitos casos o diagnóstico seja feito tão tardiamente.

Com efeito, os livros de patologia apresentam com grande simplicidade a tarefa do diagnóstico do cancro do recto, apontando para isso os elementos seguintes: sintomas clínicos, toque rectal, exame rectoscópico, radiografia e biópsia.

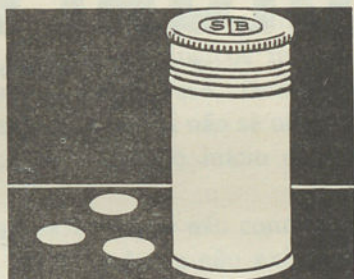
Estes elementos, permitem sem dúvida chegar a uma conclusão exacta na grande maioria dos casos, mas, torna-se indispensável para isso que os resultados colhidos pelos diversos exames sejam correctamente interpretados, dando a cada um dos elementos semiológicos o seu real valor.

Façamos pois uma rápida análise crítica do verdadeiro valor de cada um desses elementos em que se deve fundamentar o diagnóstico dos tumores do recto, reportando-nos essencialmente à primeira fase da doença, e assim teremos ocasião de verificar que nem sempre se torna fácil o diagnóstico precoce.

Lobulina BERNA

em tabletes

Produtos
BERNA



Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berne
Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 271 50

Produtos
BERNA

BACTERIOFAGOS

Tífico-paratífico A e B
Enteríticos
Estafilocócicos

Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berne
Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

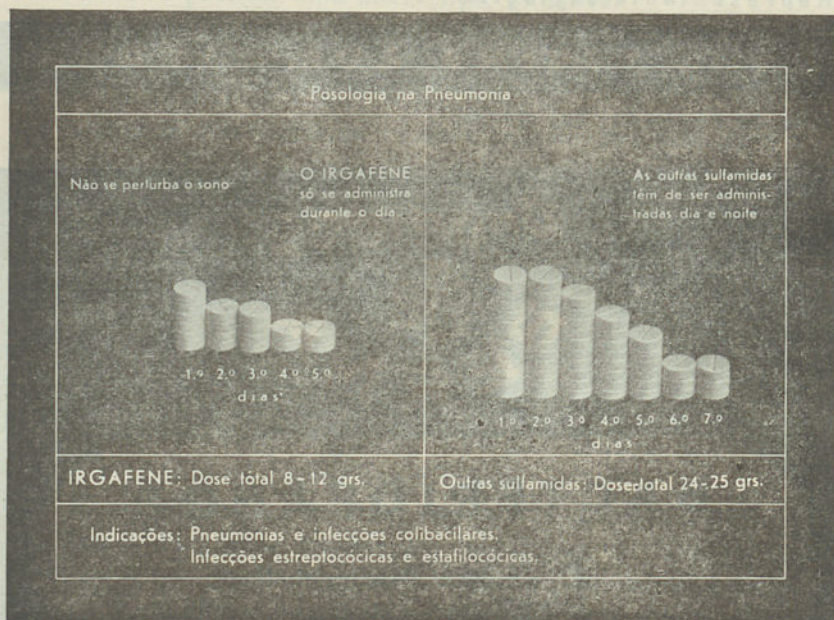
Rua da Prata 51, Tel. 271 50

IRGAFENE



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

O PRIMEIRO quimioterápico
de GRANDE actividade
em PEQUENA dose



J. R. GEIGY S. A. Basileia (Suíça)

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

Comecemos pela apreciação do valor dos sintomas clínicos.

Apontam os livros como caracteres clínicos do cancro do recto, a tríade sintomática seguinte: dores, perturbações da defecação, rectorragias.

Ora, se pensarmos na patogenia de cada um destes sintomas e ao mesmo tempo nos caracteres anatomo-patológicos macroscópicos do cancro do recto na sua primeira fase, facilmente podemos concluir que a tríade sintomática referida não se observa na maior parte dos casos do tumor do recto no início do seu desenvolvimento.

Com efeito, na primeira fase da sua evolução não condiciona o cancro do recto dores apreciáveis em virtude de não existirem nessa fase fenómenos secundários de nevrite, nem fenómenos de compressão acentuados, pois o tumor é ainda de pequeno volume. Por este motivo, também as perturbações da defecação podem ser muito ligeiras ou até não existirem, sobretudo quando o tumor se localiza na ampola rectal, que é o caso mais frequente.

Do mesmo modo, as rectorragias, sendo uma consequência da ulceração primitiva ou secundária do tumor, só se podem observar desde o início dos tumores de forma ulcerosa, que não são os mais frequentes, ou nos tumores vegetantes e infiltrantes secundariamente ulcerados e infectados, o que corresponde em regra a um período já avançado do tumor.

Quer isto dizer que, se estivermos à espera de observar a tríade sintomática acima referida, para fazer o diagnóstico de um cancro do recto, poucas vezes poderemos fazer o diagnóstico precoce.

Devemos pois saber que o cancro do recto no início do seu desenvolvimento, determina muitas vezes uma sintomatologia bastante discreta, variável conforme a localização e a modalidade anátomo-patológica do tumor, consistindo umas vezes em vaga sensação de plenitude rectal, falsas necessidades de defecação, etc., e outras vezes até não existe sintomatologia clínica apreciável como acontece em certos casos de tumor recto-sigmoideu, de sintomatologia latente até ao aparecimento de fenómenos de oclusão aguda ou sub-aguda, quando o tumor atingiu já um desenvolvimento bastante acentuado, suficiente para determinar um aperto do intestino. Não constituem excepção, com efeito, os

casos de tumor recto-sigmoideu, revelados pela primeira vez por fenómenos de oclusão do intestino.

Não devemos pois confiar demasiadamente na sintomatologia clínica para fazer o diagnóstico precoce do cancro do recto. Antes, devemos recorrer a outros meios de exploração, todas as vezes que um doente nos referir qualquer perturbação embora mal definida que possa estar relacionada com o departamento ano-rectal.

Esses meios de exploração, consistem essencialmente no toque rectal e na rectoscopia, e acessoriamente no exame radiológico e na biópsia.

O toque rectal, é um dos elementos de exploração de maior valor para o diagnóstico precoce do cancro do recto.

Com efeito, e abstraindo de alguns casos de tumor altamente situado, a maior parte dos cancros ano-rectais são acessíveis ao toque, o qual nos permite apreciar alterações de consistência da mucosa rectal, ulcerações, aumento de volume, etc., das quais adquirimos a noção da existência de uma lesão orgânica em que muitas vezes não é difícil distinguir os caracteres de lesão tumoral maligna. E assim, se a prática do toque rectal entrasse na rotina dos exames do recto, quantos tumores deixariam de ser diagnosticados só muito tardiamente, como acontece na grande maioria dos casos.

Outro tanto podemos dizer acerca do exame rectoscópico, especialmente para os casos de tumor inacessível ao toque.

Sem dúvida, o exame rectoscópico já não oferece por vezes a simplicidade técnica do toque rectal, mas nem por esse facto um tal exame deve deixar de ser praticado todas as vezes que possa estar indicado, inclusivamente enviando um doente a uma consulta de proctologia, cuja necessidade se faz sentir em todos os centros hospitalares de determinada importância.

Como complemento dos exames de exploração acabados de referir, podemos ainda recorrer ao exame radiológico e devemos em todos os casos suspeitos praticar uma biópsia.

No entanto, o exame radiológico não tem para o diagnóstico precoce do cancro do recto o valor que à primeira vista se pode julgar, e que muitos lhe atribuem.

É que, os tumores do recto, no início do seu desenvolvimento, enquanto não atingem um certo volume, não condicionam altera-

ções apreciáveis do trânsito rectal, nem determinam imagens radiológicas características. Muitos Autores, entre os quais GUTMANN e outros, chamam a atenção para este facto, relatando casos de tumor do recto, por vezes com acentuado desenvolvimento, em que o exame radiológico mais minucioso não mostrou a mais ligeira alteração.

Enquanto ao exame biopsico, não podemos deixar de encarecer as suas vantagens em todos os casos em que, pelos outros elementos de exploração, sejamos levados ao diagnóstico de lesão tumoral. É claro que a biópsia neste caso não é praticada tanto com o fim de auxiliar a estabelecer o diagnóstico, mas com a intenção de poder confirmar ou invalidar um tal diagnóstico. Como diz ROBERTS (1), a biópsia deve ser praticada em tais casos por um motivo de consciência, para se ficar duplamente seguro e ainda por interesse científico.

Além disso a biópsia permite-nos evitar cometer certos erros auxiliando-nos no diagnóstico diferencial de determinadas afecções que podem macroscopicamente confundir-se com o cancro do recto.

O diagnóstico diferencial é com efeito um dos problemas que devemos conscienciosamente resolver, pois que, tratando-se de uma doença que condiciona em regra uma intervenção grave e conduz em muitos casos à amputação total do recto, adviria sempre para os doentes enorme prejuizo de um diagnóstico menos exacto.

Muitas são as afecções que podem confundir-se clinicamente e macroscopicamente com o cancro ano-rectal. Entre esses, devemos mencionar os tumores benignos, as hemorroidas, a sífilis, tuberculose, polipose rectal, linfogranulomatose de STERNBERG, de NICOLAS-FABRE, o sindroma de JERSILD e especialmente certas formas de rectite proliferante e estenosante. A biópsia permite-nos pois esclarecer certos casos duvidosos, evitando por vezes uma intervenção mutilante, permitindo-nos ainda esclarecer a variedade histológica do tumor, o que, além do interesse científico, tem ainda a vantagem de se poder ajuizar da rádio-sensibilidade do tumor, o que em determinados casos pode ser de utilidade.

Depois de resolvido o problema do diagnóstico diferencial,

(1) *British Med. Journal*, n.º 14, pág. 144, Abril de 1941.

um outro problema temos de resolver quando se trata de cancro do recto, que é o da operabilidade.

Sabendo-se que o único tratamento eficaz a opor ao cancro do recto, consiste na intervenção cirúrgica radical, o cirurgião tem de averiguar em todos os casos as possibilidades de realizar uma tal intervenção, bem como as suas possibilidades de êxito.

Podemos desde já dizer que não há critério definido nem regras definitivamente estabelecidas pelo que respeita às condições de operabilidade dos doentes de cancro do recto.

Em tais casos, é sobretudo o critério pessoal do cirurgião, baseado na sua experiência e ainda nos seus recursos técnicos, que devem decidir acerca das condições de operabilidade.

Como elementos de apreciação, deve o cirurgião contar sobretudo com a extensão do tumor, a sua invasão em profundidade, a propagação aos órgãos vizinhos, a extensão das adenopatias e a existência ou não de metastases dos órgãos distantes.

Para a apreciação das condições locais do tumor, devemos servir-nos sobretudo do toque rectal que, melhor do que qualquer outro meio, nos permite apreciar o grau de mobilidade do recto. Por vezes também o toque vaginal, a exploração da bexiga e uretra, podem dar-nos muito úteis ensinamentos acerca da possível invasão desses órgãos.

Quando se trata de um cancro do recto, quase todos os cirurgiões têm tendência a alargar ao máximo os limites de operabilidade, como única possibilidade de cura. No entanto, há certos limites que os cirurgiões em regra não ultrapassam, pelo que respeita às condições locais do tumor. E assim, quando se verifica acentuada imobilidade ou fixidez do recto ao toque, bem como quando se observa a invasão secundária da bexiga ou dos ureteres, todos os cirurgiões reconhecem em regra a impossibilidade de uma intervenção radical.

Já outro tanto não acontece pelo que respeita à propagação do tumor para a prostata, as vesículas seminais ou para a vagina e o útero na mulher, em que uma ressecção alargada, com a ablação em bloco desses órgãos com o recto, pode permitir a prática de uma intervenção com intuitos curativos, como nos mostram alguns casos relatados por CHARRIER e BARRAYA (1).

(1) *Journal de Chirurgie*, t. L, 1939, pág. 322.

Mas, na apreciação dos limites de operabilidade, não devem influir apenas as condições locais do tumor. Também o estado geral dos doentes, a idade, a existência ou não de outras afecções orgânicas de importância, bem como a possibilidade da existência de metastases noutros órgãos, muito devem influir na demarcação dos limites de operabilidade.

