

COIMBRA MÉDICA

ANO X

JUNHO DE 1943

N.º 6

SUMÁRIO

	Pág.
ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIAIS DA APENDI- DITE CRÓNICA «AB INITIO» — dr. Luis Raposo	269
AS MISSÕES CATÓLICAS E A ASSISTÊNCIA SOCIAL AOS NOSSOS IRMÃOS AFRICANOS — P.º Manuel Junqueira	318
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	XXI

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

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

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

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

Luís Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

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

Coiatira 14 de dezembro de 1910

Charles Lequiere



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal."
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NACIONAL

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

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

Bromovaleriana

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

'Diaspirina,'

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

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculosas, infantilismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

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

"MARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania 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.



ESCOLA SUPERIOR DE
MEDICINA DE COIMBRA

ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIAIS DA APENDICITE CRÓNICA "AB INITIO" (1)

POR

LUÍS RAPOSO

Quem medite breves instantes no problema da apendicite crónica não tarda em verificar que continua a interessar, apaixonadamente, a grande maioria dos cirurgiões. E em certa maneira o facto representa um contra-senso: 1.º porque ninguém contesta, desde DIEULAFOY, que o único tratamento a prescrever na apendicite é a operação e 2.º porque o aspecto técnico da questão também não guarda incógnitas ou pormenores sôbre que valha a pena dissertar. A razão de ser do fenómeno vem, na realidade, de factores estranhos à indicação operatória nos processos autênticos de apendicite crónica e outrossim da técnica a adoptar, que não esconde segredos de virtuosismo para qualquer cirurgião de categoria mediana.

Efectivamente, devemos procurá-la na circunstância de serem frequentíssimos os casos em que da operação não resulta para o doente o mais pequeno alívio e não raros aquêles em que o sofrimento se agrava após o acto operatório.

Por diagnósticos imprecisos? Por técnicas defeituosas? Por seqüelas inevitáveis? Não interessa por enquanto estudar êste ponto.

Para já atenhamo-nos ao facto, reconhecendo-o no seu impressionismo clínico e social. O resto apreciá-lo-emos em seguida e como corolário.

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

Calcula-se em 35%, aproximadamente, o número de doentes que não recebe da operação o mais ligeiro benefício. Estimativa baixa, todavia, se repararmos que para DE NABIAS a taxa é de 82%, para COFFEY de 70%, para RIETTI de 50%, para BETTMANN e LOSER de 40%. Daqui as críticas; daqui os comentários!

Já não sucede outro tanto pelo que respeita aos resultados da operação nas apendicitites agudas; de facto, nestas circunstâncias, a cura é de regra.

Segundo CASTAIGNE a ineficácia da operação nas apendicitites crónicas explicar-se-ia porque «on n'opere pas assez d'appendicitites aiguës». Nos processos crónicos, na verdade, a cura não resulta fácil como nos agudos.

Os comentários que hoje se fazem à apendicite crónica não têm, afinal, originalidade de maior. DIEULAFOY foi o primeiro a pôr-se em guarda contra os perigos da generalização da apendicectomia, dada a tendência fácil e em certa maneira compreensível, de se diagnosticar apendicite crónica desde que existe dor espontânea ou provocada na fossa ilíaca direita.

Com efeito, os erros vêm de longe e infelizmente eu não vejo que se tenha adiantado muito no sentido de os impedir. A questão tem, como se compreende, interêsse e valia sob o ponto de vista médico e sob o ponto de vista social.

Seria bom, pois, que se esclarecesse o problema da apendicite crónica no que respeita ao diagnóstico, particularmente da apendicite crónica primitiva, de que me ocupo de maneira especial, e isto para evitar tanta operação inútil, senão prejudicial. Como, porém?

Por outro lado, é bom verificar que é de temer a evolução da apendicite crónica quando entregue a si própria. A incerteza do porvir leva os médicos e os cirurgiões a encurtarem as razões discriminativas dum bom diagnóstico diferencial, por se dizer que é mais perigoso desprezar uma apendicite verdadeira do que operar três ou quatro falsas. O ideal, porém, seria não deixar de operar as primeiras e respeitar as segundas.

— As reflexões que seguem nasceram a um tempo do reconhecimento da incurabilidade de muitos sofrimentos tidos como apendiculares com a apendicectomia e, por outro lado, da dificuldade de discernir quando existe, ou, talvez melhor, quando não existe apendicite crónica.

Ao mesmo tempo, eu não sei se devemos considerar tôdas as respostas dadas pelo anátomo-patologista, confirmando o processo de apendicite crónica, como correspondendo a autênticos estados inflamatórios em que estivesse indicada a exérese do apêndice, isto é, se não devemos criar dois tipos diferentes de apendicite crónica: — apendicite crónica clínica e apendicite crónica morfológica simples — susceptíveis um e outro de condutas diferentes sob o ponto de vista cirúrgico. É que depois de numerosos estudos histológicos do apêndice, consecutivos a apendicectomias curativas, profiláticas e experimentais, teve de se reconhecer que os apêndices se mostram sempre alterados.

A instabilidade dos sinais clínicos e dos sinais radiológicos sucede, porventura, a instabilidade dos sinais histo-patológicos.

Enfim, o problema complica-se de dia para dia e confesso não ver o meio preciso de esclarecê-lo. Estudemo-lo, em alguns dos seus aspectos, que mais não seja para documentar com elementos mais positivos a nossa ignorância.

Noção de apendicite crónica

Nem sempre houve concordância na classificação clínica dos processos apendiculares. Se fácil nos agudos, resulta por vezes difícil nos crónicos.

Em princípio e fundamentalmente, podemos dizer que a apendicite crónica traduz inflamação arrastada do apêndice, manifestada por crises donde em onde, sob a forma de processos agudos ou subagudos (apendicite crónica recidivante), ou, pelo contrário, livre de surtos, mantendo sempre o mesmo aspecto de cronicidade (apendicite crónica «ab initio»).

A apendicite crónica sucederia, segundo alguns, a uma crise de apendicite aguda (apendicite crónica secundária); segundo outros, o processo seria crónico desde o início, assentando nêlo o fundamento das inflamações agudas.

Hoje aceita-se que a apendicite pode ser crónica «ab initio» e como tal perdurar sem outras modalidades, como se admite que pode resultar da passagem à cronicidade dum processo agudo. Quando se fala em apendicite crónica queremos significar, quasi sempre, a modalidade primitiva, porque mais freqüente e porque menos clara.

A apendicite crónica revela-se, na maior parte dos casos, por sinais clínicos, mas pode, também, manter-se muda de sintomas, não havendo outra característica lesional a não ser a resultante do exame histo-patológico.

Os nomes de apendicites residuais (Boas), recidivantes (Liek), silenciosas, larvadas, ou crónicas simplesmente, equivalem-se sob o ponto de vista anátomo-patológico, apenas diferindo no seu aspecto etiológico e sintomático.

DE NABIAS entende que a apendicite crónica primitiva verdadeira é extremamente rara: daí o facto de muitos fracassos operatórios. M. GREGOIRE e GUILHAUME vão mais longe, visto que negam a sua existência. Para êstes os casos etiquetados de tal não representam mais do que distensão dolorosa do ceco.

Não levemos até êste ponto o negativismo e continuemos, segundo o bom senso clínico, a aceitar a sua existência; o contrário é descabido de sentido e pode ser cheio de desenganos.

A modalidade de apendicite crónica secundária a um processo agudo não oferece contestação possível. Direi mais, tôdas, ou quási tôdas, as apendicites agudas que não são operadas, dão lugar, consecutivamente, a apendicites crónicas, pois está demonstrado que a cura completa das lesões inflamatórias do apêndice é duma raridade extrema. Aliás, as crises agudas ou subagudas que salpicam a evolução destas formas clínicas dão bem a marca da incurabilidade do processo.

Já outro tanto não podemos dizer da apendicite crónica «ab initio». Sob êste aspecto são admissíveis, de facto, as divergências e em certa maneira nós ficamos sem saber o verdadeiro valor de tal unidade nosológica, porque se dum lado se admite que a apendicite crónica pode transformar-se em aguda, por outro, nós sabemos que muitos estados de apendicite crónica podem não se manifestar tôda a vida por qualquer perturbação digna de registo.

O bom senso clínico aconselha-nos, como já disse, a que não levemos a extremos perigosos a idéia negativista da apendicite crónica «ab initio» inclusive por não termos forma de excluir a sua influência no aparecimento da apendicite aguda.

O diagnóstico da apendicite crónica secundária ou recidivante é em regra fácil. Já outro tanto não sucede com o da apendicite

crónica «ab initio». Compreende-se, portanto, que a esta se refira, especialmente, o estudo que segue.

A explicação dos insucessos de muitas apendicectomias tem de procurar-se nos factores seguintes:

a) *Coexistência de outras afecções*: — A apendicite crónica pode existir associada a outras lesões que o acto operatório de maneira alguma melhora e muito menos cura. Não é rara, efectivamente, a existência simultânea dum processo de colite, de ileite, de anexite, de epiploíte, de colecistite, de pericolite, de ptose cólica etc., na dependência, ou não, do processo apendicular em si e, porventura, de maior importância na génese das perturbações que levaram o doente à mesa de operações.

Por menos conhecida e invocada merece referência especial a epiploíte crónica (doença de Payr), tão freqüente em consequência não só de apendicites, como de colites, de colecistites crónicas, de úlceras do estômago ou do duodeno. Não tem a epiploíte sintomatologia distinta, não obstante, nós sabemos que dá dor, perturbações gástricas e intestinais, que em nada são influenciadas pela operação, salvo o caso, é bom de ver, da epiploíte resultar de uma apendicite crónica.

Muitas vezes é de admitir a idéia que a causa das afecções coexistentes, acabadas de relatar, está, justamente, na inflamação do apêndice. Uma e outras evoluíram distintamente, individualizando-se, nosològicamente, com características próprias.

A apendicectomia em tais casos não cura o doente, é certo, mas pode melhorá-lo e é fora de dúvida que a indicação operatória não sofre contestação nestas circunstâncias.

Não se trata aqui de erro de diagnóstico, propriamente dito, mas antes de insuficiência terapêutica.

JACQUET e GALLY, num trabalho recente, manifestam a opinião de que a apendicite crónica sucede, sempre, a um processo de tífite. A apendicite como entidade nosològica individualizar-se-ia, apenas, passados meses, ou anos, de iniciado o processo, tornando-se aparente, sob o ponto de vista clínico, com o aparecimento do quadro sintomatològico clássico e sob o ponto de vista anátomo-patològico com a transformação esclerosa do apêndice. A apendicectomia no período inicial, isto é, com o ceco inflamado, resultaria improfícua, por insuficiente; pelo contrário, no período

final, quando as lesões inflamatórias já estão apagadas e persiste apenas a esclerose do apêndice, o efeito seria melhor. A causa da persistência do sofrimento após o acto operatório proviria, precisamente, da operação se realizar no período inicial ou no período intermédio. Propõem, pois, para muitos casos o tratamento médico até à individualização perfeita do processo (1).

b) *Faltas de técnica*: — A apendicectomia, por apendicite crónica, ora é fácil, ora é extremamente difícil. Com apêndice livre a intervenção é simplicíssima, como regra; com apêndice aderente pode tornar-se muito dificultosa. É questão da posição do apêndice e da extensão das aderências.

Claro é que nesta última hipótese não devemos considerar como falta de técnica a não peritonização das superfícies cruentas, por impossibilidade de se fazer convenientemente. Mas já tal não sucede nos casos simples, justamente por aí ser de rigor a peritonização do côto e do meso, afim de impedir, na medida do possível, o estabelecimento de aderências, de retracções cicatriciais ou de simples peritífites reaccionais. Enfim, a questão técnica, neste caso, se não é desprezível, tem diminuto valor, por variar pouco de cirurgião para cirurgião.

c) *Seqüelas operatórias*: — Uma boa técnica não põe a salvo o doente, em absoluto, da superveniência de seqüelas susceptíveis de figurar como espinha irritativa na determinação de reacções locais e reflexas gerais, incómodas para o doente e enervantes para o médico, mui particularmente se havia aderências grandes, com inflamação perifocal pronunciada. Compreende-se. O virtuosismo do cirurgião pode atenuar mas não suprimir, em absoluto, tais inconvenientes.

LARDENNOIS lembra que existem individuos com tendência à formação de periviscerites pós-operatórias, com congestão acentuada do peritoneu, leve derrame seroso, adenopatias e sinais de irritabilidade intestinal. As aderências epíplo-viscerais só por excepção faltam neste processo. Do conjunto provirão, é compreensível, razões de sobejo para queixas futuras. Contra per-

(1) *Paris Médical*, n.ºs 15-17 de 1942.



Nós, os médicos, estamos de acordo

de que as especialidades farmacêuticas da Fábrica E. MERCK, merecem a nossa confiança absoluta. Clínica e farmacologicamente são analisadas da maneira mais rigorosa e pode-se confiar na sua acção.

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS
E. MERCK • DARMSTADT

calços dêste género não há maneira fácil de nos precaver. Não se trata, na maioria dos casos, repito, dum êrro de técnica, mas de seqüelas inevitáveis.

d) — *Conseqüências locais ou a distância do processo apendicular*: — Acontece por vezes que apesar de uma boa técnica e da ausência de seqüelas operatórias pròpriamente ditas e não obstante um diagnóstico exacto, o doente continua a sofrer, depois da operação, tanto ou mais que anteriormente. A explicação do fenómeno não resulta fácil nestes casos mas é fora de dúbida que temos de a procurar no toque dos linfáticos e gânglios íleo-lombares (TRISTÃO RIBEIRO e outros) e dos filetes e gânglios nervosos neuro-vegetativos, toque que pode originar um processo de linfangite e de celulite limitado à região, ou extensivo a zonas tributárias, como pode provocar um processo de nevrite e de plexite, porventura responsável do sofrimento principal, antes e depois da operação.

Tem-se verificado — e os estudos do Prof. AMÂNDIO TAVARES⁽¹⁾, de RABBONI, LAZARINI, BELLUFFI, COLLE, etc., reforçam particularmente êste ponto — que os apêndices doentes são muito ricos em células nervosas ganglionares, ao contrário do que acontece nos apêndices normais. Muitas vezes quasi só se nota êste fenómeno a atestar a existência de um processo mórbido; equivaleriam tais estados a formas de apendicites sem lesões apreciáveis da mucosa, mas em contrapartida com manifestas alterações de ordem nevritica. Lógico se afigura que os anátomo-fisiologistas façam voltar à discussão o conceito da *apendicite neurogénia* de MASSON, ainda que sob modalidades um pouco diferentes. Quais sejam as relações entre os fenómenos flegmáticos da mucosa e as alterações dos filetes e das células nervosas ganglionares de que nos fala a escola italiana e o Prof. AMÂNDIO TAVARES, ignoramo-lo em grande parte, contudo, não repugna acreditar que reside aí a incógnita de muitos paradoxos clínicos e morfológicos em matéria de síndromas apendiculares e, inclusive, a explicação de muitas nevrites e algias da fossa ilíaca direita em doentes apendicectomizados.

Acresce, além disso, não ser possível abstrair da influência

(1) *Portugal Médico*, n.º 6, 1940.

do sistema neuro-vegetativo no aparecimento de certos processos apendiculares, à semelhança do que acontece em outros capítulos da patologia abdominal. Certas algias apendiculares, ileais, cólicas, gástricas, epiplóicas, pélvicas, etc., não dependeriam doutros factores. A fisiopatologia de determinadas perturbações vasomotoras, de alguns espasmos e de várias algias «sine-materia», de sede apendicular ou estranha, imbrica perfeitamente com outras tantas modificações do sistema neuro-vegetativo e por vezes do complexo neuro-humoral. A modalidade das apendicites alérgicas ou alergisantes, de que nos dá conta BOLTANSKI⁽¹⁾ reforça, nitidamente, o encadeamento de alguns síndromas apendiculares com as alterações do complexo neuro-humoral a que faço alusão.

Voltarei a tocar neste ponto no fim dêste trabalho, embora ao de leve, por não me interessar fundamentalmente neste estudo a sua apreciação pormenorizada.

e) *Erros de diagnóstico*: — O maior número de fracassos, porém, resulta de verdadeiros erros de diagnóstico. Erros evitáveis, em muitos doentes, se se aprofundam os meios de observação, erros inevitáveis, porventura, nos casos de diagnóstico diferencial mais delicado, mas sempre erros, afinal, cuja realidade e cujo valor importa pôr em destaque.

Provêm êles de dois factores bem averiguados: 1.º das formas distintas que pode assumir a apendicite crónica e 2.º da existência de lesões em órgãos diferentes que se confundem com esta afecção. Analisemos, separadamente, um e outro.

A — Formas clínicas distintas da apendicite crónica

O simples enunciado das perturbações que a apendicite crónica pode originar basta para nos dar idéia da facilidade de confusão com afecções diferentes. Efectivamente, encontramos na apendicite crónica:

- a) *perturbações gerais*, que se revelam por emagrecimento, sensação de fadiga, mal estar geral, cefaleia, alterações do pulso, da respiração e não raro febrícula;

(1) *Archives des Mal. de l'Appar. Dig. et de la Nutrition*, n.º 9, 1940.

- b) *perturbações digestivas*, traduzidas por inapetência, sialorreia, náuseas, vômitos, irregularidades das funções intestinais, com predomínio da obstipação;
- c) *dor espontânea a nível da fossa iliaca e dor provocada nos pontos clássicos* (MAC-BURNAY, MORRIS, LANZ, MUNRO, etc.).

É evidente que pode não comparecer a totalidade das perturbações referidas, como, inclusive, podem observar-se outras não mencionadas; o facto está dependente, por um lado, da situação do apêndice, das aderências contraídas, do grau de inflamação, do tipo neuro-vegetativo do doente, da labilidade ou morbidez doutros órgãos. Seja como fôr, o certo é que a apendicite crónica não se revela por sinais constantes e imutáveis de doente para doente. O seu polimorfismo é na realidade impressionante.

— Há casos de apendicite que se traduzem, apenas, por perturbações gástricas. Certas dispepsias hipersténicas, com crises dolorosas, duas a três horas depois das refeições, com hipercloridria manifesta, não equivalem, afinal, a uma úlcera do estômago ou duodeno, como poderia supôr-se, mas sim a uma autêntica apendicite crónica. Este facto fêz dizer a GOSSET «que a maior parte das úlceras do estômago não passam de apendicites». A afirmação é ousada e quero crer que sem fundamento real, mas isto não impede que vários *gástricos* devam considerar-se como *apendiculares*.

— Através da obstipação, tão peculiar dos processos de apendicite crónica, observam-se por vezes fenómenos infecciosos e tóxicos que se traduzem por descargas diarreicas ou por um síndrome colibacilúrico. Daqui a facilidade de se tomarem tais afecções como correspondendo, na essência, a um processo de colite crónica, quando, afinal, a causa está, única e simplesmente, no apêndice. Mas não se limitam a isto as reacções tiflo-cólicas da apendicite crónica. O ceco e o cólon direito podem mostrar-se dolorosos e do lado do esquerdo podemos notar espasmos repetidos, acompanhados de obstipação ou de crises diarreicas e congestão intensa, com hemorragia por vezes.

