

ULISSES DA SILVA CANIJO

SARCOMA DO MESENTÉRIO

MONOGRAFIA CLINICA

(Serviço da 2.^a Clinica Médica)

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

DEZEMBRO DE 1923

— Composto e impresso —
na Sociedade de Papelaria, L.^{da}
Rua da Boavista, 321 — PORTO

SARCOMA DO MESENERIO

Faculdade de Medicina do Pôrto

N.º 174

SARCOMA DO MESENTÉRIO

MONOGRAFIA CLINICA

(Serviço da 2.^a Clínica Médica)

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Pôrto
por

Ulisses da Silva Canijo

DEZEMBRO DE 1923

— Composto e impresso —
na Sociedade de Papelaria, L.^{da}
Rua da Boavista, 321 — PORTO

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.

SECRETÁRIO

Dr. António de Almeida Garrett.

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

Anatomia descritiva. . . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e Embriologia .	Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia geral e especial .	Vaga.
Farmacologia	Vaga.
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior.
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.
Medicina legal	Dr. Manoel Lourenço Gomes.
Anatomia topográfica e medicina operatória	Vaga.
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirúrgica.	Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstétrica	Vaga.
História da medicina e Deontologia.	Vaga.
Dermatologia e sifilografia .	Dr. Luis de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Dr. António de Sousa de Magalhães e Lemos.
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett.

Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias.

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do Regulamento
Privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.

À SAUDOSA MEMÓRIA DE

MINHA MÃE

A MEU PAI

Á MINHA FAMÍLIA

—

AOS MEUS AMIGOS

Ao meu ilustre presidente de tese

Ex.^{mo} Snr. Dr. Tiago Augusto de Almeida

Com muita gratidão e respeito

No ano lectivo de 1922-1923 appareceu no serviço de Clinica Médica um caso de sarcoma do mesentério.

Dada a raridade de casos semelhantes, resolvi aproveitá-lo como têma da dissertação, que sou obrigado a apresentar no fim do meu curso, para legalmente poder exercer a profissão a que me dedico.

O trabalho que consegui escrever é pequeno e o seu valor ainda é menor, mas as fôrças de que disponho não são suficientes para obra de maior envergadura.

*

*

*

Não posso deixar de exarar aqui o meu profundo reconhecimento para com o Snr.

Prof. Tiago de Almeida, que, com os seus conselhos e os seus ensinamentos, tornou possível esta dissertação.

Ao meu amigo, condiscípulo e companheiro de estudo, Dr. Luciano Aresta Branco, que, na sua qualidade de 2.º Assistente de Anatomia Patológica, me facultou os meios necessários para elaborar a terceira parte desta monografia, num abraço de despedida de três anos de boa camaradagem, vai a minha gratidão.

Duas palavras sôbre tumores
do mesentério

A primeira notícia conhecida de tumores do mesentério remonta a 1507. Esta notícia refere-se a uma massa tumoral, que o florentino Benivieni encontrou nas suas investigações anatómicas.

Depois desta descoberta, ha um intervalo de mais de dois seculos de silêncio absoluto no estudo destes tumores, até que em 1760, Morgagni publicou um caso de lipoma.

Este anatomista italiano poz em relêvo, nessa ocasião, as metastases nos ganglios mesentéricos dos tumores dos testiculos.

Em 1803, Portal fez a primeira classificação de tumores do mesentério e, para os de origem ganglionar, distinguu já nitidamente os primitivos dos secundarios.

Todos estes trabalhos foram, em geral, resultado de descobertas necrópsicas, e podemos dizer que o estudo anatómico e clínico dos tumores do mesentério se iniciou com as memórias de Pean (1880), em que êste

cirurgião francês descreve vários casos de neoplasias daquela prega peritoneal.

Depois desta data, são muito numerosos os estudos sôbre o mesmo assunto e no que mais particularmente nos interessa — tumores malignos do mesentério — citamos os nomes de Cartolari (1910), Chavannaz e Guyot (1913), de entre tantos que teem dedicado os labores da sua intelligência e dirigido a sua observação para êste limitado ramo da patologia.