Em certos casos, mesmo, só no decurso da intervenção é possível averiguar determinadas condições de inoperabilidade. Assim acontece, por exemplo, quando no decurso da prática do tempo abdominal de uma amputação do recto, se verifica, pela exploração, a existência de metastases no peritoneu, no fígado, etc. Em tais casos, inútil seria tentar a prática de qualquer intervenção com intuito curativo.

Vejam, agora, como devemos considerar o problema terapêutico.

A este respeito, só nos referiremos ao tratamento cirúrgico, pois que o tratamento pelas radiações não deve ser considerado um verdadeiro método terapêutico do cancro do recto. A sua aplicação deve ser reservada para os casos inoperáveis, como tratamento paliativo, ou, em certos casos, como acessório do tratamento cirúrgico.

A radiosensibilidade dos tumores do recto é pequena e, embora tenham sido apontados alguns casos felizes submetidos à radiumterapia, a maior parte dos Autores não mostra grande simpatia por este tratamento. Isto não quer dizer, no entanto, que se deva considerar sem valor o tratamento pelas radiações, pois nos doentes inoperáveis podem em certos casos retardar a marcha evolutiva do tumor, alongando por vezes apreciavelmente o periodo de sobrevivência, devendo portanto ser aplicadas, de preferência num Instituto de Oncologia, onde a sua aplicação pode ser mais conscienciosamente feita.

Pelo que diz respeito ao método cirúrgico, devemos considerar neste o tratamento paliativo e curativo.

O tratamento cirúrgico paliativo, pode prestar alguns benefícios nos casos em que não é possível pôr em prática o tratamento radical. Pode melhorar o estado geral dos doentes, combatendo as perturbações de defecação, suprimindo ou atenuando os fenómenos inflamatórios locais produzidos pela passagem das fezes sobre o tumor ulcerado, diminuindo por vezes as rectorra-

gias favorecidas pela infecção, bem como as dores e a anemia resultantes da expoliação sanguínea, alongando assim a sobrevivência dos doentes. Em certos casos, até, a melhoria das condições locais e gerais pode ser tão acentuada que permita mesmo alargar os limites da operação radical, pois não têm sido raros os casos em que uma intervenção praticada apenas com intuitos paliativos, tem passado a constituir um tempo prévio do tratamento curativo.

Nos diferentes processos cirúrgicos de tratamento paliativo quero referir-me apenas à colostomia, ou anus contra-natura, pois que os outros processos preconizados com o mesmo fim, (rectotomia, dilatação, curetagem, etc.), poucos benefícios podem em regra trazer aos doentes, sendo mesmo nalguns casos prejudiciais.

Pelo que respeita ao tratamento curativo, muitos métodos e processos operatórios têm sido preconizados, sendo longa a lista da sua enumeração. Não pretendo, nem é possível, no âmbito desta lição, fazer apreciação de cada um deles, quer focando particularidades técnicas, quer expondo as suas vantagens ou inconvenientes, bem como ainda as suas indicações e contra-indicações.

Como frisei no início destas considerações tenho apenas em vista focar o aspecto cirúrgico geral do cancro do recto, e em especial a orientação que devemos seguir perante os doentes portadores desta doença que ainda hoje condiciona uma elevada taxa de mortalidade.

Limitar-me-ei portanto a uma breve enumeração dos processos cirúrgicos que podem ser usados como tratamento radical do cancro do recto, fazendo apenas algumas considerações acerca do método de amputação combinada por via abdomino-perineal.

Desde 1826, data em que LISFRANC preconizou e praticou a amputação do recto por via perineal, muitos outros processos operatórios têm sido preconizados, para o tratamento radical do cancro ano-rectal, não mais cessando de se aperfeiçoar a técnica de todos esses processos, de tal modo que podemos hoje dizer que este capítulo da cirurgia atingiu um elevado grau de aperfeiçoamento. E, se o cancro do recto é ainda hoje sujeito a tantas falhas terapêuticas e a numerosos insucessos operatórios, isto não é devido a deficiências técnicas mas sobretudo, como já tivemos ocasião de afirmar, às condições geralmente precárias em que a maior parte dos doentes se apresentam para o tratamento.

Com efeito, têm sido não só aperfeiçoadas, as diversas técnicas de ablação destes tumores, com inclusão por vezes dos órgãos circunvizinhos, como se tem prestado o maior cuidado à preparação dos doentes e ao tratamento post-operatório, bem como ainda aos processos de anestesia, de tal modo que a elevada taxa de mortalidade operatória que ainda hoje se observa, já não pode ser imputada tanto à gravidade intrínseca das intervenções, como à gravidade da doença em causa e ao estado de depauperamento em que tantas vezes se encontram os doentes.

São, com efeito, já hoje raros os casos de *Shock* operatório, outrora tão frequentes nas intervenções por cancro do recto, sendo igualmente raros os casos de morte por hemorragia, bem como ainda por infecção da ferida operatória.

A profilaxia do *Shock* operatório, é hoje quase seguramente feita pela meticulosidade e suavidade da técnica das intervenções mais laboriosas, pela escolha adequada dos processos de anestesia bem como pela cuidadosa preparação dos doentes.

Do mesmo modo, a profilaxia da hemorragia quer operatória ou post-operatória é ainda feita pela perfeição da técnica na prática da hemostase, dispondo-se ainda de um remédio heróico para debelar rapidamente os estados de anemia aguda, com a transfusão sanguínea. A infecção é em grande parte evitada pelo rigor da asepsia, a cuidadosa preparação do canal ano-rectal, ou combatida por meios já bastantes eficazes de que hoje dispomos. E assim observamos hoje muitas vezes casos de intervenções as mais laboriosas por cancro do recto, executadas num só tempo, em que não se verifica o mais ligeiro sinal de *Shock* operatório, em que a perda de sangue é quase nula ou insignificante e nos quais se observa muitas vezes a cicatrização da ferida operatória por primeira intenção.

E se, apesar de todos estes aperfeiçoamentos da técnica operatória, a taxa de mortalidade nas intervenções por cancro do recto é ainda bastante pesada, este facto é essencialmente devido às precárias condições em que os doentes são em regra operados.

Também muito pode influir na categoria dos resultados, a escolha do processo operatório a usar em cada caso.

Dispomos já de muitos processos cirúrgicos para a extirpação radical do cancro do recto e a sua escolha para cada caso depende mais do critério pessoal de cada cirurgião, segundo as

suas preferências e simpatias ou os seus recursos técnicos, do que de directrizes bem definidas que estabeleçam para cada caso o processo operatório mais conveniente e adequado.

Se quizermos fazer uma rápida ideia dos diferentes processos que têm sido propostos e metodisados para o tratamento cirúrgico radical do cancro do recto, podemos mencionar essencialmente os seguintes:

- a) Amputação do recto por via perineal (LISFRANC).
- b) » » » » » perineo-coxígea (VERNEILL, KOCHER).
- c) Amputação do recto por via trans-anal (CUNÉO).
- d) » » » » » perineo-abdominal (QUÉNU).
- e) Ressecção do recto por via sagrada (KRASKE).
- f) » » » » » abdomino-sagrada (KRASKE, HOCHENEG).
- g) Ressecção do recto por via abdominal (HARTMANN).
- h) » » » » » para-sagrada (ZUCKERKANDL).

Todos estes processos podem ser associados à prática de um anus contra-natura, temporário ou definitivo, realizada previamente ou no decurso da intervenção radical. Desnecessário se torna encarecer as vantagens do anus contra-natura executado previamente em muitos casos, com o qual se conseguem melhorar as condições locais e gerais dos doentes. A sua prática sistemática não é no entanto de aconselhar, por desnecessária em alguns casos.

Quanto à prática de um anus contra-natura, temporário ou definitivo executado no mesmo tempo da extirpação radical, não é possível estabelecer quaisquer regras a tal respeito, pois a conduta deve ser diferente conforme os casos, e condicionada de harmonia com a localização e extensão do tumor, estado geral dos doentes, por vezes até a sua condição social e ainda as preferências e hábitos de cada cirurgião. Há no entanto uma regra que nos deve orientar neste capítulo da cirurgia do cancro do recto, e com a qual todos os cirurgiões manifestam a sua concordância, que consiste em adoptar para cada caso o processo cirúrgico que nos possa dar maiores garantias de uma extirpação

I
O
D
A
L
O
S
E



STOCKS ASSEGURADOS

G
A
L
L
B
R
U
N

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico
solúvel assimilável

substitui o
iodo e o iodeto
em tôdas as suas applicações

SEM IODISMO

Vinte gôtas de **IODALOSE** actuam como um grama
de iodeto alcalino

DOSES MÉDIAS: Cinco a vinte gôtas para as crianças
e dez a cinquenta gôtas para os adultos.

A **IODALOSE** é a única solução titulada do Peptoniodes.

Primeira combinação directa e inteiramente estável do iodo
com a Peptona.

Descoberta em 1896 por E. GALBRUN,
Doutor em Farmácia.

Importante: Não confundir a **IODALOSE**, produto original, com as
numerosas imitações apresentadas ao Corpo Médico com nome idêntico.

Representantes para Portugal e todo o Império:
F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}
Rua Damasceno Monteiro, 142 • LISBOA

radical, não só do tumor mas dos gânglios invadidos, sem o qual não é possível esperar a cura definitiva ou duradoira.

E, nesta cirurgia do cancro do recto, como em toda a cirurgia dos tumores malignos, verifica-se que os processos limitados e conservadores, embora de gravidade imediata mais pequena, não conduzem em regra a resultados afastados satisfatórios. Por este motivo, verifica-se hoje uma tendência geral entre os cirurgiões para preferirem os processos cirúrgicos mais radicais, no tratamento do cancro do recto. E, assim, abstraindo os tumores de localização mais baixa, em que os processos de extirpação por via perineal, do tipo LISFRANC, estão indicados, ou os tumores de situação alta e bem localizados, em que a ressecção exclusivamente por via abdominal, do tipo HARTMANN, constitui uma excelente intervenção, na maior parte dos casos de tumores do recto, tendo já ultrapassado a primeira fase do seu desenvolvimento, é sobretudo a extirpação por via combinada, abdomino-perineal de QUÉNU, aquela que nos dá maiores garantias de cura e à qual os cirurgiões da actualidade dão em regra a preferência. Esta intervenção, que pode ser executada num ou em dois tempos, com colostomia prévia, ou na mesma ocasião do tempo abdominal, é geralmente seguida de anus contra-natura definitivo, pois raros são os casos em que pode ser feito o restabelecimento funcional pelas vias naturais.

É esta intervenção, bastante laboriosa, em geral apontada como sendo altamente chocante para os doentes, motivo porque é muitas vezes praticada em dois tempos.

No entanto, nota-se hoje uma tendência cada vez maior para a sua prática num só tempo, o que apresenta numerosas vantagens.

Com uma preparação cuidadosa dos doentes, sob anestesia pela Percaina, com uma técnica meticulosa e uma hemostase perfeita, é hoje possível realizar esta laboriosa e delicada intervenção, num só tempo, sem que os doentes apresentem o mais ligeiro indício de *Shock* post-operatório.

Constitui um exemplo bem frisante da benignidade de tal intervenção, quando a sua escolha é feita adequadamente e quando executada debaixo dos preceitos acima referidos, a seguinte observação clínica, entre diversas outras, que resumidamente passo a relatar.

J. M., de 42 anos, casado, natural e residente em Coimbra. Deu entrada no Serviço de Medicina Operatória em 29-XII-945.

Nos antecedentes hereditários e colaterais, averiguou-se que o Pai é saudável e que a Mãe faleceu de tuberculose pulmonar. Tem dois irmãos e dois filhos saudáveis e teve uma tia que faleceu de cancro do útero.

É fumador e não tem hábitos alcoólicos. No seu passado patológico teve apenas uma uretrite específica, de que curou.

Alguns meses antes da sua entrada na enfermaria, começou a notar a presença de pequenas quantidades de sangue nas fezes. Por vezes, quando passeava, sucedia-lhe ter pequenas dejeções involuntárias. Em certos dias tinha necessidade de defecar 10 e 20 vezes por dia, sentindo ainda com frequência falsas necessidades. Tinha quase sempre dores no momento das defecações e as fezes eram muitas vezes acompanhadas de sangue.

Fez diversos tratamentos médicos sem resultado benéfico, vendo agravar-se progressivamente o seu estado, motivo porque recolheu aos Hospitais da Universidade.