Claro é que em certas formas de apendicite é habitual a associação apêndico-cólica e de tal forma que pode ter-se criado uma certa individualização nosológica do processo de colite.

Encontraremos, então, um mixto de sinais de apendicite e de colite crónicas, tornando-se impossível a destrição exacta de qual o tipo da afecção dominante. A apendicite pode originar a colite, mas esta pode, também, dar lugar àquela. No primeiro caso a operação resultará benéfica na evolução da colite, no segundo não se observará qualquer resultado apreciável.

O problema das relações da apendicite crónica e da tifo-colite levou a discorrer sobre êle numerosos autores, desde que DIEULAFOY o pôs em foco nas suas publicações. Forçoso se torna reconhecer, não obstante, que estamos longe de o ver completamente aclarado. Como regra, nas formas mais antigas observa-se associação dos processos, donde a dificuldade de discriminar a que órgão pertence a primazia da inflamação.

— Em outros doentes encontramos tôda a sintomatologia da angio-colecistite ou da hepatite — é o caso das apendicites com apêndice sub-hepático.

— A apendicite pode simular, igualmente, uma afecção renal (calculose ou hidronefrose), dum modo particular se se trata de apêndices retro-cecais ascendentes.

— Na mulher a apendicite reveste, muitas vezes, uma forma caracteristicamente anexial, sem que, todavia, exista por parte dos anexos lesão digna de registo. E factos curiosos não é raro observarem-se surtos em correspondência com o menstro, ou com a postura ovular, que mais chamam a atenção para o aparelho genital. A congestão e o reflexo de ponto de partida útero-ovárico, nos períodos referidos, são susceptíveis de determinar, efectivamente, exacerbações dolorosas do lado do apêndice como as dão, igualmente, do lado do bacinete ou da vesícula na calculose renal ou vesicular.

— Em outros casos, raros é certo, a apendicite pode simular a tuberculose pulmonar (FAISANS), não faltando tosse, febre, emagrecimento, suores nocturnos e sinais estetacústicos.

— Outras vezes, excepcionais também, a apendicite traduz-se por perturbações essencialmente neuróticas e psíquicas. É o caso daqueles doentes que se queixam apenas de cefaleias, de vertigens, de nevralgias, de fadiga fácil, de insónias, de amnesia, de perturbações intellectuais e mentais e que têm ao mesmo tempo uma apendicite crónica discreta sem sintomatologia local apreciável. Tem-se visto a apendicectomia curar vários dêstes estados.

— Finalmente, GUTMANN e ROCHET referiram apendicites que davam lugar a crises de dispneia asmátiforme. ROCHARD, STERN e POTHARD falam-nos de formas ciáticas ou coxálgicas.

— Do relato feito infere-se como é complexo e variado o polimorfismo apendicular e como deve ser difícil, em muitas emergências, estabelecer o verdadeiro diagnóstico.

Mas as causas de êrro não ficam por aqui, visto que resultam, igualmente, da hipótese inversa que passamos a considerar.

B — Falsas apendicites

No campo contrário ao considerado até agora devemos entrar em linha de conta com os múltiplos estados que aparentam uma apendicite crónica sem que na realidade o apêndice esteja em causa.

O problema tem sido estudado, pormenorizadamente, em numerosos trabalhos consagrados às falsas apendicites e ao síndrome da fossa ilíaca direita. Não desejo apreciá-lo com minúcia, nem poderia num estudo da índole dêste. Limitar-me-ei, pois, a enunciar sumariamente as afecções ou síndromas em questão.

— Não são raros os estados nervosos que podem simular a apendicite crónica. Basta que do lado da fossa ilíaca direita exista hiperestesia cutânea, imaginária ou real, para a confusão se estabelecer. Pertencem a êste tipo as apendicites por auto ou hétero-sugestão, as apendicites simuladas, a apendicite histérica. Êste tipo de afecções diagnostica-se em função do seu aparecimento e desaparecimento bruscos, da sua origem emocional, do nervosismo e agitação do doente, da contradição do estado subjectivo com o objectivo e da eficácia do tratamento sedante.

— Bem mais importantes são as doenças gástricas e duodenais, tomadas à conta de apendicites. Em grande parte a confusão estabelece-se por ser imprecisa e incaracterística a sintomatologia clínica apresentada. Importa, na realidade, que se não despreze a possibilidade de um verdadeiro sofrimento gástrico ou duodenal só porque a palpação da fossa ilíaca direita acusa dor. Por isso devemos inteirar-nos do horário das crises dolorosas, da influência da alimentação na evolução destas, do estudo do quimismo gástrico e da prova radiológica.

— Igual confusão pode resultar das tifo-colites. Se é verdade que muitas apendicites simulam colites e tiflites, como há instantes referi, não é menos certo o fenómeno inverso.

A tiflite é, incontestavelmente, a afecção que mais se confunde com a apendicite. E o certo é que nem sempre temos sinais discriminativos que permitam o diagnóstico. A dor mais difusa, a aerocolia direita, a ausência habitual de crises agudas, a existência de formas de colite em outros sectores, a circunstância de se obterem melhoras, habitualmente, com aplicações quentes, constituem outros tantos elementos, senão patognomónicos, pelo menos de presunção, em favor da não existência de apendicite.

— A inflamação da vesícula biliar, por calculose ou não, é tomada, muitas vezes, como apendicite, sobretudo se existe ptose da vesícula e se trata de um apêndice ascendente. Nestas condições observa-se fusão dos pontos dolorosos apendiculares e vesiculares. Nos casos de dúvida deverá proceder-se à dosagem da colesiterina e da bilirrubina no sangue. O exame radiológico e o tratamento de prova podem, igualmente, prestar bons serviços.

— Certas afecções pleuro-pulmonares anunciam-se, por vezes, com sinais pseudo-apendiculares. A tosse, a dispneia ou taquipneia, a expectoração e, sobretudo, os sinais estetacústicos breve nos orientam no bom caminho.

— O mesmo se dá em relação a certos estados urinários (hidronefroze, rim móvel, litíase, pielite, etc.), que podem acompanhar-se de dores mais vivas na fossa iliaca direita do que na região renal. Servir-nos-á para a diagnose diferencial, de uma maneira particular, a análise histo-bacteriológica da urina e o exame radiológico.

— A epiloite crónica confunde-se igualmente. Não há sinais característicos que permitam o diagnóstico exacto. Dela pode bem dizer-se que é afecção mais de adivinhar do que de diagnosticar. Aliás, a epiloite crónica corresponde, sempre, a um estado inflamatório de um órgão abdominal.

— Algumas afecções parasitárias (oxiuros, áscaris, ténias, anquilóstomo, etc.) podem originar síndromas a todo o ponto análogos aos da apendicite. A análise das fezes e a investigação da eosinofilia prestam bons serviços a êste respeito.

— A ptose do ceco e do cólon direito e, outrossim, a fixidez de qualquer dêstes segmentos, por aderências aos órgãos vizinhos,

ou a sua extrema mobilidade, determina muitas vezes confusão com a apendicite crónica. Só o exame radiológico pode contribuir para esclarecer o diagnóstico.

— Onde, porém, com mais facilidade se estabelece confusão é na anexite direita. Na verdade, hesita-se, muitas vezes, entre os diagnósticos de apendicite e anexite. Se a primeira simula a segunda, esta, por sua vez, presta-se, também, a confusões com a apendicite. Desta imbricação patológica, nasceu a fórmula: «firt» apêndico-ovárico. A destriça perfeita nem sempre é possível; todavia, uma anamnese bem orientada e um exame ginecológico conveniente, conseguem muitas vezes pôr-nos na verdadeira pista.

— A psóite, os tumores do ceco e do cólon ascendente, a tuberculose iliaca, lombar ou cólica, a invaginação iliocecal, as adenopatias da região, os tumores do rim, da vesícula ou do ilíaco, as simples nevrites, constituem outras tantas afecções que podem confundir-se com a apendicite crónica. E fiquemos por aqui para não complicar mais a questão.

Ressalta do exposto a complexidade do problema e a delicadeza da sua solução.

Diagnóstico clínico

Enquanto na apendicite aguda o diagnóstico é relativamente fácil — dado o aparecimento brusco da afecção, a provocação de dores em qualquer dos pontos clássicos e a característica dos restantes sinais clínicos — na apendicite crónica, particularmente na forma «ab initio», o caso muda de figura. Não existem nesta modalidade sintomas bem definidos que possam tomar-se como pertença exclusiva do síndrome apendicular, o que não impede, claro é, de se atribuir a certos dêles uma importância bem marcada no diagnóstico clínico da apendicite crónica.

Não obstante a extrema variabilidade sintomatológica que afecta a apendicite crónica e apesar dos sinais locais não terem valor patognomónico no diagnóstico, o certo é que os fenómenos sensitivos são ainda, entre todos, os mais constantes, quer se trate de dores espontâneas, referidas subjectivamente pelo doente, quer de dores provocadas produzidas objectivamente pelo médico. De tal maneira assim é, que a dor tem de continuar a considerar-se como o sinal clínico dominante da apendicite crónica.

O problema da dor da apendicite é mais complicado do que à primeira vista parece. Lógicamente a dor deve resultar da excitabilidade das extremidades nervosas sensitivas. Segundo as experiências de LENNANDER, de CUSHING e de MITCHELL, são extremamente raros, senão ausentes, os nervos sensitivos do peritoneu visceral. Efectivamente, quando operamos sob anestesia local, podemos verificar que a pinçagem e esmagamento do apêndice são praticamente indolores. Já outro tanto não podemos dizer das tracções sôbre o próprio ou sôbre o meso respectivo, que despertam dor viva, de sede umbilical ou epigástrica. Explica-se esta dor pela transmissão das tracções ao mesentério geral ou às pregas peritonias que prendem o cólon ou o ceco à parede. Estas variantes da dor não representam mais do que o enunciado doutras tantas questões que importaria esclarecer.

As observações de COLLE, de LAZARINI, AMÂNDIO TAVARES e outros, mostram, como já disse, ser muito rica a enervação dos apêndices doentes, não só pelo que respeita a filetes nervosos, mas, sobretudo, a células ganglionares, em correspondência com os plexos de AUERBACH e de MEISSNER. Aos fisiopatologistas deve interessar, fundamentalmente, o esclarecimento dêste ponto, visto que a êle se liga, com probabilidade, a explicação de muitos syndromas apendiculares, de muitos insucessos operatórios e, possivelmente, dêle depende um novo conceito para a interpretação de certas formas de apendicite crónica «ab initio».

A dor espontânea é de sede umbilical, por vezes; na maior parte dos casos, porém, tem o seu ponto culminante em plena fossa ilíaca direita. Tanto é viva como mortição, dando com frequência a impressão de picadas ou de lancejamento. A dor, como elemento subjectivo, oferece tonalidades diferentes de individuo para individuo. Irradia, habitualmente, para a coxa, é como regra profunda, mas pode, também, ser superficial, é intermitente e surge em crises isoladas, quasi sempre.

Embora se acompanhe por vezes de equivalentes a distância — usuais nos processos apendiculares — o certo é que nós não temos na dor espontânea nada de característico a impor o diagnóstico de apendicite.

— Maior valor, sob o ponto de vista de diagnose, occupa, afinal, a dor provocada. Considera-se clássica a exploração da dor no ponto de MAC-BURNAY. A verdade, porém, é que êste

WANDER



¿ Quem não conhece
a Ovomaltine do Dr. Wander?

Este produto foi o primeiro de uma
longa série...

Actualmente, WANDER põe à dispo-
sição do corpo médico uma escala
completa de medicamentos quimiote-
rápicos, vitaminados e dietéticos, cuja
fabricação é objecto dos mais atentos
cuidados de um grupo de experimen-
tados químicos e farmacêuticos.

Tôdas as fases da fabricação estão
submetidas a uma verificação rigo-
rosa e o exame final de cada lote,
garante a quem os emprega uma pre-
paração correspondente às maiores
exigências do corpo médico.

Os produtos **WANDER** são os alia-
dos do médico e os benfeitores do
doente.

WANDER = Qualidade + Eficácia

Literatura e amostras à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

Dr. A. WANDER S. A., Berne - Suíça

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos
desde 1865

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correiros, 41-2.º - LISBOA

NEO-SORANIL

WANDER



*a nova
sulfapiridina
calcica, de resultados
seguros nas infeções
estreptocócicas, menin-
gocócicas, gonocóci-
cas e pneumocóci-
cas.*

*Tubo de
20 comprimidos
de 0,50
Esc. 40.00*

Dr. A. WANDER S.A., BERNE (Suíça)

CONCESSIONÁRIOS
PARA PORTUGAL

ALVES & C^A IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS - 41-2º - LISBOA

ponto nem sempre equivale ao lugar mais sensível. Compreende-se: o apêndice não ocupa a mesma posição, visto que diverge de individuo para individuo e, até, na mesma pessoa, de momento para momento. A não ser que consideremos o ponto de MAC-BURNAY como a exteriorização, sôbre a pele, dum arco reflexo de ponto de partida apendicular, com passagem pela medula (MEIZEL, GARAN); nestas condições aceita-se melhor a imutabilidade da dor nas diferentes posições do doente ou do próprio apêndice. A questão não está completamente esclarecida, mas a verdade é que a sede da dor é variável de caso para caso e de momento para momento, no mesmo exemplar. Daqui o serem conhecidos os pontos de MAC-BURNAY, de LANS, de CLADO, de MORRIS, de MUNRO, de LENTZMANN, de TUSSAU-GERANDIE, etc.

A dor provocada não se localiza, como regra, a um ponto preciso, antes difunde por tôda a região ceco-apendicular. Desperta-se palpando directamente a zona ou o cólon esquerdo (sinal de ROVSING). Também não é apanágio da inflamação do apêndice apenas, porque pode traduzir inflamação do ceco.

A indicação de WALTHER de que a dor por apendicite não cessa com a suspensão da pressão, também nada significa de característico. A dor da tiflíte ou da simples distensão cecal pode oferecer uma modalidade semelhante.

É de tentar a manobra recomendada por MELTZER, LAPINSKI e JARVORSKI, que consiste em mandar erguer acima do plano do leito a perna direita em extensão sôbre a coxa. Na hipótese de haver apendicite provocar-se-ia dor violenta sob a mão que palpa. Embora de valor, o certo é que o sinal não é específico dos processos apendiculares.

BRODIN e AUBIN aconselham a pesquisa dos pontos dolorosos na posição erecta e não em decúbito; quero crer, porém, que o facto não nos elucidará grandemente (!).

Os sinais de ROVSING e de BASTEDO, de KEEN, de BLUMBERG, etc., não possuem, igualmente, valor indiscutível.

Enfim, não encontramos na dor provocada carácter de especificidade, apesar de se lhe conceder mais importância do que à dor espontânea.

(!) *Presse Médicale*, n.º 50 de 1941.

Fora da dor provocada devemos investigar a existência de outros sinais locais. Assim, procuraremos saber:

- a) se o apêndice é perceptível à palpação, dando-nos a impressão de um cordão duro, rolando sob os dedos (JALAGUIER);
- b) se a fossa ilíaca direita está mais espessada e menos livre profundamente (RECLUS);
- c) se existe aerocolia a dar lugar a distensão do ceco. (KEREWITZ).

Por maior que seja a nossa boa vontade não podemos atribuir a êstes sinais valor absoluto. O de JALAGUIER é difícil de explorar e de interpretar; o tal cordão duro a que êste autor se refere pode, afinal, ter um outro significado (aderências, ansa terminal do íleo, etc.).

Em resumo, a exploração clínica local não nos fornece elementos de per si suficientes para nos impor o diagnóstico.

— O exame hematológico, elogiado por EDMOND ANTOINE e TH. MARTEL, não oferece, igualmente, valor apreciável. Segundo êstes autores, observar-se-ia nas apendicites crônicas leucocitose moderada (entre 7.000 e 10.000), com mononucleose. Para êles uma fórmula leucocitária normal bastaria para eliminar a hipótese de apendicite crônica. Não me parece que o exame hematológico ofereça um valor assim categórico. Tenho visto fórmulas leucocitárias absolutamente normais em doentes portadores de apendicites crônicas manifestas (macro e microscòpicamente confirmadas). Tudo depende da actividade do processo flegmático. Em certos casos atenuados eu compreendo a existência duma apendicite crônica com um hemograma normal. Por outro lado, uma leucocitose moderada não traduz, necessariamente, inflamação crônica do apêndice. A tífite e a colite podem determiná-la, também. Utilizemos, contudo, o exame hematológico; será mais um elemento a acrescentar aos outros.

O tratamento de prova pela diatermia tem-me prestado bom auxilio em muitos casos duvidosos. Em clínica de mulheres hesito, muitas vezes, entre o diagnóstico de apendicite e de anexite crônicas, acontecendo, com freqüência, prescrever a diatermia como tratamento de uma suposta anexite. Pois bem, algu-

mas doentes, presumíveis anxiais, reagem mal, o que surpreende por sabermos que na grande maioria dos casos a anexite crónica beneficia com a diatermia. Pouco a pouco fui verificando que a maior parte destas doentes sofria, verdadeiramente, de um processo apendicular. Nas operadas é raro o diagnóstico não se confirmar pelo exame directo do apêndice. A seguir, tornei extensivo o método à diagnose diferencial da tiflíte e da apendicite, por se verificar, idênticamente, ser em regra benéfica a diatermia nos processos crónicos de tiflíte e de colite. Lanço mão desta prova experimental há cêrca de 15 anos e confesso que não me tenho arrependido. Evidentemente que não vou ao ponto de afirmar que uma reacção dolorosa diatérmica corresponde, necessariamente, a um processo de apendicite, como, por outro lado, admito que certas apendicites crónicas ligeiras e antigas possam melhorar com a diatermia, mas nós sabemos que não há sinais infalíveis a êste respeito.

Nas apendicites de repetição, cuja cronicidade é salpicada de crises agudas, o diagnóstico não oferece dúvidas de maior. Os sinais locais e hematológicos, dentro do periodo de exacerbação, não permitem que se hesite.

Como sùmula do que acabo de referir deve concluir-se que não existem sinais clínicos patognomónicos da apendicite crónica, mui particularmente da apendicite crónica primitiva simples.

Compreende-se, pois, que se peça ao R. X. o seu concurso no diagnóstico em questão. Mas, pergunta-se: oferece o R. X. confiança absoluta para o efeito, ou, pelo menos, dá êle maiores garantias do que o simples exame clínico?

Diagnóstico radiológico

Com a entrada do R. X. na liça eu não sei se o problema do diagnóstico da apendicite crónica se simplificou, ou, pelo contrário, se se complicou. Não quero antecipar juízos, mas não posso deixar de afirmar, desde já, que o estudo radiológico do apêndice não oferece, ainda, aquela solução que muitos estimariam encontrar. Não sou radiologista, mas clinico. É possível, pois, que as minhas dúvidas sejam tomadas, por aquêles que à Radiologia se dedicam, como inconsistentes, por infundadas. Seja, porém, como fôr, a verdade é que na prática cirúrgica corrente

eu estou tão habituado a ver falhar o röntgendiagnóstico em matéria de apendícites que, positivamente, não sei que possua o valor que tantos lhe atribuem. Mas, repito, não antecipemos juízos!... Ouçamos, primeiro, os radiologistas.