Costumam dividir-se os tumores do mesentério em:

Líquidos . . .	{ Raros
	{ Frequentes
Sólidos	{ Benignos
	{ Malignos

Não temos a pretensão de entrar aqui no estudo detalhado dos diversos grupos e sub-grupos de tumores que acabamos de enumerar, pois apenas desejamos fazer algumas considerações muito gerais sôbre os sólidos malignos.

Mas, seja-nos permitido dizer que, dos líquidos, os mais frequentes são os quistos serosos e quilosos e, na categoria dos raros, nós agrupamos os quistos hidáticos e hemáticos.

Dos tumores sólidos benignos teem sido encontrados no mesentério, lipomas, fibromas e mixomas.

Os tumores malignos do mesentério podem ser primitivos e secundários.

Os secundários são resultado do desenvolvimento, naquela prega peritoneal, de metastases de tumores primitivos de localização mais ou menos afastada.

Estes tumores secundários não teem para nós qualquer valor clínico, porque são em geral mascarados pelo predomínio da sintomatologia cancerosa do tumor primitivo que lhes deu origem e porque, correspondendo á fase de generalização neoplásica, a cirurgia já não pode ser eficaz no tratamento do mal.

Os primitivos são aqueles que teem a sua origem mesmo no mesentério.

O tipo dos tumores malignos do mesentério é o sarcoma, tendo sido esta a forma mais vezes observada.

As outras formas, de que ha observações publicadas, são linfomas e linfadenomas e até algumas formas mistas, como fibro-sarcomas, lipo-sarcomas, etc.

Os sarcomas são tumores desenvolvidos á custa do tecido conjuntivo.

São, em geral, constituídos só por células

e, consoante estas células são fusiformes ou redondas, assim temos dois tipos diferentes: sarcomas fuso-celulares e globo-celulares.

A forma sarcomatosa mais vezes observada no mesentério é a globo-celular.

Na terceira parte deste pequeno trabalho referir-nos-hemos com detalhe á histologia do nosso caso.

Os sarcomas são tumores que, ao contrário dos epiteliaes malignos, são mais próprios dos novos. Isto não é, nem pode ser, uma regra absoluta, porquanto ha casos de sarcomas em velhos, assim como de tumores epiteliaes em crianças.

Mas estes casos são excepcionaes e aquella regra conserva ainda um certo valor clínico.

As neoplasias, de que vimos tratando, são ainda caracterizadas por um desenvolvimento muito rápido, por originarem uma profunda e precoce caquexia e por criarem numerosas aderências.

Nestas formas tumorais a generalização linfática é excepcional.

As metastases fazem-se em geral por via sanguínea e notadamente por via venosa.

Daqui resulta que as metastases, obedecendo ao sentido da corrente sanguínea,

se vão enxertar de preferência no fígado e nos pulmões.

Os sarcomas do mesentério são muito raros.

Para comprovar esta afirmação, basta dizer que Cartolari tendo reunido, durante um período de 25 anos, o número global de 1177 tumores malignos, só encontrou entre tantos um sarcoma do mesentério.

Podemos também citar a estatística de Isaia, que, para nós, ainda é mais elucidativa do que a de Cartolari, pois em 167 sarcomas que juntou durante 18 anos, só dois eram do mesentério.

Chavannaz e Guyot, no seu trabalho sobre este assunto, de 1913, referem-se aos 15 casos citados por Cartolari e juntam-lhes os de Begouin (1910), Garkisch (1910) e Smirnoff (1911).

Nós, nas numerosas revistas que consultámos, de 1913 até hoje, só encontramos citados mais os seguintes casos:

Chomsky (1913)—Sarcoma fuso-celular do mesentério com invasão intestinal. Ablação da neoplasia com ressecção da parte interessada do intestino. Cura.

Guaccero (1919)—Sarcoma globo-celular de pequenas células. Ablação do tumor. Cura.

Lanos (1923) — Fibro-sarcoma fasciculado de células fusiformes. Ablação. Cura.

Além destes, conhecemos ainda um caso que o Prof. Dr. Teixeira Bastos teve na sua clínica particular durante o ano lectivo 1922-1923. O diagnóstico deste sarcoma foi confirmado por uma laparotomia exploradora e pelo exame histo-patológico.

Este caso era já inoperável.

O tratamento destes tumores consiste na sua ablação total.