No momento da sua entrada na enfermaria, o doente apresentava-se bastante emagrecido e anemiado, com a sintomatologia clínica acima referida.

Pela inspecção externa do anus nada se notava de anormal.

Pelo toque rectal, notava-se a existência de um tumor vegetante, anular, sangrando com facilidade, e determinando obstrução acentuada da ampola rectal.

Colheu-se um fragmento do tumor para análise histológica, que revelou o seguinte: «epitelioma cilíndrico típico, constituído por tubos e trabéculas de células volumosas com mitoses numerosas e monstruosidades celulares e nucleares» — (Prof. MOSINGER).

A reacção de Wassermann no sangue era negativa e a análise da urina não revelou elementos anormais.

Não havia quaisquer alterações orgânicas ou funcionais nos outros departamentos do organismo.

Feito o diagnóstico de cancro da ampola rectal e depois de verificadas as condições de operabilidade, foi o doente preparado para a intervenção operatória, que teve lugar em 24-II-946.

Eis o protocolo resumido da operação (amputação abdomino-perineal, num só tempo com anus iliaco definitivo): Foi ajudante na intervenção, o dr. FAUSTO PIMENTEL.

Anestesia raquidiana pela Percaina. Laparotomia mediana infra-umbilical, com exploração do abdomen e liberação da ansa sigmoide e da parte alta do recto; depois da secção da ansa sigmoide sob a protecção de *clamps* de MARTEL, foi o topo inferior, convenientemente protegido, alojado na escavação pélvica e em seguida foi feita a peritonização perfeita; o topo superior foi fixado através de incisão iliaca, no intuito de fazer um anus contra-natura definitivo; em seguida sutura completa da incisão abdominal, com protecção sob colódio, e penso independente da do anus iliaco;

Depois de collocado o doente em posição perineal, foi feita a extirpação completa do anus e do recto, com os respectivos gânglios hemorroidários, bem como de todo o tecido celular peri-rectal e músculos esfincterianos;

este tempo operatório foi executado sem hemorragia apreciável; a ferida operatória foi parcialmente suturada, depois de tamponamento com gaze polvilhada com sulfanilamida.

Sequências operatórias: decorreram com a maior simplicidade, sem qualquer complicação ou incidente; a ferida abdominal cicatrizou rapidamente e o anus contra-natura começou a funcionar com regularidade a partir do 4.º dia; a ferida perineal deitou um exudato sero-sanguinolento, que a pouco e pouco se foi extinguindo até à cicatrização completa, um mês depois da intervenção; o doente não teve o mais ligeiro indicio de *shock* operatório, nem necessitou de cuidados especiais, como injeções de soros, transfusão sanguínea, etc.; teve alta um mês depois de operado, em excelentes condições, fazendo uso de um aparelho adequado para o anus contra-natura.

Desde então, depois de decorridos oito meses, o doente tem gosado excelente saúde, trabalhando com toda a regularidade na sua profissão de cabeleireiro e declarando-se inteiramente adaptado e satisfeito com o funcionamento do anus artificial.

Embora nada possamos ainda prever acerca dos resultados a longo prazo, não podemos deixar de considerar os excelentes resultados imediatos da operação de QUÉNU, e, sobretudo, a benignidade desta intervenção apesar de ter sido executada numa só sessão operatória.

Nem sempre temos usado este método noutros casos de cancro do recto que temos operado, mas, abstraindo dos cancros anais ou infra-ampulares, em que a amputação perineal do tipo LISFRANC constitui uma boa intervenção, e dos cancros altamente situados e localizados ao segmento recto-sigmoideu em que a operação de HARTMANN também constitui um excelente método operatório, na maior parte dos casos de cancro do recto em adiantado estado de evolução, é, sobretudo, a operação de QUÉNU, aquela que nos parece susceptível de conduzir a melhores resultados, quer imediatos, quer a distância.

BIBLIOGRAFIA

- BABCOCK — *Surgery, Gynecology and Obst.*, vol. 55 n.º 5-Novembro de 1932, pág. 627.
- BELL — Carcinoma of the rectum and recto-sigmoid — *Surgery, Gynecology and Obst.*, vol. 44, pág. 556.
- BENSAÛDE — Diagnostic endoscopique du cancer du rectum et du colon terminal — Paris, 1929.
- Les indications, la technique et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum — *Journal de Chirurgie*, 1921, pág. 211.
- CALDERON — La méthode périnéo-coccygienne avec conservation du sphincter dans le traitement du cancer ampullaire du rectum — *Tese-Paris* — 1921.
- CHALIER et MONDOR — Cancer du rectum — Doins. Ed. — 1924.
- CHALIER — Le traitement du cancer du rectum — Masson, 1931.
- CHRISTOPHER and JEUNING — *Illinois Med. Journal*, n.º 81 de Abril de 1942, pág. 316.
- CHARRIER et BARRAYA — Amputation abdomino-perineal avec hystéro-col-pectomie dans le cancer du rectum — *Journal de Chirurgie*, vol. 53, pág. 322.
- CLARK — Cancer of sigmoid and rectum in childrea and Joung adults — *Ann. of Surgery*, n.º 84, 1026, pág. 833.
- COFFEY — Cancer of the rectum and recto-sigmoid — *Amer. J. of Surg.*, vol. 14, pág. 161.
- CUNÉO — Ablation du cancer du rectum par voie périnéale avec conservation du sphincter — *Journal de Cirurgie*, n.º 5, 1908.
- CUTLER, BURCHKE — Cancer, its diagnosis and treatment — Philadelphia, 1938.
- DURAND — Le diagnostic du cancer recto-sigmoidien — *Gazette Med. de France*, n.º 1 de Janeiro de 1930.
- FINSTERER — Traitement chirurgical du cancer du colon gauche et du cancer du rectum haut situé avec conservation du sphincter — *La Presse Medicale*, vol. 47, 1939, pág. 488.
- GOLIGHTY (J. C.) — *British Med. Journal*, 20 de Setembro de 1941, pág. 397.
- GREGORI — Risultati della moderna Roentgenterapia del cancro del recto inoperabile — *Arch. di Radiot.*, vol. v, 1938, pág. 129.
- HARRY BOWING and ROBERT FRICK (MAYO CLINIC) — *Radiology*, n.º 37 de Novembro de 1941, pág. 570.
- HARTMANN — La chirurgie du rectum — Masson Ed. 1931.
- JONES — Operability and factors that increase [e]curability of carcinoma of the rectum — *Surg. Gynec. and Obst.*, vol. 70, 1940.

- KIRSCHNER, NORDMANN — Tratado de patologia quirurgica — tomo VI, 1946, pág. 883.
- KRASKE — Die Erhaltung des Schliccosmuskels beider Exotirpation des Mastdarmkrebses und seine spatere Function — *Deutsch. Med. Wech-nochift*, 1905, pág. 1098.
- LOUIS (A. B.) — *Journal of A. Med. Assoc.* n.º 117, 19 de Julho de 1941, pág. 469.
- MAYO — Resection of the rectum for cancer with preservation of the sphinc-ter — *Surg. Gynec. and Obst.*, vol. 18-1914, pág. 401.
- MORAIS (VERGILIO DE) — Sobre o cancro do recto — Lisboa, 1940.
- MILES — The probleme of the surgical treatment of the rectum — *Am. J. Surg.*, vol. 46-1939, pág. 26.
- Cancer of the rectum — *Surg. Gynec. and Obst.*, vol. 52, 1931.
- MUMMERY — Excision of the rectum for cancer — *Amer. Journal of Cancer.*
- Report of the international conference of cancer — 1928, pág. 117.
- OOSTING (M.) — *Ohio Slate Med Journal* n.º 37-Novembro-1941, pág. 1.067.
- QUÉNU — Chirurgie du rectum — Paris, 1899.
- ROBIN — Contribution à l'étude de l'opération de HARTMANN et de MUMMERY dans les cancers du rectum haut situés — *Tese-Bordeaux*, 1927.
- ROUSSY, LABORDE, BERTILLON — A propos de la radiothérapie des cancers du rectum — *Bull. Assoc. fr. du Cancer* vol. 16, 1927, pág. 527.
- STONE — Plastic operations for anal incontinence — *Arch. of Surgery*, 1932, pág. 20.
- THOREK — Modern Surgical Technic, 1939.
- TISSERAND — Opération de HARTMANN pour cancer recto-sigmoidien avec restauration de la continuité du tube digestif — *Bull. Soc. Chirurgie.*, 17 de Abril de 1929.
- WOOLF (M.) — *West. Journ. Surgery*, n.º 50 de Abril de 1942, pág. 177.

CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Director: Prof. João Pôrto

DOIS ANOS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO
DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(ALGUNS ASPECTOS DA SUA ACTIVIDADE)

POR

HENRIQUE DE OLIVEIRA

(CHEFE DE SERVIÇOS DO C. T. S.)

(Continuação da página 325, vol. XIII n.º 6)

O recrutamento do corpo de hemodadores

I

Ao cabo de dois anos de funcionamento, cumpre-nos relatar as diferentes modalidades da nossa actividade; só depois de ponderado o pouco que fizemos se poderá avaliar o muito que temos por fazer.

A) — A INSCRIÇÃO:

A primeira empresa a que tivemos de meter ombros, foi o recrutamento e organização do Corpo de Hemodadores.

Principiou-se pela prata da casa, como estava naturalmente indicado. A inscrição de candidatos a hemodadores foi aberta no final da histórica Sessão de 20 de Dezembro de 1943, realizada na Sala de Conferências dos H. U. C. perante o Pessoal destes Hospitais.

Dirigiram-se apelos aos Dignos Comandos da Polícia de S. P., da G. N. R. e dos Bombeiros Municipais de Coimbra. Estes apelos foram humanamente compreendidos pelos Comandos e

pelos elementos destas unidades que lhes corresponderam generosamente. Alguns elementos da população civil da cidade e arredores vieram ao nosso encontro.

Ao fim do primeiro ano de actividade do C. T. S. — 28 de Fevereiro de 1945, registamos o total de 371 inscrições assim discriminadas — Quadro VI.

C. T. S.	Inscrições — 1.º Ano	QUADRO VI
Pessoal dos H. U. C.		213
» da P. S. P.		53
» da G. N. R.		14
» dos B. M. C.		22
Elementos da população civil		69
	Total	371

A maior contribuição foi prestada pelo pessoal dos H. U. C., enfermeiros, tirocinantes, alunos da Escola de Enfermagem, creados e outros funcionários. Segue-se em importância os elementos da população da cidade e arredores. Depois, por ordem decrescente a P. S. P., os B. M. C. e finalmente a G. N. R.

A distribuição destes candidatos a hemodadores pelas diferentes profissões vem expressa no Quadro VII.

O ritmo das inscrições por meses durante este primeiro ano vem representado no Quadro VIII. O maior movimento localiza-se em Dezembro de 1943, Janeiro e Fevereiro de 1944. Isto corresponde à afluência do pessoal hospitalar, da P. S. P., da G. N. R. e dos B. M. Depois o caudal torna-se mais frouxo — são os elementos da população civil que vão acorrendo lentamente.

QUADRO VII

H. U. C.	213
P. S. P.	53
G. N. R.	14
B. M. C.	22
Domésticas	12
Trabalhadores rurais	21
Comerciantes	5
Estudantes	5
Carpinteiros	3
Encadernadores	3

Sapateiros	2
Alfaiates	2
Condutores de eléctricos	2
Militares	2
Marchantes	1
Vendedor ambulante	1
Carteiro	1
Vendedor de jornais	1
Serralheiros	1
Polícia de Viação e Trânsito	1
Motorista	1
Funcionário público	1
Advogado	1
Prof. Universitário	1
Médicos	2
Total	371

A separação por sexos revela as percentagens expressas no Quadro IX.

Por necessidade de sistematização, fixamos o fim do nosso primeiro ano de actividade em 28-II-945. Com efeito foi em 24 de Fevereiro de 1944 que principiamos a fornecer sangue aos H. U. C.

De fins de Dezembro até lá, trabalhou-se no estudo dos candidatos a hemodadores.

O segundo ano tem início em 1 de Março de 1945 e termina em 28 de Fevereiro de 1946.