Nem sempre é fácil visibilizar o apêndice. E a questão da visibilização interessa sobremaneira porque não falta quem atribua especial valor no diagnóstico radiológico da apendicite à falta de impregnação. Efectivamente, se a técnica é perfeita e, não obstante, o apêndice se não impregna nós temos fundados elementos para pensar que está lesado.

Repare-se, porém, que impregnação não é sinónimo de visibilização, porquanto pode haver apêndices impregnados cuja imagem não aparece no «cliché». As variantes retro-cecais pertencem a êste número. A não visibilização, pois, não tem o mesmo valor que a não impregnação. Nascem dêstes pormenores outras tantas questões técnicas e semióticas que muito interessaria conhecer.

Apêndice visível: — Com a técnica de CZEPA é possível ver a imagem do apêndice na grande maioria dos casos. O Dr. ALEU SALDANHA atingiu, em 1936, o bonito número de 94% exames positivos.

a) *Sinais directos:* — Os sinais radiológicos intrínsecos ou directos da apendicite crónica, traduzem-se, apenas, por estenose devida a obliteração da luz por hiperplasia da mucosa ou por tecido cicatricial. Não é fácil, porém, concluir se a obstrução é de causa intrínseca ou extrínseca, mas em ambas as hipóteses o sinal tem valor, porque mesmo no caso de se tratar de uma estenose extrínseca, por bridas, aderências ou retracção do meso, o facto traduz, quasi sempre, um processo da periapendicite, de per si filho de um processo de apendicite.

De uma maneira geral pode dizer-se que a estenose anular, una ou múltipla, da luz do apêndice, tem radiologicamente grande valor no diagnóstico da apendicite. Pelo que respeita à estenose regular a todo o comprimento já não podemos dizer outro tanto, embora compreendamos que pode traduzir fenómenos de apendicite (apendicite esclero-trófica). Muitas vezes equivale, apenas, a um apêndice pequeno ou atrofiado, sem lesões apreciáveis de carácter inflamatório.

Quanto à ectasia, que se admite, em princípio, possa observar-se a montante ou a jusante de segmentos estenosados, ou em todo o lume apendicular, segundo o tipo anatómico do apêndice, não possui, todavia, valor apreciável no diagnóstico radiológico da apendicite. Pode até dizer-se que a ectasia global é sinal de ausência de lesões inflamatórias. Se é parcial pode ter real importância visto poder traduzir estenose intra ou extra-apendicular, a primeira de maior valor como sinal de apendicite crónica. Nem sempre é fácil, porém, fazer a distinção.

A angulação da imagem apendicular pode ter certo valor. Traduz, na maior parte dos casos, um processo aderencial do meso. Se o ângulo é aberto o significado é nulo praticamente. Se é fechado compreendemos que possa equivaler a um estado de que resultem perturbações da cinemática apendicular e, possivelmente, lesões inflamatórias a jusante. O facto associado a dor viva no ponto correspondente tem merecido bastante crédito a alguns radiologistas, mas a verdade é que está muito longe de ter valor real. Aos radiologistas deve interessar que os cirurgiões lhes digam que a maior parte das angulações por êles referidas e até as próprias ectasias parciais, não existem senão na boa vontade dos mesmos. A operação e o exame da peça não as confirmam. *Mutatis mutandis* o mesmo podemos dizer das aderências do apêndice aos órgãos vizinhos e dos seus repuxamentos, pormenores êstes tantas vezes sublinhados no protocolo radiológico e, infelizmente, tão raras vezes confirmados *in loco*.

A vacuolização do apêndice, por seu lado, traduz, em certos casos, alterações inflamatórias da mucosa; em outros pode não ter êsse significado. A presença de coprólitos é suficiente para a determinar. Certo é que se existem coprólitos é de presumir a observância de apendicite crónica. Os coprólitos funcionam, em regra, como corpos estranhos; são fonte de dores, por determinarem contracções de defesa, como são, igualmente, causa de processos flegmáticos da mucosa, por acção irritativa local e perturbações da mecânica apendicular. Penso, por isso, que o apêndice em rosário traduz, quasi sempre, um processo de apendicite crónica e, senão de apendicite, pelo menos de um estado premonitório desta, por espasticidade do órgão. Parece-me ter razão KADRŇKA e BARDET, quando dizem «que a observação de um cálculo apendicular implica o diagnóstico de apendicite.

O cálculo deve ser sempre considerado como factor etiológico ou agravante da apendicite». J. ROUX, COLDZIEHER, MADIER, FROMME e ASCHOFF, pensam de maneira idêntica. Numerosos exemplares dêste género têm-me permitido corroborar êste ponto de vista.

Do referido devemos concluir que nos apêndices visibilizados é difícil o diagnóstico em relação com a modalidade de impregnação. Sinal patognomónico, propriamente dito, não o encontramos, começando por não ser fácil afirmar que a impregnação é irregular só porque a sombra não é contínua, visto aquela poder variar de momento para momento. Só nos casos em que se mantém inalterável em vários exames podemos atribuir-lhe alguma importância, não absoluta, todavia.

Deve dizer-se, a propósito, que para alguns (SINGER, HOLS-KLECHT-GUILLAUME) a impregnação do apêndice não tem importância a não ser que se observe estase prolongada. Além disso, qualquer valor que pretendamos tirar dos sinais referidos está caucionado à circunstância de serem orgânicas ou funcionais as alterações que os determinam. De facto o apêndice é um órgão sujeito a movimentos por contracção regular ou espasmódica da sua musculatura. Fácil é, pois, imaginar que a impregnação mostre um tipo num determinado exame e outro completamente diferente num exame ulterior, isto independentemente da existência ou não de qualquer processo flegmático. Imagine-se como deve ser difícil seguir num caminho tão irregular e tão diversamente sinalizado!

b) *Sinais indirectos*: — Os sinais indirectos são, em regra, sinais extrínsecos; é natural, portanto, que não possuam valor extraordinário na diagnose da apendicite crónica. Em muitos casos, porém, as conclusões do radiologista não se fundam noutros elementos, pelo que forçoso se torna fazer-lhes algumas referências.

Devemos ter presente o princípio seguinte: os sinais indirectos, em qualquer afecção ou exame, não têm valor patognomónico, mas simplesmente presuntivo. A interpretação dos sinais indirectos exigirá, portanto, muito mais do que a dos sinais directos, um espírito crítico lúcido e suspicaz, desapassionado e esclarecido, pronto a reconhecer a falibilidade do método, olhos postos no verdadeiro interesse do doente, com quebra do amor próprio profissional, se tal fôr necessário. Na falta de elementos

de valor o radiologista não deve hesitar em confessar as suas dúvidas, pois se é delicado não reconhecer uma apendicite presente de facto não o é muito menos afirmar a sua existência sem que esta na realidade se observe. Como diz FIOLE «o que torna grave as afirmações do radiologista é o facto delas terem um carácter de objectividade científica» (1).

Ponto doloroso:— A dor sôbre o apêndice assinalada no «écran» constitui para todos os radiologistas um sinal de extraordinário valor — para alguns seria o único a procurar no exame radiológico. Importa, contudo, que nos inteiremos da sua localização perfeita em relação ao apêndice, sujeitando o doente a vários exames, quer na posição erecta, quer na de decúbito dorsal. Os radiologistas não devem esquecer que entre os dedos e os planos profundos, ante ou retro-apendiculares, se encontram vários elementos que podem ser ponto de partida da dor.

Lembremos, também, que a palpação profunda e intensa nas pessoas magras dá lugar, algumas vezes, a dor por ressalto do ceco ou ileo debaixo dos dedos, sem que exista inflamação propriamente. A sugestão do doente e do próprio radiologista, não sei se não contribuirão em grande escala para despertar dores onde na realidade não existem. A falibilidade do exame radiológico não impede o radiologista de se deixar impressionar pelo psiquismo do doente e pelo relatório do clínico. É muito natural, efectivamente, que na dúvida se ligue aos sinais subjectivos e ao mesmo tempo aos indirectos, do género dos que estou analisando, importância superior à que na verdade possuem.

Além disso, é bom saber que as pressões exageradas deslocam os órgãos dando lugar a que a dor se observe em zonas diferentes daquelas que na realidade correspondem a tais órgãos. Por tudo isto a pressão deve ser suave e não brusca como tantas vezes se faz.

Ainda sôbre a questão do ponto doloroso apendicular no exame radiológico, é bom não esquecer que êle não tem a fixidez desejada. Tal como na exploração clínica, o ponto doloroso sob o «écran» varia de indivíduo para indivíduo e até de posição para posição.

(1) *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Marseille*, março, n.º 3, 1935.

Em resumo, a dor provocada sobre o apêndice ou região apendicular, durante o exame radiológico, não representa aquêlê sinal de extraordinário valor que a maior parte dos radiologistas consigna nos seus relatórios; pelo menos é esta a interpretação que deve dar-se aos múltiplos exames em que êle é mencionado e em cujos exemplares se não observa, macroscòpicamente, o mais leve sinal de reacção inflamatória.

Estase ileocecal: — O íleo normal deve estar livre de papa baritada 8 a 9 horas depois da refeição; do lado do ceco o esvaziamento completo só costuma observar-se pelas 12 ou 15 horas.

O atraso do trânsito ileocecal é, na opinião de LANGLADE e outros, um bom sinal de apendicite crónica, fora dos casos em que existe qualquer obstáculo à evacuação pilórica ou ao esvaziamento cólico do lado do ascendente ou do transverso. Efectivamente, qualquer dêstes factores influi, poderosamente, na progressão do conteúdo intestinal.

Muitas vezes a estase ileocecal resulta de bridas aderenciais produzidas em tórno dum apêndice inflamado. Quando assim, não será ousado afirmar a existência dum processo de apendicite, mas o certo é que em outras emergências a estase pode produzir, apenas, um processo de tífite ou de ileite terminal, sem que o apêndice esteja apreciavelmente interessado no processo inflamatório.

SCHOLZ só encontrou estase ileal em um caso de lesão apendicular. SCHING não a observou nunca. O achado parece não ter a importância que ainda há bem poucos anos lhe era atribuída por muitos radiologistas.

Espasmos ileocecais: — CARMEN, HURST, JACQUET, GALLY e outros, concedem bastante valor aos espasmos do íleo e do ceco no diagnóstico radiológico da apendicite. PAUL JACQUET e LÉON GALLY ligam especial importância à tríade sintomática: «ponto doloroso no bordo interno do ceco, estase ileal de 8 horas, pelo menos, e espasmos ileocecais» (1). Para êstes a impregnação do apêndice é secundária.

Alguns radiologistas, porém, não atribuem aos espasmos importância apreciável. Lembre-se como são freqüentes os esta-

(1) *Soc. Med. des Hôpitaux*, pág. 129, 1931.

O fósforo na terapêutica moderna



Tonofosfan

preparado de fósforo altamente eficaz e absolutamente inócuo. Acção estimulante e tónica sobre o coração, metabolismo e a musculatura, intensificação da circulação e da alimentação dos tecidos, aumento da capacidade funcional dos órgãos e do organismo em geral.

Novamente também pode ser empregado por via oral

Embalagens originais:

Tonofosfan (a 1%): Caixa com 20 ampolas de 1 c. c.

Comprimidos de Tonofosfan; Tubo com 30 comprimidos de 0 gr. 10



»Bayer«
LEVERKUSEN

Representante:
BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintela 11, 2.ª LISBOA



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<p>ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida</p>	<p>Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose</p>	<p>6 a 12 drageas por dia</p>
<p>BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da <i>beladonna fresca</i></p>	<p>Todas as indicações da <i>beladonna</i>: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.</p>	<p>1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empolas por dia</p>
<p>BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da <i>beladonna fresca</i> (<i>Bellafoline</i>) + feniletilmalonilureia</p>	<p>Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoerentes, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.</p>	<p>2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.</p>
<p>BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i>: Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i>: frenador electivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i>: Sedativo de acção central</p>	<p>Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo</p>	<p>3 a 5 drageas por dia</p>
<p>CALCIBRONAT Combinação bromo-cálcica organica.</p>	<p>Todas as indicações da medicação bromada e brometada</p>	<p>1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramusculares por semana</p>
<p>CALCIUM-SANDOZ Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes</p>	<p>Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.</p>	<p>2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)</p>
<p>DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i></p>	<p>Todas as indicações da digital</p>	<p>(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas</p>
<p>GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada</p>	<p>Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.</p>	<p>(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez</p>
<p>OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa</p>	<p>Todas as dores: nevralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.</p>	<p>2 a 6 drageas</p>
<p>SCILLARÈNE Complexo glucosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Scila</p>	<p>Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocárdite</p>	<p>2 a 6 comprimidos, ou XI a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.</p>

dos espásticos ileocecais em várias outras afecções (úlceras gastro-duodenais, duodenites, ileítes, colites, epiploites, anexites, etc.) e breve concluiremos da impossibilidade de ligar ao sinal em questão importância por ai além.

Os espasmos do ceco tanto se tornam aparentes no bordo interno como no externo, como, inclusive, atingem tôda a ampola cecal. Efectivamente, os espasmos ileocecais não podem figurar como sinal de grande valia no diagnóstico da apendicite. Devemos evitar a sistematização e a esquematização a propósito dêste e doutros sinais radiológicos, uma vez que não têm um significado constante e bem averiguado

Para ALEU SALDANHA «os sinais indirectos são comuns a um sem número de afecções e pouco valor têm, separadamente, para o diagnóstico das apendicites crónicas» (1). A quasi totalidade dos radiologistas afina por igual, de forma que, ao fim e ao cabo das ligeiras considerações que venho de fazer, forçoso se torna confessar que não encontramos nos sinais indirectos valor que exceda, ou sequer iguale, os mais elementares sintomas clínicos, apesar de, per si, serem também inconstantes e falíveis.

Apêndice não visível: — Como já referi, a não visibilização não é sinónimo de falta de impregnação, apesar dos bons radiologistas conseguirem, na maioria dos casos, tornar aparente o apêndice, uma vez que êle se impregne. Mas nem sempre, note-se bem, como pode não se dar a impregnação mesmo que seja perfeita e correcta a técnica empregada. Contudo, admitamos por hipótese que impregnação e visibilização se equivalem radiologicamente, isto para simplificar a minha tarefa na modesta apreciação que estou fazendo dos fenómenos radiológicos e, até, por concordar que na grande maioria dos casos as expressões são equivalentes, uma vez que os radiologistas conscienciosos insistem e reinsistem, quando um primeiro exame se apresenta branco.

A não demonstração radiológica do apêndice ora é considerada como sinal de apendicite, ora como não tendo valor especial. ALEU SALDANHA diz «que de forma alguma se pode basear sôbre êsse facto um diagnóstico». Outros afirmam o mesmo.

Mas há quem não pense bem assim. CHAUMET, por exem-

(1) *Clínica, Higiene e Hidrologia*, pág. 31, n.º 2, 1937.

plo, em 1937, dizia que «a invisibilidade no decurso de explorações repetidas, depois de ingestão e depois de clister, constitui presunção de estado mórbido. Com efeito, a tumefacção das paredes por proliferação linfóide, os cálculos estercorais e os corpos estranhos que fazem cavidade fechada, as aderências que apertam a luz ou produzem cotovelos, e os estados espásticos, são outras tantas causas a testemunhar processos inflamatórios mais ou menos activos ou pelo menos pre-disponentes» (1).

Por aquilo que tenho visto e observado em numerosos exemplares estudados radiològicamente e depois operados, não me repugna aceitar a opinião de CHAUMET. Com efeito, a grande maioria dos apêndices não visibilizados, depois de se usar uma técnica perfeita e cuidada, corresponde a apêndices manifestamente doentes e em regra de ablação difícil.

Embora se trate de um sinal negativo a não impregnação merece-me mais confiança do que outros sinais tidos como positivos.

A localização dos pontos dolorosos nos apêndices invisíveis deve obedecer às regras costumadas no caso geral, isto é, faz-se em função da imagem ileocecal, à altura do bordo interno do ceco e um pouco abaixo da desembocadura do ileo. É este o ponto clássico da dor, mas é bom de ver que podemos encontrar zonas dolorosas um pouco distanciadas sem que por isso devamos infirmar a hipótese da dor corresponder a um apêndice doente. Tudo depende da posição deste e bem assim do sector mais inflamado. A opinião expressa, em 1922, por ANTOINE MARTEL parece-me, ainda, inteiramente aceitável a este respeito. Diz êle: «se o apêndice não é visível, o ponto doloroso com sede no ângulo ileocecal, ao nível da implantação do apêndice sobre o ceco, móvel com êle nas suas deslocações, tem para nós um valor diagnóstico muito importante se se nota na posição de pé e deitada. Esta opinião, que é também a de ENRIQUEZ, DURAND, GUTMANN, GUY LAROCHE, BRODINE, RONNEAUX, TREMOLIÈRES JOULIA, JACQUET, GALLY, etc., tende a ser admitida, na hora presente, pela maior parte dos autores» (2).

Para PAUL JACQUET e GALLY, a impregnação do apêndice é de importância secundária. Para êles tem valor, como já disse,

(1) PAUL DENOYÈS, in *Appendice et Radiologie*, 1937.

(2) *Les Fausses Appendicites*, 1922.

a tríade sintomática: ponto doloroso no bordo interno do ceco, estase ileal 10 horas depois da refeição opaca e espasmos ileocecais. Penso que êstes autores se excedem em atribuir tamanho papel aos sinais referidos, aliás observáveis, como refere ANDRÉ GAIN, nas simples colites e nas afecções do estômago e duodeno.

— Feita uma análise geral aos sinais radiológicos da apendicite crónica, somos forçados a reconhecer que é de pequeno valor o concurso que o R. X. dá ao clínico.

Se lembrarmos que a maior parte das apendicectomias são feitas com o fundamento de que o exame radiológico acusou lesões apendiculares, fácil nos será imaginar a ineficácia da operação em grande número dos operados. Importa, na realidade, restituir à clínica a importância que ela não perdeu, mas lhe foi usurpada, indevidamente, pelo röntgendiagnóstico.

Embora escritas há 10 anos, e por muito que pese a certos radiologistas, têm inteira actualidade as seguintes palavras de PIERRE PORCHER, radiologista dos Hospitais e Chefe do Laboratório da F. de Medicina de Paris «Il n'y a pas de signes radiologiques directs et spécifiques d'appendicite, il n'y a que des présomptions, ce n'est donc pas au radiologiste de faire le diagnostic; et il doit s'en défendre d'autant plus que, dans bien de circonstances, on fait appel a son concours en présentant au malade hésitant cet argument d'apparence péremptoire: «on va vous voir aux rayons et nous saurons si oui ou non vôtre appendice est en cause». Nous tenons a protester contre cette radiologie de complaisance, d'autant plus repandue aujourd'hui que le médecin est frequemment son propre contrôleur et que son esprit critique n'y gagne pas, bien au contraire» (1).