E, para que a cirurgia possa ser eficaz, é necessário que o tumor se encontre ainda na fase de localização, donde se conclue que a eficácia do tratamento é função da precocidade do diagnóstico.

Para terminar estas ligeiras notas sobre sarcomas do mesentério, vamos dizer o resultado de todos os casos que conhecemos. Os 15 casos de Cartolari foram operados, tendo havido 8 curas.

Os restantes foram todos curados, com excepção do caso do Prof. Teixeira Bastos e do nosso. Nos casos que conhecemos há pois uma taxa de mortalidade de 39 %.

E', sem dúvida, muito elevada ainda esta taxa, mas é de esperar que diminua pelo conhecimento mais exacto que se vai tendo destas formas nosológicas.

Observação da doente

B. M., de 24 anos de idade, solteira, natural do concelho de Guimarães, entrou para o Hospital Geral de S.^{to} António, do Pôrto, no dia 22 de Julho de 1922.

Em 20 de Novembro, do mesmo ano, foi por nós examinada, numa das enfermarias de Clinica Médica, apresentando a symptomatologia que passamos a descrever.

Estado actual. — B. M. queixa-se de ligeiras dôres no abódmén, onde diz ter uma massa de neo-formação.

Acusa tambem uma profunda astenia, suores nocturnos não muito abundantes e anorexia.

Esta doente é de pequena estatura (1^m,38) e encontra-se num estado extremo de emaciação, tanto muscular como adiposa (27 quilos).

A par desta emaciação, apresenta uma palidez acentuada da pele e das mucosas, e ainda, nos sintomas de ordem geral, é pre-

ciso notar a irregularidade, a atipia da sua curva térmica, onde há temperaturas febris não muito elevadas, pois raras vezes ultrapassa a linha dos 38°, mas que nem de longe nem de perto faz pensar em qualquer afecção conhecida.

Teve, e ainda tem, pequenos edêmas na face e nas extremidades distais dos membros inferiores.

Estes edêmas, com a palidez da pele e das mucosas, levam-nos a concluir que são o resultado de alterações discrásicas.

Mais três factos de ordem geral é preciso mencionar, que, embora não sejam dependentes da sua actual doença, nos elucidam sôbre o modo de ser orgânico da doente. Esses três factos são: a pequenez já referida da sua estatura, o mínimo desenvolvimento dos seus seios e a ausência absoluta de pêlos nas regiões púbica e axilares.

O seu aparelho cárdio-vascular traduz bem o grau de astenia em que a doente se encontra, dando sómente sinais de hipofunção; enfraquecimento notável dos ruídos cardíacos em todos os focos de auscultação, pulso taquicárdico (102 pulsações por minuto), pequeno, e acentuadas hipotensões máxima e mínima (Pachon. $TM = 9,5$, $Tm = 5,5$).

No aparelho respiratório apenas ha de anormal uma leve rudeza do murmúrio vesicular no vértice do pulmão esquerdo.

Vejamos agora a sua sintomatologia abdominal.

O ventre apresenta-se á inspecção nitidamente dividido ao nivel do umbigo em duas zonas: uma superior escavada, a outra inferior abaúlada.

Na região abaúlada, a palpação faz notar a existência de uma massa anormal, volumosa, lobulada, dura e imóvel, estendendo-se desde a parte inferior do abdómen até ao umbigo.

A imobilidade desta massa é devida, não sómente ao seu grande volume, mas tambem ás aderências que a fixam á parede abdominal, o que verificamos pela impossibilidade de fazer deslizar esta sôbre a tumefacção.

Como atrás deixamos dito, a doente acusa ligeiras dôres espontâneas no abdómen.

Estas dôres tornavam-se intensíssimas á palpação, pelo que esta teve de ser feita muito levemente.

A percussão sôbre a região inferior do abdómen dá massicez e na parte supra-

umbilical escavada, revela pelo contrário timpanismo.

O crescimento desta tumefacção é extraordinariamente rápido, pois nos dez dias que acompanhei o caso clínico que me serve de tese, aumentou aproximadamente dois centímetros, passando o seu limite superior para cima do umbigo.

A doente apresenta a lingua vermelha e brilhante nos bordos, e vem fazendo, de ha muito, dejeccções diarreicas (três por dia em média).