QUADRO VIII

Inscrição por meses — 1.º Ano															
1943	1944												1945	Total	
XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	
49	155	32	5	13	12	11	16	14	14	5	9	15	7	14	371

QUADRO IX

1.º Ano — Inscrições por sexos		
Homens	265	71,4 %
Mulheres	106	28,6 %
Total	371	100,0

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 estirena. . . .	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p. . . .	1000	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

PARASITÓSES
ESPIRILÓSES

Stovarsol

ÁCIDO OXIACETILAMINOFENILARSÍNICO

AMEBIOSE
CRÓNICA
ENTEROCOLITE
LAMBLIOSE

SÍFILIS, PIÂN
FEBRES RECORRENTES
ÚLCERA FAGEDÉNICA

ODETTE
ZÉAU

MEDICAÇÃO EUTRÓFICA REGLOBULIZANTE

Comprimidos doseados a:
0 gr. 01 - 0 gr. 05 - 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8^e)

Vejamos como decorreu a inscrição neste segundo ano — Quadro X.

C. T. S.	Inscrições — 2.º Ano	QUADRO X
Pessoal dos H. U. C.		4
» da P. S. P.		7
Elementos da população civil		95
	Total	106

Registou-se o total de 106 inscrições; a corrente estabeleceu-se quasi exclusivamente à custa dos elementos da população civil, assim discriminados segundo as profissões — Quadro XI.

QUADRO XI

2.º Ano — Candidatos por profissões	
H. U. C.	4
P. S. P.	7
Domésticas	39
Trabalhadores rurais	29
Comerciantes	2
Militares	3
Pedreiros	3
Motoristas	3
Empregados Municipais	2
Ferroviários	2
Carpinteiro	1
Alfaiate	1
Serralheiro	1
Polícia de Viação e Trânsito	1
Escrivão	1
Calceteiro	1
Hortelão	1
Polidor	1
Caldeireiro	1
Barbeiro	1
Cabouqueiro	1
Guarda-fios	1
Total	106

O ritmo destas 106 inscrições por meses vê-se no Quadro XII,

QUADRO XII

Inscrição por meses — 2.º Ano												
1945										1946		Total
III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	
16	7	19	10	13	8	0	6	3	6	12	6	106

Tivemos uma média de quase 9 inscrições por mês, média que, apesar de não ser muito elevada, chegou para compensar as perdas sofridas, mantendo o corpo de hemodadores à altura de fazer face às necessidades de sangue dos H. U. C.

A separação por sexos dá os resultados constantes do Quadro XIII.

QUADRO XIII

2.º Ano — Inscrições por sexos		
Homens . . .	65	61,3 %
Mulheres . . .	41	38,7 %
Total . . .	106	100,0

Verifica-se que tanto no primeiro como no segundo anos, o sexo feminino se encontra substancialmente representado na nossa inscrição. A percentagem de 28,6 no primeiro ano, subiu no segundo para 38,7 o que é deveras interessante se recordarmos que no Serviço de Transfusão de Sangue de Lisboa, no ano de 1944, só no total de 320 inscrições figuram apenas 30 mulheres — 9,37 %. A que atribuir este facto de tão importante afluxo de mulheres às nossas fileiras?

Durante o primeiro ano a inscrição das enfermeiras, tirocinantes, alunas da Escola de Enfermagem e creadas dos H. U. C. pode explicar e certamente explica a média elevada de 28,6 % de inscrições. Mas no 2.º ano, o fenómeno acentuou-se de forma sensível — a percentagem subiu de 28,6 para 38,7 e o concurso de elementos hospitalares foi apenas de 4 durante todo o ano.

Tratar-se-á, por ventura, de uma chama mais viva de humanitarismo a crepitar no coração da mulher? Também não. Para se captar bem a explicação deste facto é preciso seguir de perto o rasto desta corrente centrípeta do elemento feminino. O Quadro XI mostra que acorreram às nossas fileiras no 2.º ano,

39 domésticas. Ora bem; estas mulheres residem fora de Coimbra; surgem sobretudo ou quase exclusivamente de dois focos periféricos da cidade — Almalaguês e Condeixa. Da mesma origem provêm os trabalhadores rurais que figuram nos Quadros VII e XI — 21 e 29, respectivamente. É um facto curioso, como espontaneamente se fez a nossa propaganda nestas localidades. Nunca lá fomos ou mandámos angariar inscrições para o C. T. S. Mas succedeu melhor do que a nossa propaganda teria conseguido se lá tivesse actuado propositadamente.

Expliquemos. Nos H. U. C. trabalham duas creadas que são naturais — uma, de Rio de Galinhas, lugar da freguesia de Almalaguês, outra das imediações de Condeixa. Estas creadas inscreveram-se no C. T. S. como candidatas a hemodadoras e foram aprovadas. E deram sangue. Convencidas da inocuidade das extracções e animadas pela remuneração do seu sangue — 1700 por c.c., despertaram nos seus familiares naquelas localidades residentes, o desejo de melhorarem a sua situação económica pelo aproveitamento desta fonte de receita em que nunca tinham pensado.

Primeiro vieram os irmãos, depois os primos, depois os vizinhos e amigos. A corrente estabeleceu-se e canalizou-se para o C. T. S. E os próprios que foram vindo e foram aprovados e utilizados, convencidos por sua vez da inocuidade das extracções e animados pelas regalias que lhes oferecemos — assistência médica gratuita e sentindo o conforto da remuneração, cantando espalharam por toda a parte tanto quanto lhes permitiram o engenho e a arte. A tal ponto este movimento centrípeta se intensificou que no 2.º ano da nossa actividade quase 40 % do sangue que fornecemos proveio destas localidades periféricas de Coimbra.

E nesta corrente centrípeta a mulher tomou a preponderância. Sentindo sobre si mais persistentemente as dificuldades do orçamento doméstico, quando casadas, ou ansiosas por uma ostentação mais enfeitada, tão grata à sua alma de mulher quando solteiras, elas vieram à conquista de um maior grau de independência económica.

— Cremos bem que este considerável afluxo de mulheres às nossas fileiras, mais do que sinal de humanitarismo ou de amor pelo próximo é antes um sintoma das dificuldades económicas da hora que passa.

O ritmo mensal das inscrições nestes dois primeiros anos pode ver-se no Gráfico II.

Durante estes dois anos registamos um total de 477 inscrições assim comparticipadas por sexos :

Candidatos inscritos :

Homens . . .	330	69,1 %
Mulheres . . .	147	30,9 %
Total . . .	477	

Gráfico II

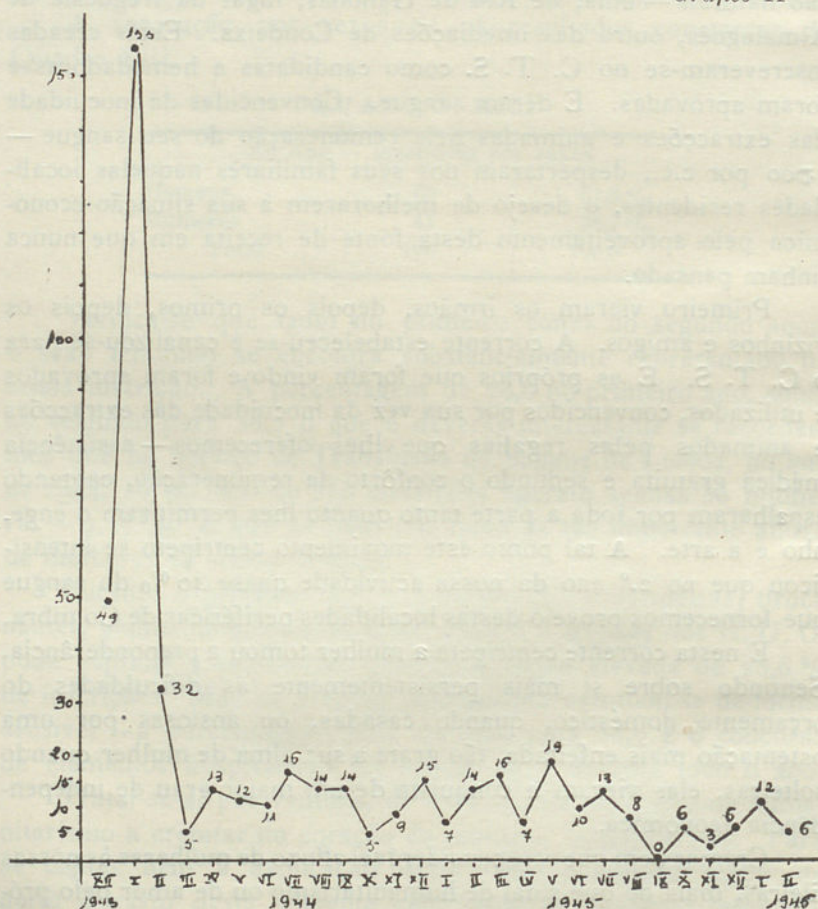


Fig. 2

Ritmo de inscrição mensal de candidatos

B) — O RECRUTAMENTO:

A selecção dos candidatos fez-se através de um filtro constituído fundamentalmente por dois exames — o exame clínico e o exame laboratorial.

Como condições que devem incorrer num bom hemodador exigimos, de acordo com o consenso unânime dos tratadistas na matéria, as seguintes:

- a) Idade compreendida entre os 21 e os 50 anos;
- b) Peso superior a 60 quilos;
- c) Veias aptas para fácil cateterização em ambas as flexuras;
- d) Aspecto saudável e asseado;
- e) Bom comportamento moral;
- f) Coragem bastante para se prestarem às extracções sem constrangimento.

O exame clínico incide sobre os diferentes órgãos e aparelhos exigindo-se um estado de higidez mais ou menos perfeito, de molde a que a história clínica seja tranquilizadora.

No que diz respeito ao aparelho circulatório, exige-se uma normalidade cárdio-vascular compatível com as extracções de sangue. O pulso deve ser amplo, regular e ritmico, prestando-se uma atenção particular ao estudo tensional dos candidatos. Foram rejeitados todos aqueles que apresentaram uma tensão máxima inferior a 11.

O exame clínico dos aparelhos respiratório e circulatório foram sistematicamente controlados pelo exame radioscópico e sempre que houve indicação para tal, recorremos à radiografia e electrocárdiograma. Foram eliminados todos os candidatos sujeitos a acessos de asma. Admite-se, com efeito, que pela transfusão de sangue se pode transmitir a hipersensibilidade a certos alergenos.

No inquérito realizado sobre o aparelho digestivo presta-se particular atenção ao estado da boca e dentes, estomago e intestinos. Pequenos focos sépticos, dentários e paradentários podem ter o valor de contra-indicações para a aprovação, dada a possibilidade de surtos septicémicos crónicos.

Revista-se igualmente o aparelho génito-urinário prestando-se especial atenção ao exame dos órgãos sexuais externos no homem,

para despistagem de doenças venéreas, particularmente o cancro duro e cicatrizes. Sempre que se julgou necessário recorreu-se ao exame laboratorial das urinas e dosagem da ureia no sangue.

A própria pele precisa de ser revistada no sentido de descartar certas doenças cutâneas como psoríasis e eczemas.

Na elaboração da história clínica exploram-se atentamente os antecedentes pessoais, particularmente no que diz respeito à sífilis, impaludismo, tuberculose e reumatismo. O exame clínico dos candidatos a hemodadores é bastante sumário.

Trata-se de examinar indivíduos saudáveis ou pelo menos convencidos de que o são; e como é necessário trabalhar dentro de uma margem de grande segurança adopta-se a norma de considerar toda a sintomatologia menos clara como suspeita e todo o candidato que apresenta sintomas suspeitos é reprovado.

Tendo passado na feira do exame clínico os candidatos são em seguida submetidos ao exame laboratorial. Este compreende:

- a) Determinação do grupo sanguíneo;
- b) Pesquisa serológica da lues pelas reacções de WASSERMANN e KAHN;
- c) Dosagem da hemoglobina (SAHLI);
- d) Contagem globular;
- e) Fórmula leucocitária;
- f) Exame parasitológico do sangue (hematozoário).

Exige-se que a hemoglobina seja superior a 80% (SAHLI), e que o resulta do estudo hemoleucocitário corresponda a situações normais — número de glóbulos rubros superior a 4.500.000, sem variações suspeitas qualitativas ou quantitativas da série branca.