Ser-me-á objectado, talvez, que o exame radiológico não é pedido, como regra, fora da observação de sinais clínicos suspeitos. É verdade, mas todos nós sabemos a ligeireza com que se investigam tais sintomas; muitas vezes basta a dor despertada na fossa ilíaca direita por uma mão desajeitada, para não dizer possivelmente desejosa de encontrar aí a causa das queixas do doente. E o público, que tem tendência a tomar como escritura tudo

(1) PIERRE PORCHER, *Le diagnostic de l'appendicite est-il d'ordre radiologique?* Paris Médical, 6 de fev. de 1932, pág. 125.

o que lhe é afirmado através do *écran*, acentuará, naturalmente, a deformação, se o médico contribuir para isso.

O exame radiológico pode e deve auxiliar-nos na diagnose, mas, por si só, jamais fornece uma indicação segura, nem através dos chamados sinais directos, nem também dos indirectos.

Anatomia patológica

Vou apreciar um capítulo para o qual não tenho — a semelhança do anterior — autoridade especial, pelo menos aquela que nos é dada pela especialização e pela prática. Procurarei não me esquecer do facto, para não dar razão a que se formulem juízos condenatórios.

O problema da anatomia patológica do apêndice interessa-me apenas na medida em que pode esclarecer a minha opinião clínica. Não o apreciarei, pois, em pormenor, nem pelo que respeita à técnica, nem à interpretação dos exames respectivos. Se na parte macroscópica me é dado emitir opinião, porque esta, nas suas linhas gerais, é, também, da competência do cirurgião, na microscópica aceito o parecer de quem de direito. Os estudos dos apêndices a que se refere êste trabalho foram feitos pelo Prof. MOSINGER, que quer dizer, por quem tem autoridade de sobejo no assunto. Aproveito a ocasião para lhe agradecer a gentileza das suas observações.

Começo a minha apreciação por formular a pergunta seguinte: Pode — e caso afirmativo em que medida — a anatomia patológica contribuir para o esclarecimento do problema *clínico* da apendicite crónica? Por outras palavras, o estudo anátomo-patológico dos apêndices extirpados pode fornecer-nos elementos que permitam confirmar ou infirmar a existência de um processo *clínico* de apendicite crónica, em especial da modalidade *ab initio*?

À primeira vista a pergunta afigura-se paradoxal, visto que a anatomia patológica, com ser objectiva, não deve permitir dúvidas; na verdade, se o microscópio revela lesão é porque ela existe e a clínica não terá mais do que amoldar-se à situação criada pelo facto em si. De acôrdo, mas note-se, todavia, que é muito diferente o valor do outro térmo da equação: a clínica. Nesta não há objectividade absoluta e nós compreendemos, perfeitamente, que a lesão de um órgão, pelo menos nas formas mais

ligeiras, nem sempre se traduza por sinais clínicos que inculquem a lesão respectiva.

Impressionado, desde há muitos anos, pelo facto de nem sempre me parecer condizente a morfologia macroscópica dos apêndices operados com o diagnóstico de apendicite crónica (clínico e radiológico), e, mais do que isso, tendo verificado, em alguns exames histológicos a que mandava proceder, que a resposta não se amoldava inteiramente àquilo que era de prever pelo simples exame macroscópico, resolvi, no ano corrente, pedir o estudo histológico de quasi todos os apêndices extirpados nos Serviços de Patologia Cirúrgica e de alguns do Serviço de Ginecologia. Tem sido regra minha, desde há muito, fazer a ablação do apêndice nas doentes operadas por afecções útero-anexiais, sobretudo se a idade não excede os 40 anos, mesmo na ausência dos mais rudimentares sinais de apendicite.

As apendicectomias feitas nos serviços referidos são distribuídas nos três grupos seguintes, afim de melhor se poder apreciar o grau das lesões e as possíveis causas de erro em matéria de diagnóstico.

Quanto às *apendicectomias por apendicites agudas ou subagudas*, direi que não me interessa focar em especial este aspecto da questão, visto ocupar-me, apenas, da apendicite crónica «ab initio.» Referirei, não obstante, que nos poucos casos operados nestas condições (e foram raros porque os doentes urgentes não são internados nos Serviços de Patologia Cirúrgica), o exame histo-patológico confirmou sempre o diagnóstico clínico.

1.º Grupo — *Apendicectomias por apendicite crónica diagnosticada clinicamente ou, então, com predominância de sintomas clínicos sobre os radiológicos.*

2.º Grupo — *Apendicectomias por verdadeiras ou supostas apendicites crónicas para cujo diagnóstico contribuiu, de preferência, o exame radiológico.*

3.º Grupo — *Apendicectomias profiláticas, sem lesão do apêndice, quando de operações realizadas com outro fim que não a apendicectomia propriamente dita.* (Os casos em que o apêndice parecia tocado, embora a lesão fundamental fôsse noutra órgão, deixaram de pertencer a este grupo). ASCHOFF chama a estes: apêndices *roubados*, expressão que além de pitoresca não deixa de ser apropriada.

I Grupo

(Apendicectomias por apendicites crônicas, essencialmente clínicas)

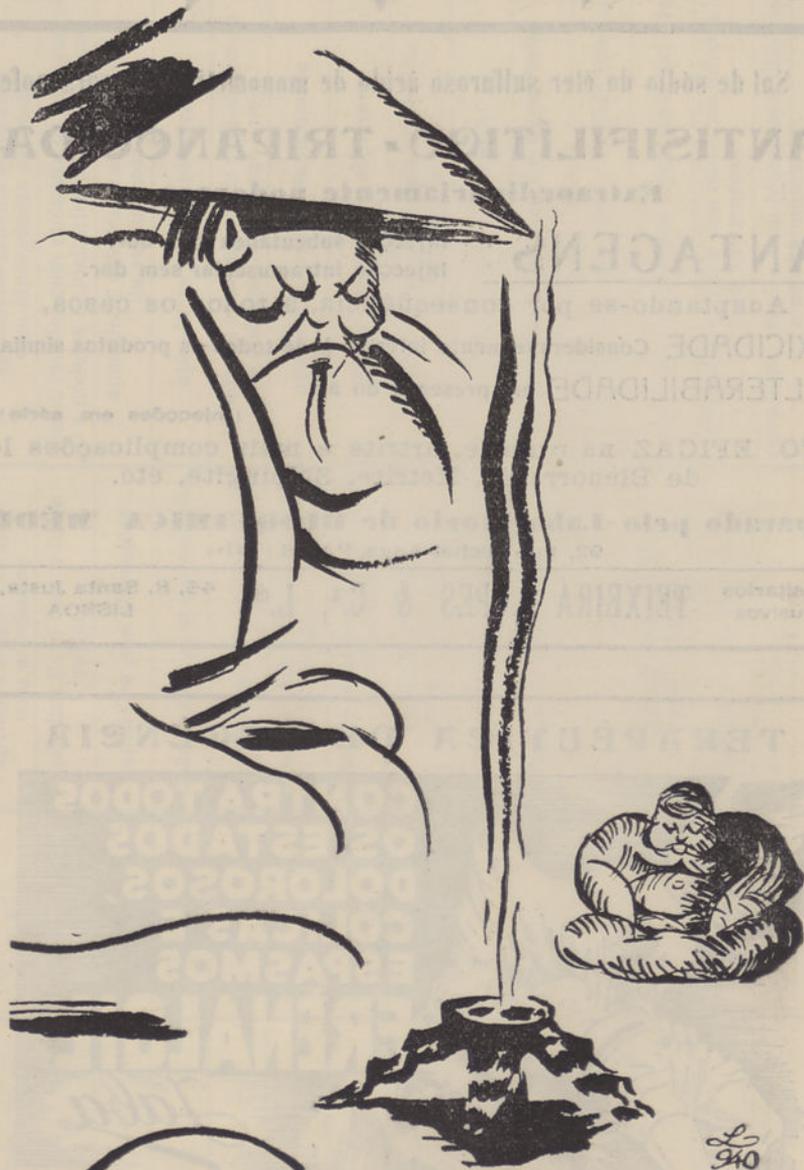
Serviço de Patologia Cirúrgica (3.^a C. H.)

Número de inscrição	Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico	Exame macroscópico	Exame histológico
29	+	não tem	apêndice encastoadado, inflamado e com aderências	não tem
31	+	»	apêndice sem alterações	apendicite crônica com esclerose e infiltração da sub-mucosa
42	+	»	apêndice livre, dilatado, com o lume repleto	não tem
44	+	»	apêndice longo e congestionado	»
50	+	»	apêndice longo, com dilatações e coprólitos	apendicite crônica esclerosante e atrofiante
60	+	»	apêndice sem alterações	apendicite crônica atrofiante

68	+	não tem	apêndice sem alterações	apendicite subaguda com focos antigos de hemorragia
73	+ +	,	apêndice muito grosso e infiltrado; aderências	apendicite crônica evolutiva com hiperplasia linfóide marcada
95	+	,	apêndice retro-cecal, muito aderente	não tem
110	+ +	,	apêndice curto com a ponta congestionada e aderente	apendicite crônica atrófica esclerosante
112	+	,	apêndice longo, dilatado, com estrangulamento na base	apendicite crônica esclerosante. Nódulos linfoplasmocitários da camada muscular
135	+		apêndice sem alterações	apendicite crônica com hiperplasia linfóide e esclerose da sub-mucosa
171	+ +	+ +	apêndice longo e aderente na metade distal	,
182	+	não tem	apêndice sem alterações	,
193	+		,	,

I Grupo
Serviço de Patologia Cirúrgica (3.ª C. M.)

Número de inscrição	Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico	Exame macroscópico	Exame histológico
1	+	não tem	apêndice esclerosado e estrangulado	apendicite crónica esclerosante e atroficante
4	+	»	apêndice sem alterações	não tem
7	+	»	apêndice longo e dilatado na ponta, com coprólitos	apendicite crónica com esclerose da sub-mucosa e atrofia muscular
18	+	»	apêndice flectido e encastoado, com peritonite adesiva em tórno	apendicite crónica banal com hiperplasia linfóide marcada
35	+	»	apêndice sem alterações	não tem
42	+	»	»	apendicite crónica atroficante
44	+	»	»	apendicite crónica com hiperplasia linfóide e esclerose da sub-mucosa e musculosa
47	+	»	»	não tem
52	+	»	»	»
58	+	»	apêndice de consistência dura e aderente na metade proximal	»
63	+	»	apêndice sem alterações	apendicite subaguda com infiltração da musculatura
64	+	»	apêndice dilatado, mas livre	não tem
68	+	»	apêndice sem alterações	apendicite crónica com hiperplasia linfóide muito marcada
75	+	»	»	não tem



L. 940

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

Calmo-Lab
Sedativo do sistema nervoso

SULFARSEÑOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

Depositarlos
exclusivos

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

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

TERAPÊUTICA DE URGÊNCIA



**CONTRA TODOS
OS ESTADOS
DOLOROSOS,
CÓLICAS E
ESPASMOS**

FRENALGIL

Jaba

AMPOLAS

COMPRIMIDOS

GOTAS

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua dos Caldeiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

94	+	+	ap. longo, estrangulado na parte média e dilatado na ponta	apendicite crónica atroficante
98	+	+	apêndice longo, flexuoso com aderências	apendicite crónica atroficante com hipergênese nervosa
99	+	+	apêndice livre com o lume repleto	apend. crónica com esclerose da sub-mucosa e nódulos linfocitários na sub-mucosa
102	+	+	apêndice sem alterações	apendicite crónica com esclerose da sub-mucosa
107	+	+	apêndice longo e esclerosado	apendicite crónica obliterante
108	+	+	apêndice sem alterações	apendicite subaguda com vaso-dilatação e nódulos infl. na sub-serosa
112	+	+	apêndice com estrangulamento médio	apendicite crónica esclerosante
119	+	+	apêndice esclerosado, aderente e retro-cecal	apendicite crónica obliterante
128	+	+	apêndice dilatado com concreções	apendicite crónica com infiltração linfocitária
129	+	+	apêndice filiforme retro-cecal	apendicite obliterante
134	+	+	apêndice sem alterações	apendicite subaguda com hiperplasia linfóide
135	+	+	»	apendicite com hiperplasia linfóide intensa
141	+	+	apêndice dilatado com coprólitos	apendicite crónica com hiperplasia linfóide
145	+	+	apêndice sem alterações	apendicite crónica com esclerose intensa da sub-mucosa
151	+	+	»	apendicite crónica com hiperplasia linfóide e atrofia muscular
152	+	+	»	apendicite crónica com hiperplasia linfóide

II Grupo

(Apendicectomias por apendicitis crônicas, essencialmente radiológicas)

Número de inscrição 3. ^a C. H.	Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico	Exame macroscópico	Exame histológico
18	negativo	+ +	apêndice sem alterações	não tem
32	»	+	»	apendicite crônica atroficante
43	»	+	apêndice flectido, sem alterações	não tem

69	+	+ +	apêndice retro-cecal ascendente, espessado e aderente	apendicite subaguda; infiltração da sub-mucosa e sub-serosa; edema
3. ^a C. M. 25	+	+ +	apêndice alongado, aderente e congestionado	não tem
G. 4461	duvidoso	+ +	apêndice sem alterações	apendicite crônica obliterante
4501	»	+ +	apêndice ligeiramente atrofiado	»
A. R.	negativo	+ +	apêndice sem alterações	apendicite crônica esclerosante

III Grupo

(Apendicectomias profiláticas — Apêndices roubados de Aschoff)

Serviço de Ginecologia

Número de inscrição	Diagnóstico	Operação	Exame macroscópico	Exame histológico
4479	quistos do ovário esquerdo	ablação do quisto. Apendicectomia profilática	apêndice livre; ligeira congestão do apêndice e ceco (ação irritativa do quisto?)	apendicite subaguda com ulceração da mucosa
4480	mioma intersticial do corpo do útero	histerectomia sub-total com ablação dos anexos. Apendicectomia profilática	apêndice livre, de aspecto normal	apendicite crônica obliterante
4492	miomas intersticiais e sub-mucosos do útero	»	»	apendicite crônica com esclerose e lipomatose marcada da sub-mucosa
4505	mioma do corpo do útero	»	»	apendicite crônica com hiperplasia linfóide, esclerose da sub-mucosa e atrofia muscular

4513	mioma do corpo do útero	histerectomia sub-total com ablação dos anexos. Apendicecemia profilática	apêndice livre, de aspecto normal	apendicite subaguda com infiltração inflamatória da sub-mucosa
4519	quisto do ovário esquerdo	ablação do quisto. Apendicecemia profilática	»	apendicite crônica esclerosante e obliterante
4522	mioma telangiectásico do útero	histerectomia sub-total com ablação dos anexos. Apendicecemia profilática	»	apendicite crônica atrofiante
M. M.	mioma do corpo do útero	»	»	apendicite crônica esclerosante e atrofiante
4543	»	»	»	apendicite crônica com atrofia muscular e atrofia das células do plexo de Auerbach
4580	»	»	»	apendicite crônica com hiperplasia linfóide

Indicações: — 1.^a o sinal + na casa do *diagnóstico clínico*, equivale à existência dos sinais clínicos usuais de apendicite crónica. O sinal ++ corresponde à existência de sinais clínicos muito pronunciados, particularmente à observância de crises típicas.

2.^a — O sinal + na casa do *diagnóstico radiológico* equivale à presença de sinais radiológicos de apendicite crónica muito provável. O sinal ++ traduz a existência de sintomas radiológicos tidos como de certeza, no diagnóstico em questão.

Resumindo: — Em 31 casos em que o diagnóstico se fez em função dos sinais clínicos usuais (+) e não havia no passado crises apendiculares tidas como características, o apêndice mostrou-se doente, ao exame macroscópico, 13 vezes e sem alterações apreciáveis 18 vezes.

Em 13 casos com diagnóstico clínico reforçado pela existência de crises anteriores (++) verificou-se que o apêndice estava alterado ao simples exame macroscópico 9 vezes e não mostrava alterações 4 vezes.

Em 2 casos de diagnóstico clínico duvidoso, com exame radiológico positivo, o apêndice não revelou lesões à vista ou à palpação manual.

Em 3 casos com diagnóstico radiológico e clínico positivo, o exame macroscópico do apêndice mostrou sempre alterações.

Em 2 casos com exame radiológico positivo (++) e sinais clínicos duvidosos o apêndice mostrou-se normal.

Em 2 casos de exame radiológico positivo (+) e exame clínico negativo o apêndice não revelou alterações.

Em 2 casos de exame radiológico positivo (++) e exame clínico negativo o apêndice era de configuração normal.

De outra maneira — mais conforme com a classificação dos grupos que adoptei —: 1.^o Em 45 casos de apendicectomia por *apendicite crónica, diagnosticada clinicamente*, 22 vezes havia sinais macroscópicos de apendicite crónica e 23 não.

2.^o Em 8 casos de apendicectomia por *apendicite crónica, diagnosticada preferentemente pelo exame radiológico*, só em 2 se notaram alterações macroscópicas (justamente aquêles em que havia sinais clínicos associados).

(Casuística de pequeno valor, sem dúvida, mas, em todo o caso, pouco abonatória da importância do R. X. nesta espécie de exames.

Lamento não ter podido aumentar o número de exames radiológicos, mas a dificuldade de obter filmes, devido às condições do momento, tornava inviável este meu desejo).

3.^o Quanto a *lesões histológicas*, observa-se, se bem se repara nos quadros juntos, a sua presença em todos os casos, mas verdade seja que *elas comparecem, também, em 10 apêndices da classe dos profiláticos*. isto é, correspondentes a doentes em quem a intervenção cirúrgica se fez pela presença de tumores do útero ou de quistos do ovário esquerdo, não havendo quaisquer queixas ou sinais clínicos de apendicite.

Em matéria de pesquisa de sintomas clínicos eu não posso afirmar que fôssemos sempre de um rigor impecável; na verdade, o momento cirúrgico que vivemos é propenso a admitir o diagnóstico de apendicite crónica sem exigências muito especiosas, embora, note-se bem, nos esforçássemos por não nos deixar contagiar pelo entusiasmo apendicetomístico que reina por êsse mundo além. Como se sabe trata-se de uma intervenção que é lícito fazer nos casos de dúvida, por não desejarmos assumir a responsabilidade de um futuro incerto. Além de que nós sabemos como é difícil excluir em absoluto a hipótese de apendicite, muito em especial quando o diagnóstico foi pôsto fora do Hospital, por um ou vários médicos, por um ou vários radiologistas e até pelos próprios doentes, alguns dos quais sofrem, em boa verdade, mais de uma psicose apendicular do que pròpriamente de uma apendicite.

Na apreciação dos sinais macroscópicos entro em linha de conta com as lesões pròpriamente apendiculares e outrossim com as lesões peri-apendiculares. Nesta ordem de idéias considero afectado todo o apêndice cuja luz se apresenta septada, com vacúolos mais ou menos ectasiados, isolados entre si por estenoses parciais, e, igualmente, os apêndices fortemente aumentados de volume, no conjunto ou parcelarmente, de paredes grossas fibrosadas (formas hipertróficas) ou de paredes finas fortemente endurecidas ou muito adelgaçadas, e bem assim aquêles casos em que se observam na parede micro-abcessos ou ulcerações em relação com focos hiperémicos da vizinhança (1).