Do lado do figado e do baço, nada se apresenta de anormal.

Investigamos a sintomatologia nervosa, mas não encontramos sinais dignos de menção.

A análise das urinas desta doente, que apresenta uma oligúria acentuada, revela uma indicanúria notável e uma diminuição considerável e geral dos elementos de eliminação.

O sangue foi objecto de várias pesquisas, que deram o seguinte resultado:

- Glóbulos rubros por mm^3 —2.900.000
- Glóbulos brancos por mm^3 —6.300.
- Percentagem de hemoglobina—40 %.
- Indice antitripsico—100.

—Reacção de Wassermann—Absolutamente negativa.

—Reacção Weinberg—Negativa.

O exame bacteriológico das fezes, com o fim de investigar o bacilo de Koch, foi negativo.

Foi também sem resultado a cuti-reacção de Von Pirquet.

História da doença—O padecimento que fez internar a nossa doente começou ha cêrca de um ano por ligeiras dores abdominais, vômitos alimentares e borborigmas.

A estes sinais de início, succederam a breve trecho a anorexia e a amenorreia.

Estes fenómenos foram-se acentuando com o decorrer do tempo, e a doente, cada vez a ter menos fôrças, ia sentindo aumentar a sua emaciação e a sua palidez.

Mais tarde, a parte inferior do abdómen começou a aumentar de volume e neste crêscimento se tem conservado ininterruptamente. E' de notar não só a continuidade no desenvolvimento do volume do abdómen, mas também o da evolução geral da doença, que, como a doente declara, nunca apresentou uma remissão, uma paragem sequer.

Antecedentes pessoais. — Foi sempre saudável até ao início da doença de que se queixa agora.

Foi menstruada pela primeira vez aos 14 anos.

Antecedentes familiares. — Não os tem de interêsse para nós.

Diagnóstico. — Do quadro sintomático que a doente apresenta, sobressai a tumefacção abdominal, impondo se como causa do estado de miséria física em que B. M. se encontra actualmente e das perturbações funcionais que nós lhe observamos.

A situação desta tumefacção na parte infra-umbilical do abdómen e na região mediana desta cavidade, as ligeiras alterações digestivas que a doente apresenta, a amenorreia desde quasi o início da doença e ainda a pequena profundidade do tumor, que á palpação se revela sub-parietal, autorizam-nos a localizar esta massa de neoformação na prega mesentérica, tendo atingido o intestino, o epiploon e o ovário.

Mas isto não é sufficiente. E' necessário ainda que nós, servindo-nos do conjunto de sintomas que o exame da doente nos forneceu, determinemos qual a natureza da sua tumefacção.

O aspecto geral do caso lembra ao nosso espirito duas formas nosológicas, com a mesma localização e com uma sintomatologia por vezes tão semelhante, que pode originar erros de diagnóstico de graves consequências.

Essas duas afecções são a tuberculose nodular peritoneal e o tumor do mesentério.

Com efeito, a emaciação, a astenia, a palidez, os suores nocturnos e as temperaturas febris que a nossa doente apresenta, assim como a localização abdominal do padecimento, são sintomas que entram em geral no quadro da bacilose peritoneal.

E neste caso, se realmente se tratasse de uma tuberculose do peritoneu, a única forma que se podia coadunar com o volume da tumefacção era a forma nodular.

Mas, digâmo-lo já, não podemos aceitar como bom o diagnóstico de bacilose peritoneal, por quatro razões, que são:

1.^a—A tuberculose peritoneal dá em regra uma repercussão pleural e a nossa doente não apresenta tal repercussão.

2.^a—A tumefacção da nossa doente é dura, lisa e unida, e estes não são

os caracteres dos nódulos tuberculosos.

3.^a — A rapidez da evolução da doença não é habitual na bacilose nodular do peritoneu, que, antes pelo contrário, se caracteriza por uma marcha essencialmente lenta.

4.^a — A cuti-reacção de Von Pirquet foi negativa.

Esta negatividade não tem no caso presente grande valor semiótico, porque, como é sabido, o mesmo sucede em bacilosos de discrasia muito acentuada; mas, associada aos outros argumentos apontados, forma um conjunto que nos permite sem hesitar pôr de parte o diagnóstico de tuberculose. Resta-nos admitir a hipótese de um tumor do mesentério.