* * *

A passagem dos nossos candidatos através destas duas feiras sucessivas deu-nos o seguinte resultado:

1.º Ano

Candidatos inscritos	371
Aprovados	204
Reprovados	167 — 45%

A percentagem de reprovações foi elevada — 45 0/0, o que está em relação com dois factores primordiais — o rigor que orientou a selecção e o baixo nível sanitário da população com que trabalhamos.

A separação por sexos, mostra o seguinte:

Homens inscritos	265
Aprovados	168
Reprovados	97 — 36,6 0/0
Mulheres inscritas.	106
Aprovadas	36
Reprovadas	70 — 66 0/0

A percentagem de reprovações no sexo feminino é elevadíssima, como se vê, até mesmo em relação com a taxa de reprovações no sexo masculino que por si já é elevada. A título de explicação para este facto cumpre-nos esclarecer o seguinte: Destas 106 mulheres inscritas, 96 foram recrutadas no pessoal dos H. U. C. — enfermeiras, alunas de enfermagem, tirocinantes e creadas. E nesta classe de candidatas houve, como dentro em pouco se verá, dois factores principais de reprovação — a insuficiência de pêso, menos de 60 quilos e más veias; e dois factores ainda consideráveis embora em menor escala — o excesso de idade e o medo.

Vejamos agora o que se passou a este respeito no segundo ano.

2.º Ano

Candidatos inscritos	106
Aprovados	72
Reprovados.	34 — 32 0/0

Baixou sensivelmente a percentagem de reprovações neste ano — 45 0/0 no primeiro, 32 0/0 no segundo. Esta diminuição não corresponde ao alargamento das malhas da rede de selecção — mantivemos o mesmo rigor se é que não fomos ainda mais rigorosos. A explicação deve residir no facto de a nossa inscrição ter sido alimentada predominantemente pelos candidatos vindos de povoações limítrofes da cidade — população com um nível

sanitário superior ao dos habitantes citadinos e muito principalmente ao dos candidatos intra-hospitalares.

A separação por sexos revela o seguinte:

Homens inscritos	65
Aprovados	51
Reprovados.	14 — 21,5 %
Mulheres inscritas	41
Aprovadas	21
Reprovadas.	20 — 48,7 %

Se bem que estas percentagens sejam calculadas sobre totais bastante inferiores à centena e apesar das reservas com que as encaremos, traduzem ainda uma desvantagem impressionante para o sexo feminino. E até para o sexo forte a percentagem de 21,5 de reprovações é pouco lisonjeira.

Neste segundo ano, 64,1 % das inscrições vieram das aldeias periféricas de Coimbra e vieram todas, estas e as restantes, espontaneamente, pelo seu pé, sem necessidade de serem gentis perante qualquer convite. Verifica-se no entanto que no total, 32 % tiveram que ser reprovados. A falta de peso e a sua pouca robustez física foram motivos que pesaram bastante nestas reprovações. O regimen de sub-alimentação a que esta gente tem estado sujeita não é estranho a esta taxa elevada de eliminações e transparece nitidamente através do seu aspecto, da sua leveza e até do próprio gesto de se virem inscrever no C. T. S.

A nossa percentagem de reprovações é de facto elevada comparada com estatísticas semelhantes. Nos Serviços de Transfusão de Sangue dos H. C. de Lisboa, durante o ano de 1944, em 320 inscritos houve apenas 31 reprovados — 9,6 %. O critério especial de selecção, muito maior tolerância, utilizando os dados conforme as indicações do exame clínico, deve estar na base desta discrepância.

Considerando agora os problemas da inscrição e recrutamento no seu conjunto, verificou-se durante os dois primeiros anos de actividade do C. T. S. o seguinte:

Candidatos inscritos	477
Aprovados	276
Reprovados. —	201 — 42,1 %

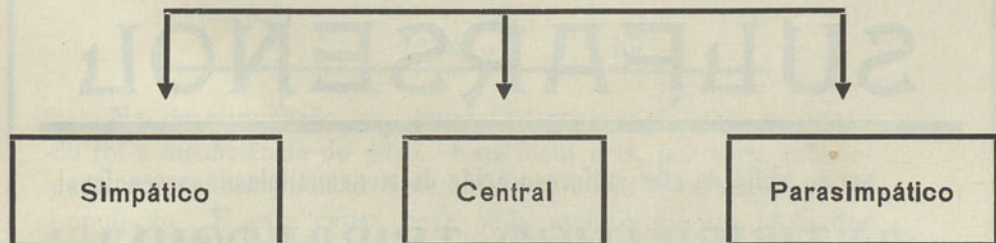
O medicamento da Época

BELLER GAL

(Bellafoline + Gynergène + Fénobarbital)

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

Acaba de aparecer:

“Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminarsenofenol

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 Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositários
exclusivos

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

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

As causas destas reprovações vão descriminadas no Quadro XIV.

QUADRO XIV

Motivos de reprovação	N.º de reprovações	0/0
Por peso inferior a 60 quilos	36	17,9
Por más veias	34	16,9
Por Wassermann e Kahn posit. . . .	28	13,93
Por excesso de idade > 50 anos . . .	18	8,95
Por tuberculose pulmonar	16	7,96
Por falta de idade < 21 anos	14	6,965
Por baixa tensão arterial — Mx. < 11 .	11	5,47
Por impaludismo	8	3,98
Por medo de dar sangue	8	3,98
Por anemia — Hb. < 80 0/0	6	2,985
Por cardiopatias	6	2,985
Por gastropatias	3	1,49
Por osteopatias tuberculosas	3	1,49
Por aspecto pouco asseado	3	1,49
Por aortite	2	
Por psicose	2	
Por asma	2	3,48
Por psoriasis	1	
Total	201	

Na descriminação das causas de reprovação vem à cabeça do rol a insuficiência do pêso. Este facto está, por certo relacionado com a alimentação deficiente e o baixo nível sanitário da população. E esta causa pesa nada menos que em 18 0/0 dos casos de reprovação, o que é importante.

Vem em seguida, na ordem decrescente, as más veias das flexuras. Veias pouco visíveis e sobretudo pouco palpáveis, veias finas que são incompatíveis com uma cateterização fácil e elegante. Constituem um obstáculo sério para o médico e um martírio para o dador. Esta causa motivou quase 17 0/0 das reprovações.

Logo em seguida surge-nos a sífilis. Em 14 0/0 dos candidatos foi este o obstáculo que impediu a sua aprovação. Em certo número de casos o morbo era ignorado pelos candidatos; negavam qualquer acidente venéreo desta natureza e o achado serológico do mal foi um benefício para eles, pois foram remetidos para o tratamento anti-luético.

Notou-se uma incidência muito maior desta doença nos homens do que nas mulheres. A despistagem da sífilis constitui uma das maiores preocupações dos serviços transfusionais e apesar da vigilância sanitária exercida periódicamente sobre os hemodadores, mesmo assim ainda surge uma vez por outra a provocar sérios desgostos.

A idade superior a 50 anos constitui o obstáculo imediato na ordem decrescente da sua frequência. Não porque esteja demonstrado que além daquela idade o sangue tenha perdido as suas virtudes como elemento terapêutico, mas talvez porque nesta altura da vida as extracções deixem de ser absolutamente inócuas para o dador e os pequenos acidentes sejam mais frequentes, a legislação da maior parte dos países onde esta matéria se encontra regulamentada, prescreve aquele limite máximo de admissão.

Só em casos excepcionais, dadores antigos bem constituídos e pletóricos, acostumados às sangrias periódicas, abrimos excepção a esta regra. E isto sucedeu apenas com 4 candidatos que são sangrados com toda a prudência e são objecto de uma vigilância constante.

No Gráfico III, vê-se a distribuição quantitativa por idades, de uma série não seleccionada de 444 candidatos. O máximo de inscrições verificou-se entre as idades de 20 a 35 anos.

Lesões de tuberculose pulmonar antigas, latentes ou imagens radiográficas suspeitas provocaram quâse 8 0/0 das reprovações, o que é significativo.

As outras causas discriminadas actuaram em escala progressivamente menor. Queremos destacar no entanto a falta de coragem de alguns candidatos, o medo.

Houve-os que se inscreveram voluntariamente e que se sujeitaram ao exame clínico e laboratorial; mas ao encararem de perto a hipótese de serem puncionados declararam que não eram capazes de se deixarem sangrar. Certos mostraram-se dominados por um nervosismo extraordinário quando se lhe fez a punção venosa para a WASSERMANN e KAHN—por vezes houve desmaios. É interessante notar que as 8 reprovações impostas por este motivo incidiram sobre candidatos intra-hospitalares. Acostumados a ver de perto o sofrimento humano, pode dizer-se mesmo, acostumados a ver o sangue dos outros todos os dias, estes candidatos são de uma pusilanimidade incrível. A ideia de verem

correr o seu próprio sangue fá-los tremer como varas verdes. E este mesmo motivo — o horror do próprio sangue, determinou a desistência de muitos elementos recrutados no meio hospitalar que foram aprovados e alguns até utilizados. Foi a única cate-

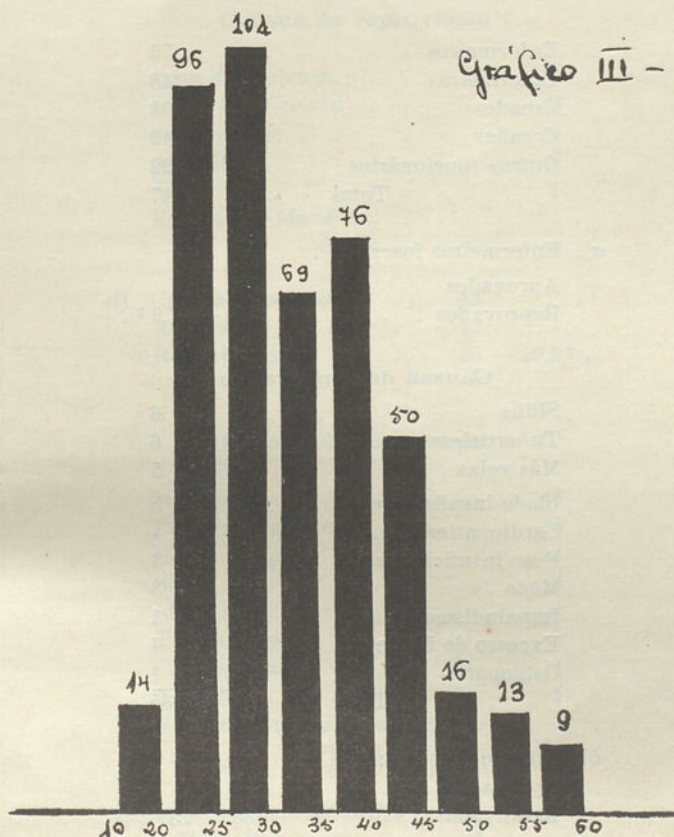


Fig. 3

goria de candidatos onde o medo imperou de uma forma tão avassaladora.

Nas reprovações por anemia, devemos salientar que dois dos candidatos reprovados eram precisamente doisadores campeões dos H. U. C. Ainda em 1943 haviam contribuído com mais de 7 litros de sangue cada um. Qualquer destes tinha quando se inscreveu, uma hemoglobina inferior a 70 %!

Por ter talvez o seu interesse não resistimos à tentação de fazer neste momento uma análise mais detalhada do grupo de candidatos intra-hospitalares.