As aderências do apêndice, entre si ou ao ceco, íleo, mesentério, mesocólon, e peritoneu visceral, constituem a modalidade característica de uma apendicite crónica insofismável.

As formas retro-cecais, com apêndice encastoadado, são tidas sempre como suspeitas e, semelhantemente, os casos em que

(1) Relativamente às formas atróficas não devemos esquecer que o apêndice sofre, com a idade, uma involução natural. Com efeito, BOUIN refere-se à obliteração do apêndice, no decorrer dos anos, devido a um processo involutivo linfo-epitelial da mucosa, a partir da extremidade distal, que se traduz por encurtamento e desaparecimento das glândulas e perda do epitélio. Como resultado o órgão converte-se num cordão maciço. Quando, todavia, a atrofia se observa nas idades baixas nós devemos considerar os apêndices respectivos como afectados.

existem coprólitos, mesmo que se não notem outras alterações morfológicas a fixar-nos a atenção. A presença de cálculos estercorais consistentes dá lugar, quasi sempre, ao aparecimento de dor e não raras vezes a um processo inflamatório condicionado pela presença das concreções, autênticos corpos estranhos sépticos. Daqui o funcionar como causa freqüente de processos de apendicite crónica.

Não vejo que seja possível, nem tão-pouco vantajoso, fazer a distinção, sob o ponto de vista macroscópico, em apendicites foliculares e ulcerosas, à maneira de LETULLE. O que interessa para o efeito é a unidade e não a variante nosológica.

— Quanto ao exame microscópico cingimo-nos, nos Serviços citados, à resposta enviada do Laboratório de Anatomia Patológica, que, repito, nos oferece tôda a confiança. Os relatórios contêm sempre a indicação seguinte: apendicite crónica simples, apendicite crónica esclerosante, com hiperplasia linfóide, atrofante, ou mixta. As características histológicas microfotográficas são as que constam das figuras juntas.



Fig. 1

Doente n.º 4513 — Apendicite subaguda com infiltração inflamatória da sub-mucosa



Fig. 2

Doente n.º 4479 — *Apendicite subaguda com ulcerações da mucosa*



Fig. 3

Doente n.º 4519 — *Apendicite crónica esclerosante e atrofiante*



Fig. 4

Doente n.º 4595 — *Apendicite crónica com hiperplasia linfóide, esclerose da sub-mucosa e atrofia muscular*

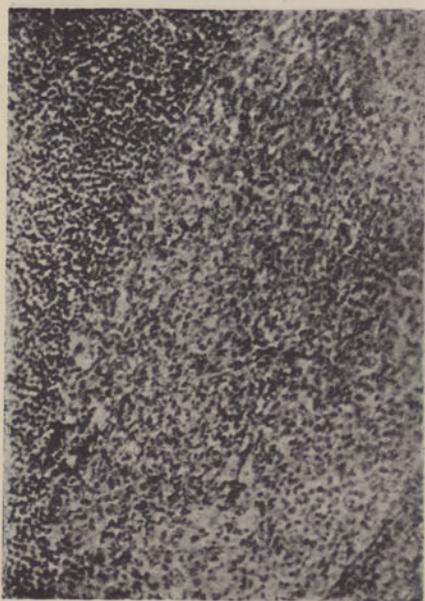


Fig. 5

Doente n.º 4505 — *Apendicite crónica com hiperplasia linfóide, esclerose da sub-mucosa e atrofia muscular*



Fig 6

Doente n.º 4480 — *Apendicite crônica obliterante em certos pontos*

Sem qualquer sentido crítico, mas apenas com o objectivo de documentar melhor a exposição que estou fazendo, achei por bem traduzir e transcrever a parte principal da descrição microscópica feita por LETULLE: «O microscópio mostra, mesmo quando a mucosa conservou a sua estrutura normal, que os folículos fechados invadiram largamente o «córion», avançam até ao epitélio de revestimento, afastando as glândulas de LIEBERKUHN adjacentes, desviando e deformando as suas betesgas. O epitélio regorgita de muco. Finalmente, num grau mais avançado, as betesgas glandulares são múltiplas no seio de um «córion» espesso. A «muscularis mucosae» é respeitada ou atravessada pelos folículos hiperplasiados; neste último caso hipertrofia-se nos intervalos das zonas linfóides. A camada folicular ganha a zona média da sub-mucosa ultrapassando-a muitas vezes até ocupar a zona pré-muscular».

«Os folículos hipertróficos, apresentam-se, muitas vezes, por pequenos grupos de três ou de quatro, encostados, sobrepostos mesmo, e repartidos de uma forma irregular sôbre o contôrno do apêndice. Quando muito numerosos formam uma camada

espessa, única, contínua ou interrompida de onde a onde, por prolongamentos da sub-mucosa (apendicite folicular hiperplásica). Algumas vezes os folículos dispõem-se em altura em duas ou três filas. A sua forma é das mais variadas, todavia a maior parte das vezes é esférica, ovóide ou cónica».

«O aumento de volume dos folículos hipertróficos não tem nada de regular, contudo no mesmo apêndice as suas dimensões são praticamente uniformes».

«O tecido reticular do folículo parece normal; contém, possivelmente, mais vasos e centros germinativos e apresenta muitas vezes traços de um processo inflamatório subagudo que desorganizou os centros e o «reticulum». A alteração fundamental, é, sobretudo, extra ou perifolicular. Em baixo e particularmente nas partes laterais do folículo, desenvolve-se uma zona fibróide, composta de trabéculas simples esclerosas e dissociadas por longas cadeias linfocitárias. Esta esclerose perifolicular não atinge, quasi nunca, a intimidade do folículo. Resulta daqui esclerose da sub-mucosa, lesão das mais comuns, acompanhada de atrofia dos pelotões adiposos intersticiais» (1).

— O estudo histológico dos apêndices extirpados profilaticamente parece levar-nos à revelação curiosa de que não existem apêndices normais. Efectivamente, num apanhado de observações que constam dos quadros atrás nós vemos inscrito, sempre, o diagnóstico anátomo-patológico de apendicite crónica, inclusive nos apêndices *roubados* (grupo III) em que não existia a mais ligeira suspeita clínica de apendicite. As microfotografias reproduzidas dizem respeito, precisamente, a apêndices do último grupo, isto é, pertencem a apêndices clinicamente sãos e referem-se a doentes sem queixas apendiculares, em quem a apendicectomia teve um carácter meramente profilático e experimental; todavia, as lesões são nêles absolutamente manifestas.

Em face dos resultados colhidos pelo exame histo-patológico o problema clínico da apendicite crónica parece à primeira vista simplificar-se ao máximo, mas na realidade complica-se, como vamos ver.

(1) In-P. DENOYÉS — *Appendice et Radiologie* — Tese de Montpellier, pág. 179, 1937.

A fórmula simplista consistiria em considerar todos os apêndices como doentes, uma vez que os mais inocentes e sãos, na aparência, se mostram affectados quando feito o estudo histológico. Daqui a ilação, talvez, de que tôda e qualquer apendicectomia teria inteira razão de ser.

Mas o problema não pode pôr-se assim, por ilógico e incompreensível. Portanto, de duas uma: ou a interpretação das preparações carece de ser revista à luz de um critério diferente, não tomando certas modificações, em apêndices clinicamente sãos, como equivalentes a alterações patológicas, ou, então, devemos considerar 2 tipos de apendicites crónicas histológicas: o 1.º traduzindo um processo de apendicite *clínica* verdadeira, à maneira clássica, e o 2.º equivalentes, apenas, a alterações morfológicas, mas *não clínicas*.

Quanto à primeira hipótese volto a dizer que os exames foram feitos pelo Prof. MOSINGER, histo-patologista de reputado nome. Não posso de maneira alguma interpretar num sentido diferente as suas respostas. Factos são factos e o anátomo-patologista tem de ligar mais valor a êstes do que propriamente aos sinais clínicos, que não passam, muitas vezes, de mera hipótese. Aceito que entre os anátomo-patologistas haja divergência de critérios na apreciação das lesões apendiculares — e nós particularmente, médicos de Coimbra, sabemos muito bem que esta questão azedou espíritos a todos os titulos esclarecidos —; assim, é perfeitamente crível que determinada alteração, pouco pronunciada, possa por uns ser considerada como normal e por outros como flegmática. Esta reserva, porém, não nos permite duvidar da autenticidade das lesões descritas nos relatórios dos meus doentes; quer dizer, num estrito critério morfológico tais apêndices devem considerar-se atingidos por um processo inflamatório crónico.

Mas pergunta-se: constituirá o achado um fenómeno da região do centro ou, pelo contrário, equivalerá a um fenómeno geral?

Aceito, repito, que o critério pessoal influa um pouco no caso. Aqui em Coimbra, quer o Prof. GERALDINO BRITES, quer o Prof. MARQUES DOS SANTOS, não engeitavam, praticamente nunca, o diagnóstico de apendicite crónica que o clínico estabelecia, e nós fazemos idéia, não obstante, de quantos e quantos apêndices lhes seriam remetidos aparentando estrutura normal. Não sei que

êstes ilustres Professores tivessem feito estudos especiais sôbre apêndices tidos como sãos, mas em compensação procederam a numerosíssimos em apêndices tidos como doentes, sem alterações macroscópicas dignas de registo.

Lembro, a propósito, que já em 1911 SILHOL afirmava que «a apendicite crónica tem antes uma personalidade clínica do que histológica».

Não repugna admitir que o apêndice como órgão linfóide, de paredes musculares débeis, que tantas vezes não permitem um esvaziamento fácil, se mostre tocado, inflamatôriamente, dado o contacto e má defesa em relação ao conteúdo séptico normal ou a outras causas infecciosas gerais. Em órgãos igualmente linfóides (amígdalas, por exemplo), encontramos um fenómeno idêntico, particularmente nas idades baixas, em que a actividade é maior e mais facilmente se observam toques flegmáticos.

Mas se isto é assim sob o ponto de vista estritamente morfológico, não o é sob o ponto de vista fisiológico e clínico.

Não pretendo nem posso impugnar o diagnóstico anátomo-patológico de apendicite crónica, mas o certo é que nem por isso me convenço de que todos os apêndices extirpados, cujo estudo pedi, são na realidade doentes no sentido *clínico* do termo. De forma nenhuma. Isto só significa, para mim, que a questão das relações anátomo-patológicas e clínicas, em matéria de apêndices, está ainda longe de uma solução perfeita.

Oferece-se, a propósito, ponderar a segunda hipótese há instantes enunciada, isto é, devemos considerar, morfológicamente, dois tipos de apendicite crónica, um histológico apenas e outro histológico e clínico? E caso afirmativo quais as características? A aceitar a universalidade da apendicite crónica, importa, realmente, estabelecer esta divisória.

A tentativa da criação do tipo histológico da apendicite crónica clínica foi ensaiada por SPRENGEL, mas, positivamente, não sabemos que a idéia vingasse. Vejamos o que HENKE e LUBARSCH, nos dizem sôbre o assunto em 1929: «Não obstante saber-se que não há concordância entre o quadro clínico e anátomo-patológico, SPRENGEL ensaia estabelecer, apesar de tudo, um tipo histológico de apendicite crónica clínica. Perda de substância do epitélio apendicular, diminuição de volume e alteração das glândulas, infiltração leucocitária mais ou menos profunda, hiperemia, hemorra-

gias, processos destrutivos, deveriam — segundo êle — pertencer, nitidamente, aos casos de apendicite não crónica. O quadro pouco distinto que o autor dá corresponde, praticamente, aquêle que o mesmo autor fornece para a apendicite superficial aguda. HELLY tentou, também, estabelecer um quadro da apendicite crónica. Mas não se pode apresentar um quadro morfológicamente nítido. Estes mesmos autores depois de terem indicado que certos apêndices observados apresentam alterações com granulações produtivas, tendendo para a esclerose, e depois de terem classificado estas apendicites como granulares, lembram as opiniões extremas emitidas a êste respeito: a de RIEDEL que considera a apendicite granular «como uma forma que não produz acidentes, e que é, desde o início, crónica», a de ASCHOFF que «nega a apendicite crónica «ab initio» e explica o quadro formado como a consequência dum processo de cura duma apendicite aguda⁽¹⁾».

Em boa verdade, devemos dizer que meios de diagnose diferencial histológica não os há. Os relatórios de muitos casos de apêndices clinicamente sãos ou doentes, equivalem-se em absoluto. É à clínica e em certa maneira à observação macroscópica que temos de recorrer para elucidar melhor o nosso espírito.

Somos forçados, pois, a reconhecer que a anatomia microscópica não nos resolve inteiramente o problema da apendicite crónica «ab initio».

Por mim, confesso, a unanimidade de respostas abonando o diagnóstico de apendicite crónica não me estimula os entusiasmos operatórios, como à primeira vista poderia supor-se, pelo contrário o facto serve-me, justamente, para obtemperar que o caminho da cirurgia nem sempre é o mais indicado. Mesmo que aceitemos que todos os apêndices são sede dum processo flegmático crónico, o facto não nos habilita a extirpá-los a ceto, com êsse simples fundamento. Fora da noção da universalidade mórbida da apendicite ainda poderíamos alegrar-nos com a resposta do histologista confirmando a hipótese posta pelo clínico; depois do que vimos, é-nos vedado tal direito. Os operados podem continuar a sofrer apesar da confirmação histológica do diagnóstico e continuarão, em bom número de casos, porque, possivelmente, a causa do sofrimento antigo não residia no apêndice ou apenas nêle.

(1) In P. DENOYÉS, *loc. cit.*, pág. 183.

— A delicadeza das relações da clínica com a anatomia patológica, em matéria de apendicites crónicas, vem de longe, como é sabido.

Começa por não haver uma opinião assente na admissão do conceito da apendicite crónica. ASCHOFF e a sua escola, DE NABIAS e GREGOIRE, por exemplo, são, como já disse, pouco propensos a aceitar a existência da apendicite crónica «ab initio». Segundo êles e muitos outros, não existem apendicites crónicas primitivas, mas tão somente apendicites agudas e subagudas cronicizadas. Na base de qualquer apendicite crónica existiria sempre um processo agudo ou subagudo, que, mercê do tratamento, ou espontaneamente, passou ao estado crónico.

Segundo BOLOGNESI seria possível, histològicamente, classificar a forma primitiva e a forma secundária. Na primeira haveria predominância de infiltração linfocitária, observando-se como mais freqüente o tipo fibroso hipertrófico; na segunda, a infiltração linfocitária seria menos marcada, sendo de regra o tipo fibroso atrófico.

Deve dizer-se que o ponto de vista de ASCHOFF não é perfilhado pela grande maioria dos autores. Aceita-se, efectivamente, que possa existir um processo de apendicite crónica «ab initio». O resultado dos exames do Prof. MOSINGER fortalece, nitidamente, êste ponto de vista.

Restaria saber em que medida se pode caracterizar clinicamente a apendicite crónica secundária e a apendicite crónica primitiva.

Excepção feita da anamnese, de que podem colher-se indicações quanto à existência de crises anteriores, agudas ou subagudas, não temos maneira fácil de esclarecer o diagnóstico *ad naturam*. Somos forçados a continuar a aceitar, em princípio, que a apendicite crónica, qualquer que seja a sua modalidade, se revela sempre pelos mesmos sinais de momento e bem assim que pode ser causa ou efeito de crises agudas ulteriores ou anteriores.

Em tese é assim. Em hipótese é lícito admitir, por aquilo que observamos na clínica diária e mui particularmente através dos fracassos a que nos conduzem cêrca de 35 % das apendicectomias feitas, que a apendicite crónica «ab initio» como entidade clínica e não como entidade histológica, é muito mais rara do que se supõe. Curar-se-ão com a apendicectomia a quási totalidade

DIMELCOOS

**Vacina estabilizada para o tratamento do Cancro Mole
e das suas complicações.**

• **COMPOSIÇÃO** : Emulsão estabilizada de bacilos de Ducrey de varias culturas
titrada a 225 milhões de corpos microbianos por centimetro cubico

• **APRESENTAÇÃO** : Caixa de 6 ampolas de capacidade crescente : 1 cc.,
1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

• **MODO DE USAR** : Injecção intravenosa. Injecta-se em doses progressivas
com dois ou trez dias de intervalo entre cada inoculação.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8^e

ENFERMAGEM

(2.^a edição melhorada)

PELO

DR. ALBERTO COSTA

Antigo Assistente de Cirurgia e Obstetrícia
da Faculdade de Medicina de Coimbra

«No género não há melhor; eu,
pelo menos não conheço».

.....

«Tudo ali é claro e preciso; os
problemas são versados com extrema
simplicidade, e a aridez dos assuntos
prejudicada por episódios dispersos,
que facilitam a compreensão e evitam
a fadiga».

.....

«Encontra-se ali tudo descrito —
o Presente e o Futuro desta carreira
espinhosa».

Do prefácio do

Prof. Doutor ANGELO DA FONSECA

... «*Enfermagem* aparece na hora
própria. Vem preencher uma lacuna
e, justamente, no momento em que
a precisão dum trabalho assim tanto
se fazia sentir».

«É um livro perfeito e muito
completo»

Do prefácio do

Prof. Doutor COSTA SACADURA

3 volumes no formato 16×24 cm.
com um total de cêrca de
1000 págs. e 600 gravuras.

ENFERMAGEM é um precioso auxiliar do médico prático

Obra completa em 3 volumes brochados 120\$00

» » » » » **cartonado 150\$00**

(Pelo correio acresce o porte, registo e cobrança)

DIRIGIR PEDIDOS A

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

das apendicites crónicas secundárias, porque o processo apendicular havia já dado verdadeira razão da sua existência, mas, em contrapartida, hão-de continuar a causar-nos insucessos os apêndices extirpados por apendicites crónicas primitivas, sem crises agudas interpostas, justamente por não conseguirmos saber em que medida a pretensa apendicite crónica clínica ou a real apendicite crónica histológica, influem no aparecimento do síndrome clínico ou radiológico que nos levou a pôr a indicação operatória.

Em conformidade com este critério, deveremos descrever da eficácia da apendicectomia sempre que o apêndice no acto operatório se mostre de configuração normal, no seu volume, na sua consistência, na sua serosa e nomeadamente na extensibilidade e contextura do seu meso, isto não obstante a possibilidade do exame histológico nos dizer, dias volvidos, que existe, em verdade, um processo de apendicite crónica. Se, pelo contrário, o apêndice se mostra alterado, coprolítico, aderente, ou repuxado pelo meso, temos elementos fortemente presuntivos para esperar um resultado eficaz do acto operatório, excluindo, embora, a possibilidade 1.º: de apêndices, francamente alterados por crises agudas anteriores, puderem dar lugar a um síndrome doloroso tardio, semelhante na sua expressão clínica ao dos casos anteriores, mas diferente, em certa maneira, na sua explicação patogénica e 2.º: de apendicectomias em apêndices de configuração normal poderem fazer desaparecer, definitivamente, toda a sintomatologia que se observava antes da operação.