E na verdade, a tumefacção da nossa doente está bem dentro da definição clássica de um tumor «massa circumscripta constituída por um tecido de nova formação, resultante de uma hiper-actividade celular anormal e com tendência a persistir e a aumentar».

Admitido o diagnóstico de tumor, vemos-nos forçados, pela sua dureza e lobulação, e ainda por não dar a sensação de

flutuação, a colocá-lo na categoria dos tumores sólidos do mesentério.

Como na primeira parte deste pequeno trabalho dizemos, os tumores sólidos do mesentério dividem-se em benignos e malignos.

No nosso caso, a malignidade do tumor é bem manifesta pelo grande depauperamento físico da doente, com todos os caracteres de uma caquexia cancerosa, que aliás é confirmada pela elevação enorme do índice antitriptico, e pelo crescimento rápido da massa neoplásica.

A generalização, que é um sinal importante da malignidade de um tumor, não foi possível encontrá-la na nossa doente. Êste facto apenas significa que êste cancro está ainda na fase de localização.

Sabemos bem que só o exame histopatológico nos pode dar a certeza sobre a constituição de um tumor; mas sabemos também que ha sinais clínicos, que muitas vezes nos permitem, com muitas probabilidades de acertar, dizer, antes daquelle exame, qual a natureza histo-patológica de uma neoplasia.

E no nosso caso, as suas grandes dimensões, a evolução rápida, a continuidade no

agravamento da doença e no crescimento da massa tumoral, a existência de numerosas aderências que não permitem á neoplasia o mais pequeno movimento e ainda até certo ponto a localização do mal e a idade da doente, fazem-nos pensar num tumor de origem conjuntiva, num caso de sarcomatose.

Finalmente, baseados em todas as considerações expostas, julgâmo-nos habilitados a fazer o diagnóstico de um sarcoma do mesentério.

Tratamento — Se não fôsse o estado avançado da caquexia em que a doente se encontra, a relação íntima do tumor com vários órgãos, o seu volume enorme e as inúmeras aderências que apresenta, podia-se tentar salvar a doente por meio de uma larga intervenção cirúrgica.

No estado actual da doente não se pode praticar tal intervenção e a morte será certa por caquexia progressiva, se antes não surgir qualquer intercorrência que abrevie os seus dias.

Anatomia patológica do caso

A nossa doente faleceu na noite de 30 de Novembro para 1 de Dezembro de 1922.

O seu cadáver foi por nós autopsiado em 2 de Dezembro, na presença dos Snrs. Profs. Tiago de Almeida e Lourenço Gomes.

Vamos expôr muito resumidamente o resultado dessa

AUTÓPSIA

Hábito externo:

Emaciação notável.

Edema dos membros inferiores.

Hábito interno:

Tórax. — Aberta a cavidade torácica, tivemos que desfazer numerosas aderências que ligavam os dois folhetos pleurais, para procedermos á extracção dos pulmões.

Estas aderências existiam de ambos os lados, mas eram mais numerosas á esquerda.

O exame dos pulmões apenas revelou uma intensa anemia.

Na cavidade pericárdica havia líquido citrino em quantidade um pouco superior á normal.

Abdómen. — Foi necessário destruir numerosas aderências que havia á sua parede anterior, para podermos penetrar nesta cavidade.

Aí chegados, patenteou-se-nos uma grande massa tumoral, implantada no mesentério e como que enquadrada pelas ansas intestinais.

Esta massa continuava-se em baixo com os ossos da bacia, a que estava fortemente aderente. Apresentava tambem aderências com os ligamentos largos e com os ovários.

Para cima, o tumor estendia-se até um pouco abaixo do diafragma.

Os ovários, ainda que aderentes ao tumor, não estavam interessados no processo neoplásico.

O epiploon já o estava na sua metade inferior.

Os órgãos a que não fazemos referência

especial, não apresentavam lesões dignas de menção, além de uma intensa anemia.

Exame macroscópico da neoplasia. — Extraímos o tumor juntamente com quasi todo o intestino delgado, porque este já estava em grande parte interessado no processo tumoral. O tumor era ligeiramente oval e media no seu grande eixo, o vertical, aproximadamente 22 centímetros e no pequeno, o transversal 16.