Durante estes dois primeiros anos inscreveram-se no total 217 candidatos com o seguinte cadastro de apuramento :

Enfermeiros	73
Enfermeiras	48
Creados	32
Creadas	42
Outros funcionários	22
Total	<u>217</u>

a) Enfermeiros inscritos	73
Aprovados	38
Reprovados	<u>35</u> — 47,9 %

Causas de reprovação

Sífilis	6
Tuberculose	6
Más veias	5
Idade insuficiente	5
Cardiopatias	4
Peso insuficiente.	3
Mêdo	3
Impaludismo	1
Excesso de idade	1
Osteopatia	1
Total	<u>35</u>

b) Enfermeiras inscritas	48
Aprovadas	12
Reprovadas	<u>36</u> — 75 %

Causas de reprovação

Más veias	13
Peso insuficiente.	10
Excesso de idade.	4
Idade insuficiente	3
Tuberculose	2
Baixa tensão arterial	2
Gastropatia	1
Mêdo	1
Total	<u>36</u>

c) Creados inscritos	32
Aprovados	17
Reprovados	15 — 46,8 %

Causas de reprovação

Peso insuficiente.	6
Idade insuficiente	3
Tuberculose	2
Anemia	2
Sífilis	1
Excesso de idade.	1
Total	15

d) Creadas inscritas	42
Aprovadas	17
Reprovadas	25 — 59,5 %

Causas de reprovação

Más veias	6
Peso insuficiente.	5
Mêdo	4
Sífilis	3
Idade insuficiente	2
Tuberculose	2
Cardiopatas	1
Anemia	1
Aspecto pouco asseado	1
Total	25

e) Outros funcionários dos	
H. U. C. inscritos	22
Aprovados	5
Reprovados	17

Causas de reprovação

Excesso de idade	10
Más veias	3
Sífilis	1
Idade insuficiente	1
Peso insuficiente.	1
Total	17

Tomando este bloco no seu conjunto averigua-se o seguinte:

Candidatos intra-hospitales inscritos . . .	217
Aprovados	89
Reprovados	128 — 59 %

Trata-se de uma percentagem de reprovações altamente significativa. Mas para melhor se captar esta inferioridade sanitária, não há como pôr em confronto este bloco de candidatos intra-hospitalares com o bloco extra-hospitalar.

Candidatos extra-hospitales inscritos . . .	260
Aprovados	187
Reprovados	73 — 28 %

É fora de dúvida que este confronto é simplesmente desolador. Mesmo que descontemos a responsabilidade que nesta emergência cabe às más veias e às vicissitudes da idade, fica ainda um peso do domínio da patologia que é altamente impressionante.

Com efeito, o pessoal intra-hospitalar tem um baixo-nível sanitário. Vivendo num ambiente pouco propício a uma saúde florescente, sujeito ao contágio inter-humano, sobrecarregado com trabalho, mal remunerado e por conseguinte mal alimentado, é necessário prestar-lhe uma atenção que, até hoje, por quem de direito, talvez não lhe tenha sido dispensada como devia e era de inteira justiça.

* * *

Este primeiro aspecto da actividade do C. T. S.—Recrutamento do Corpo de Hemodadores e o controle sanitário feito semestralmente dos dadores em actividade, representa um esforço considerável dispendido, que em resumo pode ser assim esquematizado:

Exames clínicos de candidatos com preenchimento das respectivas fichas	477
Exames radioscópicos do tórax	441
Radiografias do tórax	31
Electrocardiogramas	9

Reacções de WASSERMANN	520
Reacções de KAHN	520
Estudos hematológicos	500
Determinação de grupos sanguíneos	334
Análises sumárias de urina	15
Dosagens de ureia no sangue	32

É de toda a justiça que destaquemos nesta altura a colaboração que nos foi prestada pelos diferentes Serviços Hospitalares e Laboratoriais da Faculdade de Medicina.

Cumpre-nos agradecer ao corpo clínico do Instituto de Cardiologia a colaboração que nos deu no exame clínico dos candidatos, pela possibilidade da utilização da sua aparelhagem e pela sua contribuição pessoal.

Os Laboratórios de Clínica Cirúrgica, de Análises Clínicas, de Química-Física e Química Biológica, foram também para nós colaboradores preciosos.

Mas manda a justiça que destaquemos particularmente o concurso que nos tem prestado o Laboratório de Microbiologia. Acompanhou-nos desde o primeiro momento no estudo laboratorial dos candidatos. Lá se realizaram parte dos exames hematológicos e todas as reacções de WASSERMANN e KAHN, não só as pedidas no momento da inscrição, mas todas as que são feitas na altura dos exames semestrais. Pode dizer-se que o Laboratório de Microbiologia e o Centro de Transfusão se deram as mãos desde o início da organização deste último e de mãos dadas se têm mantido até hoje.

A colaboração tem sido permanente e desinteressada. Justiça lhe seja feita.

* * *

No fim do primeiro ano de actividade do C. T. S. chegamos a este resultado:

Inscrições	371
Aprovados	204
Reprovados	167

Este pequeno exército de 204 hemodadores que esteve em actividade durante os 12 meses que decorreram entre 1 de Março de 1944 a 28 de Fevereiro de 1945, representa uma mudança radical na situação do problema hemoterápico nos H. U. C.

Com efeito, nos 12 meses de 1943 estes Hospitais dispuseram apenas de 12 hemodadores recrutados pelo acaso e utilizados por necessidade.

O Corpo de Hemodadores ficou assim participado:

Elementos dos H. U. C.	89
» da P. S. P.	45
» dos B. M. C.	16
» da G. N. R.	5
Outros elementos	49
Total	204

Este conjunto foi mais que suficiente para as necessidades hemoterapêuticas dos H. U. C., apesar do consumo de sangue ter subido a 36.260 c.c. em 1943, para 80.695 c.c. durante este primeiro ano da nossa actividade.

Foram satisfeitas todas as requisições de sangue intra-hospitalares e atenderam-se todas as chamadas extra-hospitalares sem ter sido necessário mobilizar todos os hemodadores. Houve uma reserva que não foi utilizada, como pode ver-se no Quadro XV.

QUADRO XV

Designação	Aprovados	Utilizados	Inactivos
Dadores intra-hospitalares	89	65	24
» da P. S. P.	45	36	9
» dos B. M. C.	16	4	12
» da G. N. R.	5	5	—
Outros dadores.	49	49	—
Total	204	159	45

Mas um Corpo de Hemodadores é uma formação essencialmente móvel. Movimenta-se todos os dias com os novos elementos que entram e com os elementos que saiem.

Sujeito ao controle sistemático dos exames sanitários semestrais e às desistências voluntárias dos hemodadores, assim como

à sua ausência forçada por mudanças de residência e modificações na sua vida social, por doenças surgidas após a aprovação, etc., este exército está constantemente a sofrer baixas por vezes muito sensíveis.

A movimentação do nosso Corpo de Hemodadores durante os dois primeiros anos foi a seguinte :

Dadores aprovados no 1.º Ano	204
» » » 2.º Ano	72
Total	276
Dadores perdidos no 1.º e 2.º Anos	72
Dadores existentes no fim do 2.º Ano	204

Estas perdas foram assim distribuídas :

a) Por desistência	36
b) Por ausência para longe	13
c) Por sífilis contraída após a aprovação	5
d) Por hemoglobina inferior a 85 0/0.	4
e) Por gastro-enteropatias	4
f) Por asma	3
g) Por alcoolismo	2
h) Por pneumopatias suspeitas de bacilares	2
i) Por falecimento	2
j) Por doença reumatismal	1
Total	72

É importante a cifra de desistências — 36, justificando só por si 50 0/0 das perdas. Pois bem; estas desistências registaram-se totalmente em duas categorias de dadores, a saber: no pessoal hospitalar e nos Bombeiros Municipais.

Do mêdo que os primeiros têm de dar sangue, já dissemos o suficiente ao tratarmos do mêdo como factor de reprovação. Quanto aos segundos — Bombeiros, é curioso notar que não é pròpriamente a pusilanimidade que os leva a desistir. Homens sujeitos a arriscar a vida a todo o momento em defesa do semelhante e dos seus bens, não é pròpriamente o mêdo que os move e faz hesitar. É um receio até certo ponto compreensível de comprometerem a sua saúde. Homens mal pagos e por conseguinte deficientemente alimentados e ainda sujeitos a exercícios físicos e esforços violentos, têm uma certa razão para pensarem como pensam.

A segunda rúbrica — ausências para longe de Coimbra, não tem comentários.

Descontando os dois casos de morte verificados como consequência de afecções agudas de evolução fatal, ficamos a braços com 21 eliminações que foram obra dos exames semestrais.

Isto chega para justificar a absoluta necessidade de exercer sobre os hemodadores uma vigilância periódica e rigorosa, no sentido de despistar qualquer modificação de significado patológico que na sua saúde se verifique e que possa representar um duplo perigo — para os eventuais recebedores e para os próprios dadores. Estes, de resto, têm a faculdade de, ao menor sinal de alteração da sua saúde, recorrerem ao C. T. S. onde encontram assistência médica, laboratorial e terapêutica gratuitas.

É digna de destaque a cifra de casos de sífilis contraída após a aprovação. Nada menos de 5 casos foram revelados pelos exames semestrais e pelo apurmo moral de alguns dadores — duas vezes. Os três restantes não tiveram a ombridade de se confessarem espontâneamente. Negaram até ao momento em que o exame serológico os denunciou.

Felizmente não temos nenhum caso de sífilis transfusional a lamentar, visto nenhum destes dadores ter sido puncionado depois de contrair o acidente primário. Mas cremos que nesta verificação está contida a advertência, que não deixaremos passar em claro, da necessidade de apertar mais a malha da nossa rede de vigilância sanitária dos hemodadores. Há toda a vantagem em tornar os exames de controle sanitário trimestrais, em vez de semestrais como têm sido até aqui.

Sobre a composição do Corpo de Hemodadores em actividade durante o 2.º ano, achamos preferível apreciá-la quando entrarmos no capítulo das colheitas de sangue neste mesmo ano. Por agora basta-nos dizer que durante o 2.º ano foram utilizados 162 hemodadores.

Ficou em reserva um grupo de 42 dadores que não foram mobilizados.

Para fecharmos este capítulo, resta-nos apresentar o resultado da determinação grupal no conjunto dos candidatos que, inscritos durante estes dois anos, chegaram até esta parte do exame laboratorial — Quadro XVI.

QUADRO XVI

Candidatos a dadores por grupos e anos

Grupos	1º ano	2º ano	Total	%
O α β	107	47	154	46,1
A β	117	37	154	46,1
B α	13	7	20	5,99
AB o	6	0	6	1,79
Não classificados	128	15	143	—
Total	371	106	477	99,98

Os 143 elementos não classificados foram candidatos que ficaram reprovados no exame clínico. Pela necessidade de fazer economia de soros-testes, dispensámo-los da determinação do grupo sanguíneo.

(Continua).

LIVROS & REVISTAS

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Guia de terapêutica das doenças das crianças — Profs. Almeida Garrett e Fonseca e Castro.

Oferece-nos as *Edições Altura*, pela pena destes dois ilustres professores de Pediatria da Faculdade de Medicina do Porto, um livro de algibeira de inestimável valor.

Divide-se em seis partes: I — *Índice dos estados mórbidos por órgãos e funções* (destinado a facilitar o encontro de qualquer estado uórbido no capítulo seguinte). II — *Indicações terapêuticas* (por afecções, ou sintomas que requeiram tratamento à parte). III — *Breviário de profilaxia* (transmissão, receptividade e profilaxia das principais doenças infecciosas). IV — *Formulário dietético* (com indicação dos alimentos e sua preparação). V — *Formulário de medicamentos* (por idades). VI — *Técnicas terapêuticas* (médicas e cirúrgicas).

Conhecidas como são, de todos, as dificuldades dos novos em matéria de terapêutica, e sobretudo de terapêutica infantil, onde a prescrição se apresenta como quase insuperável obstáculo, que a maioria dos formulários e guias terapêuticas não resolvem com a suficiente clareza e espirito prático, fácil se torna adivinhar a utilidade e o êxito de um formulário que, desde a primeira à última página nos impressiona pela orientação, clareza, desenvolvimento relativo dos assuntos, facilidade de consulta e excelência da sua doutrina.

De parabens, portanto, os seus autores, as *Edições Altura* e o público médico.

Terapêutica das doenças endócrinas — Dr. Iriarte Peixoto, Lisboa, 1946.

Em esmerada edição da *Livraria Luso-Espanhola* apresenta-nos o autor um completo e bem elaborado trabalho de endocrinologia prática, destinado, por certo, ao maior êxito e merecedor das melhores referências. O A. após um capítulo de ordem geral em que nos põe em contacto com as bases da moderna endocrinologia, apresenta-nos, em capítulos subsequentes, a terapêutica dos estados patológicos dependentes da hipófise, da epífise, da tireoide, das paratiroides, do timo, das supra-renais, do pâncreas; estuda com desen-

volvimento a diabetes, os estados intersexuais, as perturbações endócrinas dos aparelhos sexuais masculino e feminino, a obesidade e a magreza, as afecções pluriglandulares, e termina com dois capítulos complementares, em que trata da semiótica laboratorial, em endocrinologia, e do formulário endocrinológico; apresenta por fim uma série de tabelas.