É muito delicado, como se sabe, o problema da patologia do apêndice nas suas relações com a clínica. Compreende-se, pois, que sejam múltiplas e variadas as opiniões dos autores, como se aceita que procure dar-se a esta questão uma latitude maior, em correspondência com o conhecimento mais claro da influência da enervação do apêndice e em geral da acção do sistema neuro-vegetativo nos processos flegmáticos crónicos, melhor, talvez, nos síndromas dolorosos apendiculares. Se se admite que o apêndice é ponto de partida de numerosos reflexos que se projectam clinicamente em territórios estranhos, temos, também, de aceitar o fenómeno inverso. Na verdade, o factor espasmódico, independentemente de lesões inflamatórias propriamente ditas, pode funcionar como causa de muitos sofrimentos apendiculares. A melhora, transitória ou definitiva, que por vezes

se obtém com a apendicectomia em casos dêste género é em tudo semelhante à que se observa, em outros domínios, nas operações sobre o simpático periférico. Também, só por influências neuro-vegetativas, neuro-humorais ou, possivelmente, endócrinas, podemos explicar a melhoria espontânea de certos padecimentos do tipo apendicular em consequência da gravidez e de alguns estados mórbidos (1).

Não se infira do que digo que contra-indico, sistematicamente, a operação nos casos de apendicite crónica «*ab initio*». Um diagnóstico bem pôsto de apendicite crónica continua a exigir de nós a apendicectomia, pela razão fundamental de que é imprevisível o futuro de um apêndice cronicamente inflamado, por se recearem crises agudas subseqüentes, que admito possam surgir na apendicite crónica *ab initio* e não apenas na secundária ou recidivante. Simplesmente o que me parece é não ser prudente levar a grandes extremos o entusiasmo operatório nos casos anódinos de apendicites, mui particularmente se é lícito admitir a influência de factores estranhos, orgânicos ou funcionais, no aparecimento do syndroma tido ou havido como apendicular. Se é facto que a maior parte das indicações operatórias se põe, exclusivamente, pelo symptoma dor e se é verdade, também, que cêrca de 35% dêstes casos não recebem o mais pequeno alívio da operação, antes pelo contrário, não contemos com sucessos operatórios garantidos.

Entretanto, procuremos esclarecer o problema no seu aspecto fisiológico, physio-patológico e clínico, afim de comprehendermos melhor certas perturbações funcionais e certas alterações morfológicas de significado ainda pouco claro.

CONCLUSÕES

1.ª Das considerações feitas conclui-se que não temos processo de estabelecer, com precisão, o diagnóstico de apendicite crónica *ab initio*. Nem a clínica, nem a radiologia, nem a própria anatomia patológica, esclarecem por completo a questão. Como, por outro lado, precisamos de entrar em linha de conta com numerosos insucessos operatórios importa que não procedamos

(1) O Prof. FERNANDO MAGANO publicou no *Portugal Médico*, n.º 6, 1940, um curioso ponto de vista a êste respeito.

de ânimo leve, apendicectomisando todo e qualquer doente portador do síndrome da fossa ilíaca direita.

2.^a Se no passado do doente existem crises apendiculares agudas ou subagudas, a tarefa diagnóstica ser-nos-á facilitada. Aprecatemo-nos, não obstante, em relação à possibilidade da existência, pelo menos, de uma calculose renal ou biliar e na mulher de uma anexite, porquanto tais afecções se confundem, facilmente, com a apendicite aguda ou subaguda. Nas formas crônicas *ab initio* o embaraço será maior por serem múltiplas as causas de erro, particularmente na mulher. E como estas não exigem, em boa verdade, uma operação de urgência, não receêmos tentar um tratamento diatérmico de prova, em vista a uma possível colite ou anexite que suspeitamos possa existir.

3.^a De uma maneira geral merecem maior importância os sinais clínicos do que os radiológicos. Bom será, pois, que não pautemos a nossa conduta, apenas, por indicações estabelecidas pelo Raio X. Com isto, bem entendido, não condenemos o röntgendiagnóstico, que pode prestar-nos serviços, se feito com uma técnica rigorosa e se interpretado na justa medida das suas possibilidades e, sobretudo, se associado a sinais clínicos fortemente suspeitos.

4.^a Quando, apesar de tudo, a operação nos revelar um apêndice de aspecto normal, não esperemos que o estudo histológico venha dar absoluta razão de ser à apendicectomia realizada. O doente pode curar, mas pode, também, continuar a sofrer, seja qual fôr a resposta do histologista. A questão da anatomia patológica do apêndice nas suas relações com a clínica envolve ainda incógnitas que importa esclarecer.

5.^a A ablação de um apêndice nitidamente inflamado não nos dá garantias absolutas sobre o futuro do operado em matéria de queixas abdominais, mas, na grande maioria dos casos, a cura observa-se, mui particularmente se no passado havia surtos inflamatórios nítidos.

6.^a O problema da apendicite crônica *ab initio* tem de ser estudado sob novos aspectos, nomeadamente no que interessa às suas relações com o sistema neuro-vegetativo.

AS MISSÕES CATÓLICAS E A ASSISTÊNCIA SOCIAL AOS NOSSOS IRMÃOS AFRICANOS ⁽¹⁾

« MENS SANA IN CORPORE SANO »

*Il.^{mo} Senhor Reitor
Minhas Senhoras e meus Senhores
Mocidade, Esperança de Portugal.*

«Por maior que seja o desenvolvimento operado num país, nos múltiplos aspectos, económico, social e espiritual, por longo que seja o trajecto alcançado na senda da Civilização, por mais que a máquina se substitua ao braço nos variados ramos da actividade humana, ainda hoje é axioma, será sempre verdade incontroversa que o mais valioso, mais caro e mais delicado produto de um país é o produto homem — em número e qualidade».

Estas momentosas palavras do actual Governador de Angola, S. Ex.^a o Senhor Comandante Alvaro de Freitas Morna, são, meus Senhores, a demonstração mais clara e mais profunda de que a riqueza de um país ou de uma Colónia, não são os capitais materiais, provenientes das diversas fontes de Economia, mas o capital humano, aumentado dia a dia, em número e qualidade, pela geração legítima de novas vidas e pela educação espiritual, moral e física da sociedade.

E, por isso, a maior riqueza de Angola, é o capital humano nativo, concretizado em mais de três milhões de habitantes que

(1) Conferência proferida no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no dia 9 de Junho de 1943.

vivem na nossa portuguesíssima Província ultramarina da África Ocidental.

«No dia em que os três milhões de indígenas que povoam a Colónia, atingirem seis milhões, Angola não valerá apenas o dôbro, mas muitas vezes mais» — acrescentava o Senhor Comandante Freitas Morna. É este, meus Senhores, o grande problema que urge resolver, afim de que o capital humano de Angola não fique congelado, ou mesmo tenda a diminuir.

Ora, meus Senhores, as Missões católicas, cujo objectivo é construir nos corações dos nossos irmãos africanos o altar de Deus e da Pátria, «chamando as populações nativas à civilização católica e portuguesa», não atingiram ainda a finalidade completa da sua Organização Colonizadora: «A tarefa das Missões Católicas está longe ainda do alto fim a que aspiram» — dissera o Senhor Ministro das Colónias, S. Ex.^a o Senhor Dr. Vieira Machado.

E tinha razão o Senhor Ministro. É que se as Missões Católicas levam Portugal para Angola, fazendo das populações nativas verdadeiros Cidadãos portugueses, pela assimilação da nossa santa Religião, da nossa História, da nossa língua, dos nossos costumes, enfim dos sentimentos nacionais, de modo que Angola seja, não só *de jure* mas *de facto*, um prolongamento da Pátria, não poderão completar esta obra grandiosa e sublime de Civilização, sem a Assistência social aos povos que a Nação lhes confiou.

Em tôda a Colónia, de Norte a Sul, de Este a Oeste, há aldeias católicas, com a sua capela, a sua escola primária, ou seja, a implantação das nossas aldeias portuguesas no interior africano. Nas Missões, nas sedes principais dessas aldeias cristãs e portuguesas, um magnífico programa de civilização foi elaborado e é fielmente executado: Igrejas, algumas delas verdadeiras catedrais, como a da Huila e a de Caconda, escolas primárias, escolas-oficinas e agrícolas, farmácias, dispensários e até hospitais foram construídos para que os nativos paralelamente à Fé Católica, encontrem a civilização portuguesa na nossa língua, na nossa História, nos nossos costumes, nas nossas artes e ofícios, na nossa lavoura e revigorem e aprendam a tratar da saúde.

Mas não pensemos que a Orgânica da Civilização portuguesa, elaborada e executada pelas Missões Católicas, está completa.

Poderíamos afirmar que teòricamente nada mais há a acrescentar ao plano civilizador que o Estado confiou às Missões Católicas, pois, os missionários em contacto directo e diário com as populações nativas, desde há muito planearam a orgânica da civilização católica e portuguesa, que se pode resumir neste axioma: «*mens sana in corpore sano*» . . .

Mas, no plano das realizações, somos forçados a confessar que estamos longe, e muito, da organização das Missões Evangélicas e estrangeiras, vindas da América do Norte, do Canadá, da Inglaterra e da Suíça.

Não me proponho falar das Missões Evangélicas em geral, porque as não conheço tôdas; falo apenas das que visitei e observei com os meus olhos.

Na grande Missão Evangélica do Dondi, em Bela Vista, a uns 80 quilómetros de Nova Lisboa, em Camondongo e Chissamba, perto de Silva Pôrto, funciona um corpo clínico esplêndidamente organizado, com hospitais onde os nativos encontram o mesmo conforto que nós na Europa: quartos, salões, camas, enfermarias, salas cirúrgicas, farmácias, maternidades, pavilhões de isolamento, laboratórios de análises, em suma, uma magnífica orgânica de Assistência Social.

Se as Missões Católicas fazem o possível pelo fomento da mesma Assistência, devemos confessar, embora o nosso coração de portugueses sangre ao falarmos sobre o assunto, que apenas possuem, na maioria, uma farmácia ou dispensário muito rudimentar, sem médicos, sem cirurgiões, sem pavilhões de isolamento, sem maternidades . . .

Algumas, como a de Malange e a do Bailundo, têm os seus hospitais servidos pelos Delegados de saúde do Estado, nos quais trabalham tão desinteressadamente que são dignos dos mais rasgados elogios.

Mas, meus Senhores, que são duas ou três Missões para uma Colónia 14 vezes maior que Portugal, e estas ainda com uma assistência muito limitada, por falta de meios? . . .

Ora, consultando as estatísticas dos óbitos registados anualmente nos livros oficiais das Missões Católicas, vemos que o aumento da população nativa é pouco ou fica paralizado. De 5.141 óbitos ocorridos em 1939 e registados pelas Missões Católicas, 3.141 eram de menores de oito anos e os restantes 2.021 de

maiores de oito anos. Se acrescentarmos aos 3.141 óbitos de menores de oito anos, os que morrem sem ser registados — e são muitos — e os que são registados pelas Delegações de Saúde do Estado e pelas Missões Evangélicas, poderemos, sem erro grave, quadruplicar os 3.141 óbitos anuais de menores de oito anos, registados unicamente pelas Missões Católicas.

Nas estatísticas do Censo Oficial de Angola, que fizemos incumbidos pelo Estado, nos diferentes sectores da área de evangelização da nossa Missão Católica de Cachingues, em 1940, verificamos que a média, por família, de crianças vivas era de duas a três. Inquirindo conscienciosamente a razão de uma tão baixa natalidade, fomos informados de que as mães tinham, em geral, oito e até dez filhos, mas, a maior parte nasciam mortos, informes — efeitos de partos prematuros, ou morriam pouco tempo depois do nascimento.

Mas, não é tudo: se aos óbitos de crianças juntarmos os óbitos dos adultos, obteremos uma estatística assustadora. Dêsses 5.162 óbitos, 2.021 eram de maiores de oito anos. Como para os óbitos dos menores, poderemos quadruplicar o mesmo número pelas razões supra-expostas.

Os nascimentos registados, nesse mesmo ano de 1939, foram 16.000. Dupliquemos⁽¹⁾ êste número e obteremos 32.000 nascimentos anuais contra 21.000, número redondo de óbitos:

Conclusão: *O aumento do capital angolano é pouco.*

Meus Senhores:

Não podemos atribuir a baixa da natalidade angolana, à introdução das teorias modernas do *Neo-Malthusianismo* nas famílias nativas, um dos maiores males da sociedade actual. Felizmente, é ignorado ainda em África. Para os nativos, meus Senhores, o matrimónio é como um jardim. Quantos mais filhos têm, mais florido, e mais lindo é para eles êsse jardim. A falta de flores no lar doméstico, é uma das causas principais da quebra do vínculo conjugal.

Sem deixar de acentuar que dois dos grandes factores da

(1) Dupliquemos e não quadruplicemos, como para os óbitos, pelas razões que se podem entrever no decurso desta conferência.

diminuição da natalidade em Angola, é a falta de assistência social às futuras mães de família, às neo-parturientes em particular, bem como aos futuros pais, e a carência de condições normais de existência, uma vez constituído o lar, analisemos, todavia, os principais agentes patogénicos que vitimam os nativos desde a infância até à velhice e não deixaremos de sentir a necessidade absoluta e urgente da assistência social a esses três milhões de nativos que povoam a nossa Colónia de Angola.

Patologia, e patogenia tropicais

Meus Senhores:

Embora a patologia não seja completamente ignorada pelos nativos, a patogenia, no entanto, é para eles um verdadeiro mistério.

O paludismo ou endemia palustre, que tantas mortes causa anualmente entre os colonos, nas suas diversas e complicadas manifestações de biliosas, perniciosas, anúrias, é o grande flagelo da raça africana.

Seria um erro supor que os nativos, habituados aos climas tropicais, vivendo continuamente ameaçados pelo hematozoário anofelino, estão imunes do paludismo. São mais atacados que os europeus, pois, os meios profiláticos de que dispõem contra o anófele, são nulos. O anófele, vive especialmente nas regiões palustres ou seja nas lagoas, nos pântanos, nas margens dos rios, nas florestas húmidas. Ora, é precisamente nestas regiões que o anófele se desenvolve e transmite aos seres humanos o vírus das febres palustres, infiltrando nos glóbulos vermelhos do sangue, os hematozoários de LAVERAN.

Ora, meus Senhores, vivendo os nativos nestas regiões, onde a fêmea anofelina encontra tôdas as facilidades de postura, e, sendo eles obrigados a permanecer ali, por causa dos terrenos mais apropriados ao grangeio, por causa da água, das valas de irrigação da cultura do arroz, devemos cruzar os braços e deixá-los morrer?

Imaginemos um cidadão africano bem constituído: goza saúde, trabalha, vive satisfeito moral e fisicamente. De súbito sobreveem-lhe acessos febris, com suores frios, tremuras, temperatura

elevadíssima, 40.º e mais, fígado endurecido, estômago irritado, baço intumescido, derramamento bilioso no sangue, surgindo pouco depois a biliosa, anúrica ou pernicioso, doenças estas quasi sempre fatais.

Urge, meus Senhores, a criação de uma séria e bem organizada profilaxia individual pela absorção regular de uma dose de 15 a 20 centigramas de quinino.

Se queremos evitar a mortandade nos nativos provocada pela epidemia palustre, é necessário a quinização das raças nativas para que os indivíduos válidos sejam refractários à infecção do hematozoário, ou melhor para que o hematozoário não encontre no sangue condições viáveis de incubação.

Profilaxia social, cujo objectivo seja o extermínio dos focos produtores dos anófeles, a destruição das larvas nas águas estagnadas, em suma proceder ao saneamento dessas regiões de modo que a postura da fêmea anofelina não possa desenvolver-se.

Como realizar este plano humanitário e filantrópico de ataque ao paludismo? Pela criação da Assistência Social nas Missões Católicas.

* * *

Outra doença genuinamente tropical, e ainda *mal conhecida* na patologia, é o *Mululúlu*, nome indígena, cujos sintomas são os seguintes, segundo afirmaram: Na periferia da região anal formam-se, como nas hemorróides, excrecências circulares, onde o micróbio do *Mululúlu*, inicia a sua acção devastadora, originando um vão circular de dois a três centímetros, até chegar ao intestino grosso. Uma vez este infectado, a morte é fulminante.

Vários sintomas acompanham o doente desde a incubação até à infecção intestinal: cansaço generalizado, perda de apetite, anemia geral, dor violenta na região nugal, enfraquecimento visual.

Embora esta terrível doença, uma das mais contagiosas, não esteja ainda generalizada nas diversas tribos africanas, pois, é especial da tribo Ganguela, onde temos a nossa Missão de Cachingues, tende a alastrar-se dia a dia pelos povos vizinhos, pelo contacto directo das populações nativas nas suas relações sociais e comerciais, pois, felizmente os antagonismos raciais entre as diferentes castas africanas, vão desaparecendo, efeito da Acção Civilizadora das Missões Católicas.

Outra doença, meramente tropical, é a *doença do sono*, inoculada no organismo pelo tripanossoma, que a célebre mósca *Tsé-tsé* transporta na sua armadura bucal.

Esta doença, felizmente localizada só em certos pontos de Angola, onde vive a pacassa, um dos antílopes mais perigosos da fauna africana, é uma das mais prejudiciais aos nativos e mesmo aos europeus, pelos efeitos desastrosos provocados no físico e no psíquico dos que tiveram a triste sorte de ser picados.

Vários sintomas revelam a doença do sono: entre outros, o pobre doente passa, ao menos na segunda fase da doença, uma vida das mais infelizes que se pode imaginar: sente uma tendência para dormir onde quer que esteja: resiste por algum tempo, mas desde que o parasita penetra nos centros nervosos já não tem forças para sair da letargia em que se encontra. É um pobre farrapo humano, esquelético, que espera a morte como aurora de salvação.

O Estado por intermédio das suas Delegações de Saúde, tem feito anualmente campanhas dignas dos maiores elogios contra a mósca do sono, saneando regiões inteiras no Norte da Colónia e no Quanza Norte.

Meus Senhores:

Frisei apenas algumas doenças tropicais, e a muitas outras poderia referir-me, mas o tempo passa e eu não posso deixar de apontar outro cortejo de doenças europeias ou melhor mundiais, que dizimam, talvez em grau superior as populações nativas: a *sífilis*, a *tuberculose* e a *lepra*.

A *sífilis*, sendo o maior flagelo do mundo, é-o da nossa África também.

Se, baseando-nos nas estatísticas oficiais, verificamos que 99% das paralisias gerais, dos aneurismas, das aortites, das anginas pectoris e de várias doenças pulmonares, que 99% de mortes súbitas, de abôrtos, de partos prematuros, dos mortos nos primeiros dias de nascimento, são devidos à sífilis; se nós verificamos ainda que só em França, há 13 anos, a sífilis causou

um milhão e quinhentos mortos, tanto como a guerra mundial de 1914⁽¹⁾, e em Portugal orçavam, há anos por 600.000 os sifilíticos; — se assim é nos países civilizados, forçados somos a concluir *a priori*, que a sífilis nas populações nativas africanas, é a causa primordial da diminuição da natalidade, e o agente mais destruidor da raça preta.