A sua superfície era lisa e de côr branco-nacarada.

No tumor, após ter sofrido um processo de degenerescência ao nível da metade esquerda do seu bordo inferior e um pouco sobre o bordo esquerdo, formou-se uma cavidade ampular, que nas suas extremidades se continuava com o intestino.

Na fig. 1 vêem-se nitidamente as paredes irregulares desta cavidade continuarem-se com a mucosa intestinal.

Nos côrtes feitos na face posterior do tumor, como mostra a fig. 2, reconhecemos que em certos pontos existiam já outros pequenos focos de degenerescência, que se revelavam por uma côr cinzento-amarelada, contrastando com a branco-nacarada da massa tumoral.



Figura 1



Figura 2

Aos córtex ainda, avaliamos a consistência do tumor, que era apreciável, ao mesmo tempo que deles viamos surgir o suco leitoso que é próprio das neoplasias sarcomatosas.

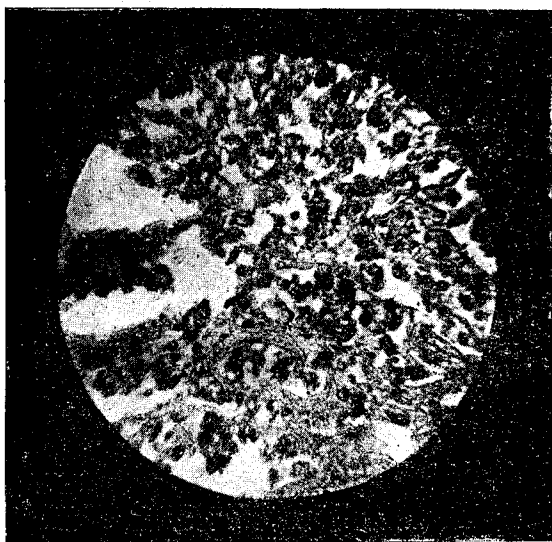


Figura 3

Exame microscópico— O termo sarcoma significa uma massa tumoral de consistência semelhante á da carne.

Tal denominação nada diz sôbre a constituição histológica do tumor, ao contrário de outras neoplasias cujo nome, só por si, nos elucida um pouco sôbre a sua natureza, tais como fibromas, epitelomas, etc.

Como já tivemos ocasião de dizer, reserva-se o termo sarcoma para os tumores constituídos á custa das formas mais simples dos tecidos conjuntivos e vâsculo-conjuntivos.

O sarcoma do nosso caso pertence aos denominados globo-celulares.

Na verdade, as preparações que nós examinamos e duma das quais tiramos a microfotografia junta (fig. 3), mostraram-nos que o tumor era formado de pequenas células redondas, de grande núcleo e que apresentava uma textura alveolar.

Nas mesmas preparações notamos, aqui e além, um intenso processo degenerativo.

CONCLUSÕES

1.^a — Os tumores malignos do mesentério são muito raros.

2.^a — Dentre estes, o sarcoma ocupa o primeiro lugar.

3.^a — O desenvolvimento da sarcomatose peritoneal é muito rápido.

4.^a — A sua única terapêutica reside numa intervenção cirúrgica precoce, como precoce deve ser o diagnóstico.

5.^a — A prognose destas neoplasias, quando não operadas ou sujeitas a uma intervenção tardia, é sempre fatal.

Visto
Thiago d'Almeida.

Pode imprimir-se
Lopes Martins.

BIBLIOGRAFIA

E. FORGUE — *Précis de Pathologie Externe* — Paris, 1922.

A. GILBERT ET L. THOINOT — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique* — vol. XVIII — *Maladies du Péritoine*, par E. Dupré et P. Ribierre — Paris, 1909.

A. LE DENTU ET PIERRE DELBET — *Nouveau Traité de Chirurgie* — vol. XXVI — *Maladies du Pancréas, de la Rate et du Mésentère*, par G. Chavannaz et J. Guyot — Paris, 1913.

Journal de Chirurgie — 1913.

La presse médicale — 1919 e 1923.

Il policlinico — 1913 e 1917.

CORNIL ET RANVIER — *Manuel d'Histologie Pathologique*.

LUIGI ASCHOFF — *Anatomia Patológica*.