Cada capítulo contém interessantes gravuras ilustrativas, sendo o texto iniciado por considerações anatomo-fisiológicas, definindo-se em seguida os diversos síndromas e doenças dependentes da glândula em causa, e apresentando-se, depois, a terapêutica que é resumida, no final de cada capítulo em interessante sinopse que torna rápida a consulta urgente da obra.

Pela riqueza bibliográfica e imparcialidade da doutrina, pelo método, clareza e elegância do estilo, pela maneira completa como trata os assuntos, constitui o livro do Dr. Iriarte Peixoto, uma obra que marca lugar de destaque na literatura médica portuguesa.



CENTRO DE ESTUDOS DO
HOSPITAL DE COIMBRA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia

Na Ordem dos Médicos do Porto, realizou-se uma reunião dos sócios desta sociedade, residentes naquela cidade. Presidiu o sr. Prof. dr. Celestino Maia, secretariado pelo sr. dr. Aureliano da Fonseca.

O sr. dr. Eduardo Teixeira de Sousa apresentou um curioso caso de «Doença de Recklinghausen», e, a propósito, referiu-se às diferentes neurosarcomatoses e as suas relações entre si.

O sr. dr. Aureliano da Fonseca apresentou um doente com uma extensa «Esclerodermia em faixa dos membros superiores», que provocava perturbações funcionais intensas, as quais desapareceram totalmente com infiltrações de novocaína do simpático cervical. O mesmo sócio apresentou, depois, um doentinho com «Doença de Dering», e referiu, ainda, um interessante caso de «Grangrena genital masculina».

Em seguida, o sr. Prof. dr. Celestino Maia apresentou «Um caso de pelada tratado pelos R. X», caso em que a radioterapia teve uma acção curiosa difícil de interpretar, e «Dois casos de tricotilomania», um dos quais muito notável, por abranger quase todo o couro cabeludo.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Foram aprovados os contratos dos srs. drs. Manuel dos Santos Silva e Américo Cardoso Inácio, para o exercício das funções, respectivamente, de 1.º e 2.º assistentes. — «Diário do Governo» 26-6-946.

De Lisboa — Prestou provas para o seu doutoramento, tendo sido aprovado, o sr. dr. Cândido Nunes da Silva. A tese intitulava-se «Alguns aspectos do problema da tuberculose renal».

A seu pedido, foi rescindido o contrato do sr. dr. Asdubral António de Aguir, professor extraordinário contratado da cadeira de Medicina Legal e de Toxicologia Forense.

A seu pedido, foi rescindido o contrato do 2.º assistente sr. dr. Carlos Macieira Pires.

I Curso Internacional de Medicina e de Cirurgia de Urgência

Por iniciativa do sr. dr. Almerindo Leça, chefe dos Serviços de Transfusão de Sangue dos Hospitais Cíveis de Lisboa, inaugurou-se na capital, o I Curso Internacional de Medicina e de Cirurgia de Urgência, ao qual deram o seu concurso, além de cientistas portugueses, americanos, suíços, franceses e ingleses.

À sessão inaugural presidiu o sr. tenente-coronel Júlio Botelho Moniz, Ministro do Interior, ladeado pelos srs. dr. Trigo Negreiros, Sub-secretário de Estado da Assistência Social; dr. Augusto da Silva Travassos, Director Geral de Saúde; Prof. dr. Freitas Simões, Bastonário da Ordem dos Médicos, e dr. Alves Roçadas, enfermeiro-mór dos Hospitais Cíveis.

Várias notas

Em festa de confraternização reuniram-se em Coimbra os cursos médicos de há 10 e de 20 anos.

— Em nome do curso médico de 1920-1921, o major médico, sr. dr. Antero do Amaral, depoz um ramo de flores no feretro do Prof. dr. Daniel de Matos, acto a que assistiram os srs. Prof. dr. Alvaro de Matos, filho do saudoso cientista e drs. Cunha Vaz e Metelo Seixas, que foram seus discipulos.

— Nas Pedras Salgadas foi inaugurado um monumento perpetuando a memória do médico das termas e sub-delegado de saúde, dr. Acácio Ribeiro, falecido há dois anos.

— No Hospital do Régo abriu um curso de aperfeiçoamento em doenças infecto-contagiosas, sendo a lição inaugural proferida pelo sr. Prof. dr. Fernando da Fonseca, acerca de difteria.

— No Hospital D. Estefânea, o sr. dr. Cordeiro Ferreira pronunciou uma conferência acerca de «Algumas considerações sobre leucémias».

— No Hospital de S. Marcos, em Braga, o sr. Prof. dr. Elisio de Moura, proferiu nma conferência sobre «Anorexia mental» e na Liga de Profilaxia Social, no Porto, o sr. dr. Tito Serras Simões, assistente do Instituto de Medicina Tropical, dissertou sobre «Cultura médica e clínica tropical».

— Para comemorar o cinquantanário da publicação do «Tratado de Osteologia Humana» do Prof. José António Serrano, realizou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, por iniciativa do sr. Prof. dr. Henrique de Vilhena, uma exposição de quadros murais de anatomia descritiva e topográfica.

— Foi aprovada a nomeação do sr. dr. Aloizio Correia de Paiva, para o lugar de clínico auxiliar das termas de S. Pedro do Sul.

Professor Dr. Arthur Stoll

A convite do Instituto para a Alta Cultura, o Professor Dr. Arthur Stoll, de Basileia, vem no próximo mes de Novembro realizar uma série de conferências nas Universidades de Lisboa, Porto e Coimbra.

Autor de numeríssimos trabalhos científicos de grande valor, o Professor Stoll vem pela primeira vez ao nosso País onde conta demorar-se alguns dias e tomar contacto com os nossos cientistas.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Relato resumido da 17.^a Sessão, ordinária, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realizada em 2 de Julho de 1946.

Ordem da Noite :

Prof. Fr. Wohlwill e A. Carneiro e Moura : Sarcoma da boca anastomótica de gastroenterostomia.

Dr. J. Silva Horta : Lesões osseas do sindroma de Cushing.

Dr. Arsénio Nunes : A hepatite serosa na febre tifoide.

Dr. Amílcar Gonçalves : Tuberculose pulmonar neoplasiforme.

Depois de lido o expediente e de serem votados para sócios os srs. drs. Arsénio Nunes, Amílcar Ferreira Gonçalves e Arnaldo Sampaio, o dr. Armando Narciso, que presidiu à sessão, por motivo da impossibilidade de comparência do sr. Prof. Egas Moniz e se encontrava secretariado pelos srs. drs. Manuel Pacheco Nobre e Abel Cancela de Abreu, deu a palavra antes da ordem da noite ao sr. Prof. Cancela de Abreu. Esse consócio justificou a razão porque o seu trabalho e do dr. Augusto Lamas «Penicilina por via carotídea» não aparecia a fazer parte da ordem da noite e os motivos que obrigaram a referida comunicação para uma das primeiras sessões do próximo ano académico.

Entrando-se depois na ordem da noite foi pelo sr. Presidente concedida a palavra ao sr. Prof. Carneiro de Moura, que foi seguido na mesa das conferências pelo sr. Prof. Fr. Wohlwill para apresentar a sua comunicação. Discutiram o caso de um doente de 33 anos que, há 18 anos, foi operado de gastroenterostomia posterior por causa de úlcera péptica do piloro e passou 6 anos bem. Ao fim desse tempo passou à sintomatologia anterior sendo-lhe estabelecido o diagnóstico radiológico de úlcera da boca anastomótica. O exame anatomo-patológico porém, mostrou a existência de um retículo-linfo-sarcoma com aquela localização infiltrando tanto a face do jejuno como a do estomago. Por fim notaram a raridade da localização e a existência de apenas 4 casos na bibliografia sendo esses mesmos de carcinomas pelo que o caso apresentado se pode considerar como caso único. Completaram o trabalho com a apresentação de radiografias e preparações anatomo-patológicas.

Feito o agradecimento em nome da Sociedade pelo sr. Presidente aos dois conferentes, que elogiou o trabalho apresentado, foi dada a palavra ao dr. Silva Horta.

Este consócio analisou as lesões osseas encontradas num caso e Cushing que autopsiou apresentando as respectivas imagens anatomo-patológicas e analisou os pontos de vista modernos da patogenia da doença em relação com diversas glândulas de secreção interna, citando a sua experiência sobre o assunto proveniente da experimentação em animais e observações por si feitas em cavalos.

Discutindo a comunicação falou o sr. Prof. Diogo Futado. Apresentou em seguida o seu trabalho o sr. dr. Arsénio Nunes.

Após breves citações das alterações focais do fígado na febre tifoide, descreveu as alterações gerais parenquimatosas do fígado nesta doença. Mais do que a degenerescência gorda, rara, afirmou ter importância a hepatite serosa. Nas 34 autópsias realizadas pelo autor, em 50 % dos casos havia sinais de hepatite serosa, estando presente na dissociação celular e trabecular em 26 % dos exames estológicos praticados. Não constatou uma relação entre o grau de toxémia e a intensidade das lesões de inflamação serosa que permitisse ao morfologista uma avaliação do grau de intoxicação pelo estudo das lesões encontradas. Referiu-se depois à raridade da icterícia e terminou chamando a atenção para a necessidade de tratar os doentes em que se suspeite a existência de hepatite serosa como um doente portador de uma hepatite aguda difusa.

Falaram sobre as afirmações feitas o sr. Prof. Wohlwill e o sr. Presidente.

Por fim no uso da palavra o sr. dr. Amílcar Gonçalves descreveu dois casos de suposta neoplasia pulmonar que posteriormente se revelaram pelo exame anatomo-patológico como sendo tuberculose sem elementos neoplásiformes. Mostrou os exames radiológicos que plenamente justificaram o engano e bordou interessantes considerações sobre os ensinamentos a tirar desses dois casos.

Na discussão do trabalho do sr. dr. Amílcar Gonçalves usaram da palavra o sr. Prof. Fr. Wohlwill, dr. Leite de Faria e o sr. Presidente.

Antes de ser encerrada a sessão o sr. Presidente manifestou o seu pesar pela ausência do sr. Prof. Egas Moniz e fez votos pelo seu regresso rápido à actividade o dentro da Sociedade, encerrando em seguida a sessão.

Relato resumido da 18.^a Sessão, ordinária, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realizada em 9 de Julho de 1946.

Ordem da Noite :

Prof. Barahona Fernandes : Novas perspectivas das psicoses sintomáticas.

Dr. Azevedo Mota : Psicose reumatisal. Problemas terapêuticos.

Aberta a sessão estando na presidência o sr. Prof. Celestino da Costa secretariado pelos srs. drs. Manuel Pacheco Nobre e Abel Cancela de Abreu, foi lido o expediente e votado para sócio o sr. dr. Azevedo Mota. Em seguida pelo 2.^o Secretário foram dados alguns esclarecimentos e explicações sobre afirmações feitas pelo sr. Prof. Costa Sacadura numa das anteriores sessões em referência à comissão votada pela Sociedade para o estudo do Decreto-lei n.º 35:180.

Iniciando-se depois os trabalhos da ordem da noite foi dada a palavra em primeiro lugar, a pedido do sr. Prof. Barahona Fernandes, ao sr. dr. Azevedo Mota.

O sr. dr. Azevedo Mota falou sobre perturbações psíquicas no reumatismo e a sua terapêutica em casos estudados na clínica psiquiátrica do Hospital de Júlio de Matos. Prova a necessidade de conjugar os métodos e cura da clínica médica aos da psiquiatria, à acção da insulina sobre o sono, etc.

O sr. Presidente felicitou depois o novo consócio pelo brilhantismo da comunicação apresentada e deu a palavra ao sr. Prof. Barahona Fernandes que expoz uma tentativa de interpretação e sistematização das perturbações mentais nas doenças de clínica geral.

Apresentou um diagrama com as zonas predilectas da reacção cerebral e da personalidade sob o ponto de vista orgânico, biológico, psíquico e espiritual que exemplificou na tuberculose, doenças de coração, infecções, intoxicações, avitaminoses etc., e descreveu a sua aplicação, prática à terapêutica demonstrando a necessidade de ligar os métodos orgânicos aos patológicos e educativos.