As raparigas e rapazes nativos, futuros pais de família, construtores de novas gerações, como poderão constituir família vigorosa, dar à Pátria, à sociedade, cidadãos sadios, robustos, infectados pelo vírus sifilítico?

Embora, os meus fracos conhecimentos de medicina e de Assistência, à qual me dediquei durante dez anos com o máximo esforço e boa vontade, não sejam suficientes para dar estatísticas exactas, creio, no entanto, poder afirmar, sem erro grave, que 99^o/₀ de abórtos são devidos à sífilis.

Mais de 80^o/₀ de partos prematuros, do sétimo ao oitavo mês, são devidos também à sífilis. E, embora a criança não seja, a maior parte das vezes, um ser informe, pouco vive depois do nascimento.

Nas nossas campanhas apostólicas, quantas vezes não encontramos aldeias, onde durante três e até quatro anos, não nasceu uma criança?

E naquelas, onde as há, quantas não estão sujeitas a todos os acidentes sifilíticos? — paralisia ocular, surdez, deformação no físico e no psíquico, epilepsia, idiotia, etc. . .

A sífilis é ainda um foco produtor de chagas horrorosas que resistem a todos os tratamentos, de cancro roedores das partes do corpo onde se formaram, enfim a sífilis é a ruína da saúde e do vigor humano, isto é, uma triste combustão lenta da vida, sem calor, nem luz.

Urge, pois, meus, Senhores, a criação de postos sanitários contra o treponema de SHAUDIM e de HOFFMAN, seja contra a sífilis adquirida, seja contra a heredo-sífilis.

Ora, para esta efectivação, torna-se necessário e urgente a Assistência Social às populações nativas, tanto à criança como ao

(1) *Maladies vénériennes* par le professeur H. GOUGEROT (médecin de l'hôpital S. Louis).

homem válido, a fim de que a transmissão do treponema diminua e novas gerações, cheias de vida e de vigor, desponham para, em um futuro próximo, possuímos famílias, cuja robustez física e moral, aumente dia a dia o capital humano de Angola.

Estas novas gerações só podem ser formadas mediante a instituição de maternidades, onde a puericultura ocupe o primeiro lugar nesta tão necessária e tão urgente Assistência Social. A puericultura, meus Senhores, é absolutamente indispensável numa Assistência Social.

Nas Missões africanas que nos estão confiadas, constatamos quão longe estão as mães na observância dos preceitos higiênicos que a maternidade impõe. Até à véspera do parto, andam as futuras mães ocupadas nos serviços agrícolas e caseiros, sujeitas a tôdas as influências climatéricas, ao frio, ao calor, à chuva, à humidade. Quantas vezes acontece que a «*délivrance*» se dá nas viagens, nos caminhos, nos campos, onde o conforto e a higiene são nulos.

Uma vez mães, que quadro desolador apresentam estas mulheres! Acontece que se a «*délivrance*» se deu longe da aldeia, elas, metem-se logo a caminho, sem olharem a chuva ou a calor, fazendo longas e penosas caminhadas (100 e mais quilómetros). E, chegadas à aldeia continuam a vida normal como se a maternidade não passasse de um negócio de somenos importância. Se antes da «*délivrance*» é desolador verificar frequentemente a morte de muitas mães, devido à distocia ou seja ao conjunto de dificuldades ou anomalias, acidentes e complicações que acompanham o parto, não é menos sombrio e carregado o quadro dos óbitos maternos, após o parto. Não nos admiramos que a infecção puerperal seja um dos factores principais da morte das neo-mães de família.

Ora, se todos sabem que a infecção puerperal é a mais trágica de tôdas as misérias femininas, apesar do progresso da ciência, será ela menos trágica nas mães africanas, onde tudo falta para obviar a êste terrível flagelo?...

Outrora, verdadeiras epidemias devastavam as maternidades e deixavam os médicos impotentes e desesperados diante destas hecatombes!

Que será nas terras africanas onde nem sequer existe a medicina antiga, a mais rudimentar?

A obra da Assistência Maternal, antes e depois do parto, impõe-se meus Senhores, como um dever dos mais sagrados que temos junto dos nossos irmãos africanos.

Enfim, a assistência às crianças é o segundo dever, não menos imperioso que o primeiro, a cumprir e a executar por nós católicos e portugueses.

O recém nado é logo pôsto às costas da mãe, envolto num pano, quando ela o tem, ou prêso por duas correias, feitas de casca de árvore, exposto assim ao sol, à chuva, ao frio. Faltando o leite, dão-lhe uma espécie de papas, feitas com farinha de mandioca ou de milho, e mesmo que não escasseie o leite maternal começam desde os primeiros meses a engolir pirão, farinha amassada com água. Como a criança não pode mastigar, impelem o pirão com os dedos obrigando-os a uma deglutição forçada.

É urgente, pois meus Senhores, a protecção aos recém-nados, criando maternidades, creches, a gôta de leite, etc.

Uma vez protegida, a criança no berço, inadiável é também o protegê-la depois, contra a escarlatina, a tosse coqueluche, anginas, varíola, difetéria, enterite, em suma contra todos os agentes patogénicos que constantemente as ameaçam.

Ah! meus Senhores, que vasto campo aberto à puericultura nos meios africanos!...

Enfim a *lepra* e a *tuberculose* são também dos maiores males que devastam a raça preta. O seu contágio desvaloriza o capital nativo e é um dos óbices mais fortemente opostos ao rejuvenescimento social.

Os nossos irmãos africanos, ignorantes de tudo o que seja isolamento, deixam-se contaminar com uma facilidade espantosa pelos bacilos de HANSEN e KOCH.

Como os sintomas destas terríveis doenças são para elles conhecidos, só na última fase, só quando já não há remédio possível, só então é que se lembram de expulsar os leprosos, desfigurados já, esqueléticos, ruidos de úlceras, cegos, paralíticos, arrastados sôbre restos informes de membros, torturados por nevralgias contínuas sob a impressão de um frio glacial.

São êstes farrapos humanos lançados nas florestas, longe de todos e de todo o confôrto, tendo como únicos companheiros da sua miséria os animais selvagens, como única alegria o chilrear

dos passarinhos, como única comida os frutos e raízes das árvores, como único aquecimento o sol, como único agasalho nocturno as casca das árvores, que êles entretecem, chamando-lhes na sua linguagem «mahina». Aí vivem na maior miséria moral e física, abandonados: morrem esquecidos, sem ouvirem uma única palavra de consolação, sem sentir a caridade do coração humano.

Ah! meus Senhores, nós, os missionários, compreendemos agora mais que nunca, como o Coração de Cristo se apiedava dos pobres leprosos, quando nas suas viagens apostólicas através da Palestina, ouvia os brados lancinantes dêstes miseráveis, saídos das bermas das estradas, dos refúgios dos montes, dos nichos dos vales, dos abrigos das florestas, clamando: «tende compaixão de nós, Filho de Davide».

A cenas como estas assistimos nas nossas campanhas apostólicas.

Se a lepra, meus Senhores, nos países civilizados, atinge uma percentagem aterradora na nomenclatura das doenças contagiosas, (só em Portugal há cêrca de 3.000 leprosos)⁽¹⁾, em África essa percentagem ultrapassa, sem comparação, os limites normais de uma doença contagiosa. Como poderão os nativos evitar o contacto com os individuos doentes, vivendo muitas vezes numa promiscuidade sórdida e miserável, se êles nem sequer sabem diagnosticar os lepromas que se formam no corpo?

No dispensário da Missão Católica de Cachingues, de 50 doentes que se apresentavam diàriamente para diversos curativos, encontrávamos, em média, cinco com os sintomas da lepra, ou sejam manchas disseminadas mais ou menos simètricamente no tronco e nos membros, amareladas, anestésicas e persistentes.

Se é nulo, por assim dizer, o isolamento dos leprosos, quanto aos tuberculosos, em maior número, sem comparação, é mil vezes pior. Desconhecem o contágio da tuberculose: expectoração, hemoptises, tudo é lançado nos lugares mais freqüentados. Vivem, comem, dormem, juntos. Queremos um ambiente mais favorável do que êste para a transmissão do bacilo de KOCH?...

(1) Segundo nos informou o insigne Prof. Dr. ROCHA BRITO.

Meus Senhores:

É grande o sudário que nos apresenta, em África, a patologia e patogenicia tropicais. O nosso brio de portugueses exige que elaboremos a Orgânica da Assistência Social aos nossos irmãos africanos; temos que rejuvenescer o homem angolano, se não queremos vê-lo paralizado e diminuído até ao ponto de assistirmos ao desaparecimento completo da raça negra, a maior glória, a maior riqueza de Angola.

Fiquemos bem cientes dêste momentoso axioma: *A África é para os africanos, mas connosco. As Colónias sem os africanos seriam um deserto e os europeus obrigados à retirada. Tôda a obra de colonização está baseada na raça preta e esta obra desenvolver-se-á na medida do aumento da raça preta, vigorosa, sadia física e moralmente.*

Ora, meus Senhores, convencidos como estamos de que Angola deve transformar-se num Portugal maior, *poderemos ficar apáticos às calamidades que assolam a Colónia? Poderemos, como simples espectadores, assistir a êste sinistro pôr do Sol da vida dos nossos irmãos africanos?...*

Poderemos, como portugueses, em face da orgânica maravilhosa da Assistência Social nas Missões estrangeiras, desinteressar-nos pela das Missões Católicas e Portuguesas?

A voz dos nossos antepassados, que nos legaram a mais linda e rica Colónia de África, ecoa nos sertões africanos, nas aldeias, nos campos, nas florestas, nos rios, nos desertos, a dizer-nos: *Portugueses, não vêdes declinar a maior glória de Portugal, não ouvis mais de três milhões de irmãos vossos a bradar: «Salva-nos, Portugal, aliás pereceremos»?*

Não podemos ficar surdos à voz dos nossos antepassados, ao clamor de três milhões de vidas humanas, e responderemos ao éco dos nossos maiores, ao chamamento dos nossos irmãos africanos, com a criação da Orgânica da Assistência Social, que, no meu entender, salvo melhor opinião, deve ser baseada nestes princípios:

Cada Missão deve ter: um médico e, podendo ser, uma médica, farmácia, hospital, pavilhões de isolamento, enfermeiros, enfermeiras, maternidades, um laboratório de análises, uma sala de operações, embora rudimentar.

Em uma Missão central, adrede escolhida, existiria um grande hospital cirúrgico, com dois ou três médicos operadores. Ao lado funcionariam vários cursos elementares de farmácia e de enfermagem para os nativos dos dois sexos, regidos por professores e professoras da Escola de Farmácia, que compreenderiam:

— elementos de medicina e higiene colonial; exercícios práticos de pequena cirurgia, assepsia, anestesia e preparação de uma sala de operações;

elementos de técnica microscópica, preparações de laboratórios, análises elementares de urinas;

elementos de zoologia e protozoologia e de entomologia médicas, sobretudo dos insectos que podem transmitir doenças ao homem e a animais domésticos, e dos parasitas que provocam as doenças tropicais;

elementos de farmacologia e farmacotecnia.

Esta maravilhosa Orgânica de Assistência Social, baseada na que propôs o maior Colonialista dos tempos passados, S. Ex.^a o Senhor General Norton de Matos⁽¹⁾, uma das mais grandiosas e geniais figuras da nossa história colonial, devia ser desde já uma realidade viva nas Missões Católicas.

Dêsse hospital, proponho eu, saíriam os enfermeiros e enfermeiras, diplomados, para postos sanitários do interior, que teriam por seu turno, um hospital, embora rudimentar, e um ou outro pavilhão de isolamento, onde os nativos receberiam os tratamentos mais vulgares. O médico de cada Missão fiscalizaria mensalmente êsses postos.

Seria difícil a criação desta urgente Orgânica de Assistência Social aos nossos irmãos africanos?...

Não o negamos, é difícil e complicada a resolução dêste grave problema, pois acarretaria despesas enormes ao Estado e seria necessário a criação de orçamentos fabulosos para se organizar desde já esta assistência. O Estado, meus Senhores, já faz muito pela conservação e fomento da Acção Missionária nas Colónias, para a qual são despendidas anualmente mais de cinco mil contos.

Mas, se não pode atingir o máximo, podemos e devemos atingir o mínimo indispensável.

(1) «A província de Angola» a pág. 237.— por Norton de Matos.

Na França, em Lille, há uma Liga de Médicos, chamada de S. Lucas, cujo objectivo é a assistência social aos nativos nas Missões Católicas francesas da África Equatorial. Essa Liga manda para as Missões francesas, os médicos, que, a expensas suas, se formam na Faculdade de Medicina, bem como remédios, aparelhagem cirúrgica, em suma, tudo o que é indispensável para o bom funcionamento de uma clínica africana.

Na Alemanha idêntica organização, mas esta mais universalista, em Wurzburg, na Baviera, se fundou, chamada «Instituto Médico Missionário para as Missões Católicas do Mundo».

Na América do Norte, no Canadá, na Suíça, e em muitas outras nações floresce idêntica organização médica «*pro Missio-nibus*».

Assim, êsses médicos, êsses cirurgiões, êsses enfermeiros, essas enfermeiras que, encontramos nas Missões Evangélicas de Angola são formados e sustentados por essa Liga de Assistência Social aos povos africanos.

E se acrescentarmos que os hospitais, pavilhões de isolamento, material cirúrgico, remédios, tudo é concedido por essas associações particulares de Assistência Social?!...

Para termos uma idéia do que faz nas Colónias êsse corpo clínico, escutemos a seguinte estatística da Assistência Social, na Índia Britânica, tirada do «Boletim Geral das Colónias» de Abril de 1937: «Na Índia Britânica, o número de hospitais e dispensários, passou, desde 1920 até 1930, de 4.897 a 6.631; o das consultas médicas de 44 a 63 milhões.

A luta contra as epidemias foi travada com vigor: a varíola diminuiu consideravelmente, principalmente na província de Madrasta; a cólera está em regressão do mesmo modo que a peste.

Pretendeu-se que os casos de lepra quadruplicaram desde 1921. É um êrro devido ao recenseamento dêsse ano só mencionar os leprosos reconhecidos ao primeiro relance por qualquer pessoa.

Particular cuidado incidiu nas maternidades e nas obras de protecção à criança: a Previdência de Madrasta contava em 1923 apenas 33 dessas obras. Em 1932, o seu número ascendia a 117, com 1.751 parteiras e 32 visitadoras só na Capital...

Meus Senhores:

Não poderíamos nós, à semelhança de outros países, organizar um núcleo ou uma Liga de Assistência Social às Missões Católicas e Portuguesas de Angola? — Se em Coimbra se criasse uma associação de médicos, e de estudantes, cujo objectivo fôsse angariar donativos para a sustentação de um corpo clínico nas Missões Católicas; em Lisboa, outra associação ou liga cuja finalidade fôsse o envio de material cirúrgico; no Pôrto, outra, para a construção de pavilhões de isolamento e de hospitais; se cada cidade tomasse a seu cargo uma modalidade de Assistência Social, veríamos, num futuro bem próximo, criada a Assistência Social nas Missões Católicas.

Vemos as Universidades, Liceus, Colégios, repletos de estudantes dos dois sexos muitos dos quais seguem, ou seguirão mais tarde, a Medicina. Ora, segundo me informaram, em Portugal, os médicos são demais.

Quantos, dotados de uma verdadeira vocação médica enveredam os passos por outros ramos da actividade humana, desviando-se desta forma, do Sacerdócio médico de que foram investidos nas Universidades do nosso País, por não ter onde ganhar a vida! Êsses jovens médicos não poderiam ir para as Missões Católicas?... Essas jovens médicas não poderiam tomar sob a sua direcção as maternidades, que se criariam para êste efeito nas Missões Católicas?...

Se eu fôsse às Universidades e preguntasse a essa briosa juventude de futuras médicas e médicos, mocidade radiosa, esperança da Nação e do Império, em cujos corações arde em chamas vivas o amor da Pátria e de Portugal de Além-mar, se desejavam seguir para Angola, para as Missões Católicas desempenhar as funções sagradas de médicos dos corpos, estou certo de que todos me diriam: *Queremos*.

Meus Senhores, não sou eu que entro nas Universidades, nas cidades, nas vilas do nosso País; — são mais de três milhões de irmãos nossos africanos, que atravessam o Oceano e vêm à nossa Pátria clamar a Assistência Social, com os Missionários portugueses.

Não nos envaidecemos se afirmamos que a maior parte do povo nativo de Angola, está nas mãos dos missionários católicos portugueses.

Embora o número dos baptizados não seja ainda deslumbrante, 600.000, — número redondo — temos as multidões pagãs ao nosso lado como provam as escolas numerosas que anualmente se fundam e o elevado número de frequência catequística, registada nos livros das Missões Católicas.

Ora, se nós pretendemos ocupar Angola, palmo a palmo, penetrando em todos os lugares onde haja um irmão nosso, por mais isolado que se encontre, para levar a luz da Verdade Divina, a luz da Fé, a luz de Portugal, a luz da nossa História tão linda, da nossa Língua, dos nossos costumes, numa palavra, a luz da nossa Civilização Católica e Portuguesa, os médicos seriam os nossos mais eficazes cooperadores nesta santa e patriótica cruzada civilizadora. Seriam os dois Sacerdócios, o Sacerdócio divino e clínico, unidos pelo mesmo ideal: *«mens sana in corpore sano»*.

Então, com a assistência das Delegações de Saúde do Estado, com a assistência das Missões Evangélicas, com a assistência das Missões Católicas seríamos de facto uma grande fôrça para socorrer os povos nativos, para os remoçar, enfim para termos na nossa maior Colónia, a mais portuguesa, uma raça sã, vigorosa, digna desta grande Nação.

Talvez, se pense, que o Estado poderia tomar essa assistência sobre si. Não o negamos, podia fazê-lo; mas os orçamentos que anualmente se elaboram para a manutenção e fomento do quadro de saúde em Angola, são deveras dispendiosos. A Colónia possui um quadro magnífico de saúde: o hospital central de Luanda, é um dos melhores dos países coloniais. Nas cidades, vilas, em muitas administrações e postos, há hospitais, médicos, enfermeiros e ambulâncias sanitárias. Mas, sendo Angola 14 vezes maior que Portugal, embora uma rêde esplêndida de estradas rasgue a Colónia, impossível se torna a êsses médicos penetrar nos lugares mais afastados, onde não há estradas, ou é mesmo impossível fazê-las, vivendo nas sedes das Delegações, que muitas vezes distam centenas de quilómetros das aldeias indígenas.

Devemos, além disso, confessar que os nativos, ainda arraigados aos sortilégios e artimanhas dos seus curandeiros, não viriam facilmente aos centros de Assistência Médica.

Mesmo, no caso de se montar em Angola uma magnífica Assistência Social, esta difficilmente obteria o seu objectivo de saneamento das raças africanas, sem o concurso das Missões

Católicas, que têm nas suas mãos as almas dos nativos, a sua confiança e o seu apoio.

Delas dissera o Senhor General Norton de Matos: «As Missões religiosas estão hoje inteiramente integradas na nossa Administração Colonial e nos nossos altos propósitos»...

E o Estado Novo com a criação do Acôrdo Missionário, afirmou, perante o mundo inteiro, o grande papel que está reservado às Missões Católicas Portuguesas no nosso imortal Império Ultramarino... «Portugal, dissera S. Ex.^a o Ministro das Colónias, o Senhor Dr. Francisco Vieira Machado, prosseguirá a tradicional política para com as populações nativas, chamando-as gradualmente à sua civilização, proporcionando-lhes bem-estar material e elevando o nível da sua condição moral». — E acrescentava ainda S. Ex.^a: «Papel de especial relêvo têm neste particular as Missões Católicas, para cuja prosperidade vão os melhores desejos do Ministro das Colónias, que delas não sabe falar sem comoção, porque conhece os sofrimentos estôicamente suportados, dos missionários, o seu trabalho humilde e glorioso, o seu patriotismo ardentíssimo, o seu desinterêsse absoluto e a sua fé nos destinos da nossa Terra».

Ora, se os diversos govêrnos da Nação e do Império, reconhecem como absolutamente necessárias as Missões Católicas no nosso Império é porque êles reconhecem nelas os instrumentos indispensáveis na Orgânica da nossa Política Colonial.

Não pretendo com estas palavras tecer o elogio e fazer a apologia da obra civilizadora das Missões Católicas. Elas lá estão nas nossas Colónias, como baluartes da nossa Independência, como colunas inabaláveis da nossa Civilização.

Apenas, quis demonstrar que mesmo na hipótese de se criar em Angola uma assistência tal que ocupe a palmo a terra africana, ficaria sempre distante do seu objectivo se não se unisse às Missões Católicas.

Meus Senhores:

Temos uma Pátria que não termina no Norte, nem no Sul, nem a Leste nem a Oeste de Portugal Continental, mas se prolonga em terras africanas e nas da Ásia longínqua.

Queremos, nesse Portugal de Além-mar, cristãos e católicos convictos, queremos cidadãos vigorosos, queremos uma raça forte,

aumentada de ano para ano, queremos, em suma, conquistar Angola para Deus e dar à Pátria uma raça pura.

Nesta Universidade onde se formam os maiores lustres de Portugal e de onde saem para as diversas actividades da Nação e do Império verdadeiros génios de ciência e de política governativa, perante esta selecta e insigne assistência intelectual, aqui, neste lugar tão solene, junto de vós que me escutais, em nome de Deus e da Pátria, levanto mais uma vez a minha voz para vos dizer, Senhores, e, por vós, a Portugal inteiro: — Angola ajoelhada a vossos pés, de mãos erguidas, em prece fervorosa, olhos fitos na Pátria distante, reza: «Portugal, envia-nos os nossos salvadores, envia-nos médicos e médicas, manda que nesta terra que é tua, se criem nas Missões Católicas, hospitais, pavilhões de isolamento, postos sanitários, maternidades, porque queremos ser portugueses vigorosos, queremos aumentar a Grande Família portuguesa, queremos um só Deus, uma só Fé, uma só Pátria, um só Império.

Coimbra, escuta a prece de irmãos africanos!

Ao socorro da maior glória de Portugal distante, do potencial humano nativo de Angola, pela criação imediata da Assistência Social nas terras do nosso Império.

Coimbra em Angola, Angola em Coimbra, eis o presente que eu coloco, agradecido, no altar de vossos ardorosos corações.

Coimbra, 9 de Junho de 1943.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — À primeira reunião do mês de Maio, realizada nos Hospitais da Universidade, presidiu o Prof. dr. Rocha Brito, secretariado pelos srs. Professores drs. Morais Zamith e Michel Mosinger.

O sr. Prof. dr. Correia de Oliveira dissertou sobre três casos de tuberculoma cerebral, tendo feito algumas considerações de ordem médica e cirúrgica e demonstrado a dificuldade que por vezes, se depara no diagnóstico desta afecção.

Apresentou um caso da sua clinica pessoal numa doente que veio a falecer, cujo exame anátomo patológico confirmou os dados estabelecidos pela clinica.

O sr. dr. Francisco Pimentel referiu um caso de apendicite gangrenosa com 36 horas de evolução, acompanhada de peritonite aguda generalizada em que o apêndice totalmente destruído, havia sido amputado pela base deixando uma larga solução de continuidade no cecum.

Revelou as más condições da operação, feita pelo sr. Prof. dr. Luis Raposo, nestes tecidos friáveis que não sustentavam os pontos e fez várias considerações de ordem teórica e prática acerca das seqüências operatórias desta doente, as quais foram normalíssimas, tendo alta, completamente curada, 16 dias depois.

Sobre estas comunicações falou o sr. Prof. Mosinger.

À segunda sessão, da presidência do sr. Prof. dr. Rocha Brito, secretariado pelos srs. Professores Tristão Ribeiro e Michel Mosinger, o sr. dr. Joaquim Antunes de Azevedo dissertou sobre «*Algumas considerações acerca dum caso de Kalazar num adulto*», lembrando que há um ano apresentou nas quinzenas hospitalares um outro caso de Kalazar, também num adulto, no qual uma reacção de Wright feita num laboratório da capital, onde o doente se encontrava, fôra positiva a $\frac{1}{500}$ conduzindo a uma terapêutica variada contra uma brucelose, que não deve ter existido: em Coimbra após 10 meses de evolução da doença, sempre febril e quasi sempre com temperaturas elevadas, as reacções de Wright e Brunet e a hemocultura foram negativas, sendo realizado o sero-diagnóstico em vários laboratórios. A punção esplênica revelou leishmania quando a reacção de Wright repetida em Lisboa se mostrava ainda positiva a $\frac{1}{500}$.

O tratamento pelo neostiboran foi absolutamente eficiente curando o doente.

Este e outros casos de Kalazar quasi sempre diagnosticados muito tardiamente quando a situação é já extremamente grave, demonstram a necessidade de se chamar a atenção para a frequência crescente da leishmaniose visceral entre nós. Um caso de Kalazar abandonado conduz à morte e cura pelo antimónio.

O caso apresentado nesta sessão, disse, é de um adulto que adoeceu no Alentejo nas ceifas do ano passado, natural de Pombal e que só em Abril foi diagnosticado. O doente foi minuciosamente estudado.

O sr. dr. Antunes de Azevedo atribuiu parte da sintomatologia a um estado hiponituminótico complexo relacionado com um regimen alimentar carenciado e com as acrescidas exigências em vitaminas em virtude do processo febril de longa evolução.

O doente apresentava hipocloridria no estudo do quimismo gástrico pela histamina, diarreia, edemas, ascite, um coração aumentado de volume, etc. A vitamina B₁, por via paraenteral, fez desaparecer a ascite e os edemas em 48 horas.

Além do tratamento específico pelo Neostibozam, o doente foi medicado com extratos hepáticos, amida do ácido nicotínico, ácido ascórbico, ferro reduzido pelo hidrogénio, sulfato de cobre e pepsina com ácido clorídrico.

Um mês depois de iniciado o tratamento pesava mais 2 quilos (peso inicial 44 quilos). O coração está ainda aumentado de volume.

O sr. dr. Antunes de Azevedo, no final da comunicação, fez referência às cardiomegalias por doenças parasitárias, falando da doença de Chagas, em que o tripanossoma se encontra no tecido miocárdico. Também na leishmaniose o coração não é poupado e deve ser a razão do persistente aumento de dimensões cardíacas.

O sr. dr. Francisco Pimentel referiu-se a alguns casos de quisto hidático, com localização hepática, pulmonar e ovárica, fazendo variadíssimas considerações sobre as particularidades que apresentou, insistindo, sobretudo, nas causas e modas de contágio, no tratamento cirúrgico da afecção e seus resultados.

O sr. dr. Alexandre da Silva, fez a apreciação de diversos tratamentos das flebites dos membros inferiores desde os clássicos tratamentos de imobilização absoluta até aos dos nossos dias; técnica de Lériche com novocainização do simpático lombar e extirpação da veia em causa e o tratamento com massagens e mobilização precoces, seguido pela dr.^a Georgina de Andrade.

O conferente apresentou o resultado dos casos por elle tratados nos Hospitais da Universidade, applicando as modernas técnicas.

Sociedade de Ciências Médicas

Na reunião de Maio a que presidiu o sr. dr. Toscano Rico, secretariado pelos srs drs. Barahona Fernandes e Mendes Alves, o sr. dr. Barahona Fernandes, com a colaboração dos srs. dr. Pedro Polónia e dr. Sousa Gomes, deu conta dos resultados terapêuticos do emprego do electro-choque em 154 casos do Hospital Dr. Júlio de Matos, que foram favoráveis.

A seguir o sr. Prof. dr. Almeida Lima, referiu-se à nova técnica de leucotomia que foi iniciada em Portugal em 1936, pelo sr. Prof. dr. Egas Moniz, com eficiência no tratamento de doenças mentais, processo cirúrgico que tem grande execução nos grandes centros neuro-cirúrgicos e psiquiatras, europeus e americanos, sendo a leucotomia frontal de Egas Moniz o tratamento mais vulgar e o número de casos já tratados na literatura estrangeira, superior a si mesmo.

Sociedade Portuguesa de Radiologia

Iniciaram-se os trabalhos desta Sociedade, com uma sessão a que presidiu o sr. dr. Moura Relvas, ladeado pelos srs. drs. Castro Nery e Fernandes Lopes.

O sr. dr. Moura Relvas saudou os médicos presentes e descreveu a ordem de trabalhos científicos a realizar pela Sociedade de Radiologia Médica.

O sr. dr. Aires de Sousa apresentou um trabalho do Prof. Saralegui, da Faculdade de Medicina de Buenos Aires.

A seguir, o sr. dr. Moura Relvas apresentou as seguintes comunicações: 1.º «Um caso de divertículo de propulsão»; 2.º «Invaginação ileo-ceco-cólica».

Academia das Ciências

O sr. Prof. Wohluill fez uma comunicação a esta Academia, intitulada «Estudo estatístico sobre as relações entre a sífilis e a arteriosclerose».

Conferências

Ainda a propósito da comemoração de Vesalio, o sr. Prof. dr. Hernani Monteiro, fez uma conferência, na Faculdade de Medicina do Porto, subordinada ao tema: «Três anatomistas célebres na Renascença Italiana — Leonardo de Vinci, Berengario da Carpi e André Vesalio».

Também realizaram conferências, em Coimbra, o sr. Prof. dr. Armando Narciso — «Possibilidades de terapêutica termal no Arquipélago dos Açores»; no Porto, o sr. Prof. dr. João Fraga de Azevedo — «Os animais domésticos como fonte de doença para o homem»; e no Instituto Rocha Cabral, o sr. dr. Ferreira de Mira — «As funções do corte supra-renal».

Várias notas

Na Sociedade de Ciências Médicas, realizou-se uma homenagem à memória do Prof. dr. José Maria Branco Gentil, à qual presidiu o sr. dr. Toscano Rico.

Fizeram o elogio do extinto, além do presidente, o sr. Prof. dr. Henrique de Vilhena.

— Em festa de confraternização estiveram reunidos em Coimbra, os cursos médicos de há 10 e 25 anos.

— Em Lisboa reuniu-se o curso médico de Coimbra, de 1914, do qual fez parte o sr. Reitor da Universidade, Prof. dr. Maximino Correia, que assistiu a essa festa de confraternização.

— O Chefe do Estado inaugurou mais um pavilhão do Instituto Português de Oncologia.

— O curso do III ano médico de Coimbra prestou homenagem ao sr. Prof. dr. António Nunes da Costa, inaugurando no seu gabinete da enfermaria que dirige nos Hospitais da Universidade, um grupo fotográfico do curso no qual figura o homenageado. Fazendo o seu elogio, uzaram da palavra o estudante Miranda Ramos Lopes e, em nome dos médicos assistentes dos Hospitais da Universidade associou-se a esta homenagem o sr. dr. Fausto Pimentel.

Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, o sr. dr. João dos Santos Jacob, inspector de saúde aposentado; o sr. António da Silva Braga, pai da esposa do médico sr. dr. José de Araújo Franqueira; em Fontes, Santa Marta de Penaguião, o sr. dr. Manuel Mesquita Portugal, que foi director do Hospital de Lourenço Marques; na Figueira da Foz, o sr. dr. Frederico Nogueira de Carvalho, que durante 50 anos dirigiu o Hospital da Misericórdia daquela cidade; em Lisboa, o sr. dr. Manuel da Mota Pena de Amoreira Ferreira Cardoso, que na Grande Guerra foi o primeiro médico citado em campanha por bons serviços, e o sr. Anibal Ferreira de Melo, visconde de Montargil pai do sr. dr. Elisio de Melo e irmão do sr. dr. Cesar de Melo, médicos; em Vila Real, a sr.^a D. Adelaide de Ramos Felix, avó do sr. dr. Albertino da Costa Junior, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra; na Murtosa, o sr. dr. Ernesto Marques Carrão, médico municipal; em Águeda, o sr. dr. Manuel Rezende Elvas, irmão do sr. dr. António Rezende Elvas, médico em Lisboa.

A bordo do vapor «Cubango» faleceu durante a viagem para Lisboa, o sr. dr. Luís Machado de Sousa Junior, médico em Luanda.



Livros médicos à venda na

Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

BARRIOS — <i>Kala-Azar Infantil</i> . 1 vol. 110 págs. (E.M.)	70\$00
BERTRAM — <i>Diabetes. Guia para médicos e estudantes</i> . 2. ^a edição completamente remodelada, com 17 figuras e 9 tabelas	40\$00
CAMPO — <i>Accidentes Graves en Patologia Digestiva</i> . 1 vol. 144 págs. (E.M.)	70\$00
CASADEVANTE — <i>Los Inyectables en Farmacia. Normas practicas para su elaboración</i> . 1 vol. 132 págs. (E.M.)	70\$00
ELEIZEGUI — <i>Tratamientos Hidrominerales en Pediatria</i> . 1 vol. 120 págs. (EM)	70\$00
GUASCH — <i>Paludismo, Kala-Azar, Fiebre Recurrente</i> . 1 volume 475 páginas (S)	144\$00
JUARROS — <i>Determinación de la Edad Mental. Los métodos de Binet, Rossolino y Pintner</i> . 1 vol. 175 págs., 109 figs. (E.M.)	80\$00
KAISER — <i>Manuel de Otorrino-laringologia</i> . 1 vol. 223 págs, com 74 figuras (E.M.)	135\$00
MARION — <i>Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'urètre</i> . 1 vol. 212 págs. 154 figs. (M)	70\$00
MARTINEZ BRUNA — <i>La Microbiologia al servicio del medico practico</i> . 1 vol. 172 págs., 46 figs. (E.M.)	70\$00
PLANELL — <i>Carrera de Matrona, pelo Prof. Auxiliar de Obstetricia e Prof. da Escola de Enfermeiras na Faculdade de Medicina de Barcelona</i> . 1 vol. encad., 270 págs, 4. ^a edição	105\$00
TOMÉ BONA — <i>Dermatologia del Trabajo</i> . 1 vol. 215 págs. (E.M.)	80\$00
VALLEJO — <i>Alimentación y Síndromas Carenciales</i> . 1 vol. 142 págs. (E.M.)	70\$00
ZENKER — <i>Traitement de la névralgie du Trijumeau. Technique et résultats de l'électro-coagulation du ganglion de Gasser d'après la méthode de Kirschner</i> . 1 vol. 108 págs., 45 figs. (M)	50\$00

Livros médicos à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

BERGMANN — <i>Tratado de Medicina Interna</i> Tomo I, Primeira e Segunda partes. <i>Enfermidades Infecciosas</i> . 2 vol., 1.341 págs., 395 figs. en negro y color.	410\$00
BOFILL e diversos — <i>Innovaciones en diagnóstico y terapeutica</i> . 1 vol., 375 págs., ilustrado (M. S.)	99\$00
CARALPS — <i>Los Quistos Hidatidicos del pulmón y de la pleura</i> . 1 vol., 65 págs., 20 figs. (M. S.)	51\$00
CARCELLER — <i>Medicina y Moral. Los problemas de la sexualidad</i> . 1 vol., 95 págs., (A.A. M.)	30\$00
CATELLO DE LUCAS — <i>Folklore Médico-Religioso. Haciografias Paramedicinas</i> . 1 vol., 159 págs.	75\$00
DIOGO FURTADO — <i>Vitaminas e Neuroavitaminoses. Relações biológicas. Quadros clínicos. Resultados terapêuticos</i> . 1 vol. 162 págs. (P)	30\$00
ESTELLA — <i>Manual de Anestesia Quirurgica</i> . 1 vol., 320 págs., 159 fig.	200\$00
GOMES DE ARAUJO — <i>Os Reumatismos nos seus aspectos clinico, social e médico legal</i> . 1 vol., 281 págs. com 14 figs. Prefácio do Prof. A. DA ROCHA BRITO	35\$00
HERTEL — <i>Láminas pseudo-isocromáticas de Stilling para el examen del sentido cromático</i> . 1 vol. encad. (L)	115\$00
JIMENEZ DIAZ — <i>Lecciones de Patologia Médica</i> . 4 volumes esplendidamente encadernados com 3.895 páginas e 999 gravuras. Facilitamos o pagamento na aquisição desta esplêndida obra que nunca é demais recomendar aos Ex. ^{mos} Clínicos.	1.395\$00
LARREGLA — <i>La Inmunoterapias Autógenas</i> . 1 vol., 102 págs., ilustrado. (M. S.)	51\$00
LLUSIÁ — <i>Endocrinologia de la Mujer</i> . Prólogo del Profesor GREGÓRIO MARAÑÓN. 1 vol., 340 págs., 71 figs.	140\$00
MARTIUS — <i>Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatomico topográficos</i> . 1 vol. 402 págs., 387 figs., encadernado (L)	210\$00
MONTEIRO PEREIRA — <i>As Vitaminas (Novas esperanças da medicina)</i> . 1 vol., 181 págs., 8 figs.	10\$00
POLICARD et GALY — <i>La Plèvre. Mécanismes normaux et Pathologiques</i> . 1 vol., 128 págs., 20 figs.	54\$00
PORT-EULER — <i>Tratado de Odontologia</i> . 1 vol., 858 págs., 846 figs. encadernado (L)	283\$00
PROF. ROCHA BRITO — <i>Coração e Foot-Ball</i> . 1 vol., 54 págs.	5\$00
SCHNEIDER — <i>Las Personalidades Psicopáticas</i> . 1 vol., 151 págs. (E. M.)	75\$00
SIMÓN & REDEKER — <i>Manual Práctico de Tuberculosis Infantil</i> . 1 vol., 785 págs., 412 figs. Segunda edición (E. M.)	420\$00
TODD Y SANFORD — <i>Diagnóstico clínico por el Laboratorio</i> , 1 vol., 837 págs., 323 figs.	225\$00
WILSON — <i>História da Medicina</i> . 1 vol., 135 págs., 16 fig.	10\$00