O sr. Presidente agradeceu a bela tentativa de sistematização levada a efeito pelo conferente e deu a palavra aos srs. Profs. Victor Fontes, Diogo Furtado e Gregório Pereira que discutiram vivamente o trabalho apresentado.

Em seguida e antes de ser encerrada a sessão foi considerada uma carta recebida do sr. dr. Juiz Renato Gonçalves Pereira sobre um caso de exercício ilegal da medicina sobre que falaram diversos consócios e proposto pelo sr. Presidente um voto pelo desejo das melhoras do sr. Prof. Egas Moniz, que foi aprovado por unanimidade.

Relato resumido da 19.^a Sessão, ordinária, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realizada em 16 de Julho de 1946.

Ordem da Noite :

Sessão de homenagem à memória do Professor Gama Pinto em que foram oradores os oftalmologistas :

Dr. José Cordeiro Blando — de Lisboa.

Dr. Manuel de Lemos — do Porto.

Dr. António Manso da Cunha Vaz — de Coimbra.

Eleições.

Aberta a sessão sob a presidência do sr. Prof. Egas Moniz, secretariado pelos srs. drs. Manuel Pacheco Nobre e Abel Cancela de Abreu, e lida a acta da sessão anterior foi dada a palavra sucessivamente, segundo a Ordem da Noite, aos srs. drs. José Cordeiro Blando, Manuel de Lemos e António da Cunha Vaz.

Estes ilustres colegas traçaram com grande elegância literária o perfil do sr. Prof. Gama Pinto, estudando a sua personalidade quer como homem quer como cientista. Analizaram promenorizadamente a brilhante carreira do Mestre oftalmologista e descreveram a projecção do seu saber no estrangeiro mercê a numerosas e valiosas publicações cuja lista completa nos foi dada por um dos oradores.

O sr. Presidente agradeceu individualmente a cada um dos conferentes e congratulou-se com a notável biografia de Gama Pinto obtida pela Sociedade mercê da contribuição valiosíssima trazida pelos distintos oftalmologistas que usaram da palavra.

Falou em seguida o sr. Prof. Lopes de Andrade, que como director do Instituto Oftalmológico Gama Pinto, agradeceu à Sociedade assim como aos oradores

que tivemos a felicidade de ouvir, a homenagem postuma tão justamente prestada, referindo-se à contribuição valiosa e elegante do sr. dr. Cordeiro Blando e à dos oftalmologistas do Porto e Coimbra, que quizeram vir honrar a memória do grande Mestre, com palavras de elogio e admiração.

Reunindo em seguida a Sociedade, em sessão secreta, foi votado para sócio titular o sr. dr. Mário Cardia. Voltando a sessão a ser pública, foi nomeada uma comissão constituida pelos srs. dr. Fernando da Silva Correia, Profs. Maia Loureiro e Asdrubal de Aguiar, e drs. Arnaldo de Sampaio e Miller Guerra, para estudar e emitir parecer sobre o caso de intoxicação colectiva apresentada a Sociedade como «Nota prévia» pelo primeiro destes senhores.

Procedeu-se em seguida à eleição dos corpos directivos da Sociedade para o próximo ano académico e das comissões de Admissão, Redacção, Higiene e Medicina Legal que ficaram assim constituidas :

Mesa

Presidente . . .	Prof. Celestino da Costa
Vice-Presidente . .	Prof. Leonardo Castro Freire
1.º Secretário . . .	Dr. Abel F. Cancela de Abreu
2.º Secretário . . .	Dr. João Manuel Xavier Morato
Vice-Secretários	{ Dr. Maciel Chaves
	{ Dr. Jorge Melo Régo
Tesoureiro . . .	Dr. Ermindo Alvarez
Bibliotecário . . .	Prof. Costa Sacadura.

Comissões

Admissão . . .	{	Prof. Costa Sacadura
		Prof. Cancela de Abreu
		Prof. Pinheiro Nunes
Redacção . . .	{	Prof. Egas Moniz
		Prof. Costa Sacadura
		Prof. Joaquim Fontes
		Prof. Carlos Salazar de Sousa
Medicina Legal	{	Prof. Barahona Fernandes
		Prof. Azevedo Neves
		Prof. Asdrubal de Aguiar
Higiene . . .	{	Dr. Luis Navarro Soeiro
		Prof. João Maria Loureiro
		Dr. José Alberto de Faria
		Dr. Gomes de Oliveira.

Uma vez conhecido o resultado da votação, o sr. Presidente referiu-se com elogio à personalidade do sr. Prof. Celestino da Costa e felicitou a Sociedade pela escolha feita que constitui a garantia da continuidade da actividade da Sociedade em prol da luta pelo bem da saúde pública. O sr. Prof. Celestino da Costa agradeceu as palavras que lhe tinham sido dirigidas e afirmou que apenas podia

corresponder à confiança em si depositadas dedicando-se com todas as suas forças a continuar a obra do sr. Prof. Egas Moniz dentro da Sociedade procurando elevá-la de novo ao nível que lhe compete a dentro de Medicina Portuguesa. Pedindo a palavra o sr. dr. Fernando da Silva Correia dirigindo-se ao sr. Prof. Egas Moniz expressou-lhe em nome da Sociedade, certo de que era esse o o sentir de todos os presentes, os mais afectuosos cumprimentos de despedida referindo-se à maneira inteligente e nobre como o sr. Prof. Egas Moniz cumpriu as suas funções de Presidente, absolutamente digno das nobres tradições desta casa.

Em seguida foi encerrada a sessão pelas 0 horas e 15 minutos.

Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, o sr. António José Gonçalves da Costa, pai do sr. dr. João Gonçalves da Costa; e a sr.^a D. Julia de Jesus Miranda, tia dos srs. drs. David Baptista, chefe dos serviços de estomatologia dos Hospitais da Universidade, e dr. Albano Paulo; em Almalagués, a sr.^a D. Elisa Maria dos Reis Ferreira, mãe do sr. dr. Ramiro Ferreira, médico municipal; em Tondela, a menina Maria Máxima, filha estremecida do sr. dr. David Almiro do Vale; e em Fornos de Algodres, o sr. António da Costa Menano, pai dos srs. drs. Horácio Menano e António Menano.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica*, sentidas condolências.



CELESTIO GONÇALVES VIEIRA
ROMULO DE CARVALHO

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

ALMANSA DE CARA — <i>Infiltraciones Pulmonares en la Infancia.</i> 2ª edición, 1 vol., 88 pág., 42 fig., 1946 (S.)	60\$00
ARIAS-CARVAJAL — <i>Plantas que curam y plantas que matam</i> , 1 vol., 367 pág., 111 fig., (EMA)	30\$00
BLANCO y PASEYRO — <i>El citograma obtenido por punción.</i> Sus aplica- ciones al diagnostico clínico. 1 vol., 151 pág., 64 fig. (S.)	100\$00
BOYER — <i>L'enseignement dans l'éducation physique et le sport</i> , 1946. 1 vol., 62 pág. (B.)	30\$00
BRASSEUR — <i>Las rayons X et leurs applications</i> (suivis d'exercices) 406 pág., 293 fig. (M.)	208\$50
CANETTI — <i>L'Allergie Tuberculose chez L'Homme</i>	78\$00
— <i>Bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon</i>	61\$50
CHABROL — <i>Nouvelles études cliniques et biologiques sur la pathologie</i> <i>du foie</i> , 184 pág. 24 fig. (M.)	87\$50
CHAILLEY-BERT — <i>Sport, Éducation physique, leurs réactions sur</i> <i>l'appareil respiratoire</i> , 1946, 1 vol., 151 pág., 31 fig. (B.)	70\$00
CORNUDELLA — <i>Terapêutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> , 1 vol. 220 pág. 72 fig. (S.)	150\$00
DELMAS-MARSALET — <i>Électro-choc et thérapeutiques nouvelles en</i> <i>neuro-psychiatrie</i> , 1 vol., 377 pág., 46 fig. (B.)	194\$00
DIVOIRE — <i>Précis de Radio-électricité</i> , 222 pág., 171 fig., (M.)	84\$00
DR. JOÃO PORTO — <i>Os doentes do coração</i> , sob o aspecto médico-social. (Esboço de um programa de Assistência Nacional aos Cardíacos), 1 vol., 213 pág.	30\$00
DUVE — <i>Glucose, Insuline et Diabète.</i> (Biochimie. Physiologie. Patholo- gie. Applications thérapeutiques), 412 pág. 50 fig, 30 tableaux. (M.)	157\$50
FERRÉ y VENDRELL — <i>Las Neuralgias.</i> 2ª edición, 1 vol., 169 pág, 35 fig., 1946. (S.)	114\$00
GAJMÉS — <i>Química Inórganica.</i> 1 vol., 920 pág., 259 fig., 75 tablas, 1946, Encad. (S.)	750\$00
HERNÁNDEZ LÓPEZ — <i>Abscesos y Flemones</i> , 2ª edición, 1 vol. 246 pág., 101 fig., 1946. (S.)	135\$00
HAUDUROY — <i>Microbes.</i> (De la naissance et de la vie de quelques découvertes illustres en microbiologie), 138 pág., 16 planches. (M.).	28\$00
JOUBE, SENEZ et PIERRON — <i>Diagnostic electro-cardiographique</i> , 364 pág., 217 fig. (M.)	300\$00

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

KORNPROBST — <i>La responsabilité médicale. Origines, fondement et limites.</i> 1 vol., 376 pág. (B.)	126\$00
KRUIF — <i>Hormona Masculina</i> , 1 vol., 301 pág. (E. H.)	40\$00
LECLERC — <i>Eaux potables et Eaux résiduaires.</i> (Les techniques de correction et d'épuration), 384 pág., 143 fig. (M.)	140\$00
LIRIA y AGUIRRE — <i>Equinococosis Génito-Urinary</i> , 1 vol., 188 pág., 35 fig. 1946. (J. M.)	90\$00
LOEPER — <i>Hepatitis raras</i> , 224 pág., 17 fig. (M.)	101\$50
MARTÍNEZ — <i>Tratado de Anestesia</i> , 1 vol., 726 pág., 281 fig., 1946, Encad. (S.)	550\$00
OLYMPIO DA FONSECA — <i>Parasitologia General</i> , 1 vol., 143 pág., 70 fig., 1946 (E. M.)	75\$00
PÉREZ MATA — <i>Dismenorrea</i> , 1 vol., 124 pág., 27 fig., 2. ^a ed. 1946. (S.)	90\$00
RENARD — <i>Les aspects pathologiques du fond de l'œil dans les affections de la rétine</i> (Atlas ophtalmoscopique I). [Publications de la Société d'Ophtalmologie], 170 pág., 10 fig., 32 planches en coul. (M.)	350\$00
REY — <i>Traité d'hygiène</i> (t. xvi). <i>Hygiène de l'habitation</i> , 1 vol. gros, 632 pág., 248 fig. (B.)	157\$50
SCHACHTER — <i>La Glándula Mamaria.</i> Estudio endocrinológico, 1 vol., 181 pág., 13 fig., 1946. (E. M.)	75\$00
SERRALLACH JULIÁ — <i>Diuresis y los Diuréticos</i> , 1 vol., 143 pág., 21 fig., 1946. (S.)	90\$00
SHERMAN — <i>La Ciencia de la Nutricion.</i> 1 vol. 309 pág. (F. C. E.)	48\$00
SYLLA — <i>Patologia y Clinica de las Enfermedades del Aparato Respiratorio.</i> (Tuberculosas y non Tuberculosas), 1 vol., 714 pág., 125 fig., 1946. Encad. (M. M.)	420\$00
TORRELLAS — <i>Nomenclátor de Quimica, Drogueria y Farmacia</i> , 1 vol., 292 pág., 1946. Encad. (S. B.)	78\$00
——— <i>Recetario Pratico del Hogar.</i> , 1 vol., 386 pág. Cart. (S. B.),	54\$00
TORRES UMAÑA — <i>Las Enteritis Microbianas y de Protozoarios en los Niños</i> , 1 vol., 115 pág., 1946. (S.)	60\$00
WEIL — <i>L'Hématologie</i> (Clinique et Laboratoire), 2 ^e édition revue et augmentée, 268 pág., 48 fig., 12 planches en couleurs. (M.)	150\$00