

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVII

JANEIRO DE 1938

N. 1

Publicação mensal

2361

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1938

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMIO

Doc. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Doc. de Anatomia, Obstetricia
e Cirurgia

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADÍ HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
ANES DIAS
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
J. MAIA FAILACE
AMERICO VALERIO
ALVARO B. FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO G. VALENTIM

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
VALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
JACÍ MONTEIRO
J. L. T. FLÔRES SOARES
NINO MARSIAJ
CARLOS CARRION
J. LISBÔA DE AZEVEDO
C. LUPI DUARTE
LUIS S. BARATA

GERENTE: ALMANZOR ALVES

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:
RUA GENERAL CAMARA, 261
Caixa postal, 872



Sumario

Trabalhos originais

FRANCISCO MARQUES PEREIRA — Considerações histológicas relativas ás glandulas endócrinas	Pág. 3
ANTONIO LOUZADA — Sobre o valor da formula leucocitaria absoluta ..	11

Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina	21
-----------------------------	----

Noticiário

Noticiário	25
------------------	----

Notas Terapeuticas

Notas Terapeuticas	31
--------------------------	----

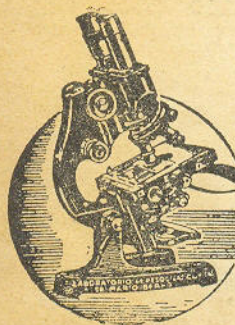
Boletim da Secção de Cirurgia da Sociedade de Medicina

Bol. de Cirurgia	34
------------------------	----

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS

amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo
Via intramuscular ou endovenosa



Laboratório de Pesquisas Clínicas

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305

ALTOS DA LIVR. AMERICANA

F. M. P. A.

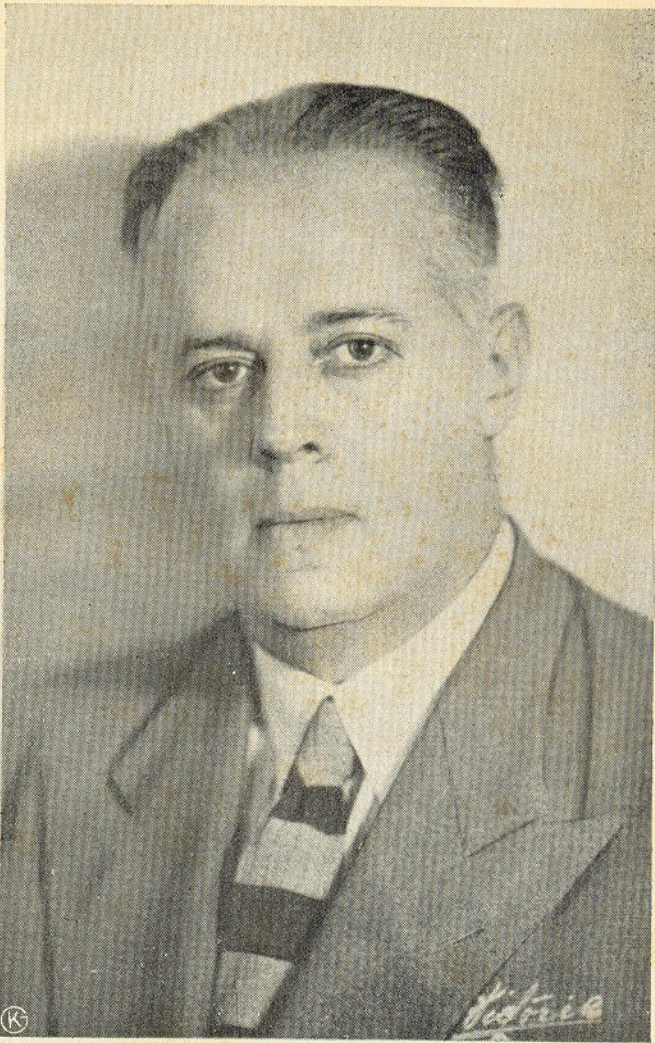
BIBLIOTECA

Reg. n.º 2510

Em 13/5/61

TELEFONE 6596

Serviço Noturno, Tel. 5188



Dr. Florencio Ygartua

Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Considerações histológicas relativas ás glandulas endócrinas.

Dr. Francisco Marques Pereira
Docente de Histologia

GLANDULA MEDULO SUPRA-RENAL E SISTEMA ADRENALINÓGENO

Dada a grande importancia que as glandulas de secreção interna imprimiram á Medicina e muito principalmente ás cogitações scientificas da atualidade, tivemos a idéia de escolher este assunto para fazer parte do programa de palestras que a Sociedade dos Docentes livres óra realiza nesta Faculdade.

Varias têm sido as conferencias realizadas por ilustres Professores desta Faculdade a respeito das glandulas endócrinas; porém as suas dissertações têm versado sobre a fisiologia, sobre as relações destas com o sistema nervoso e finalmente acerca da sua patologia.

Assim animei-me a trazer-vos hoje os dados histologicos relativos a uma das glandulas de secreção interna que de muito já vêm sendo estudada e que só em 1932 foi que se teve a concepção mais complexa da sua finalidade e da sua sinergia com as demais glandulas no equilibrio vital.

Sob este titulo que agora apresento aos meus caros colegas tenciono realizar para o futuro outras palestras com o fim especulativo de recordar os dados de anatomia microscopica indispensaveis aos estudiosos que se dedicam a estes assuntos.

A histologia moderna, tão bem traçada por Policard na sua orientação histo-fisiologica, veiu de um certo modo interessar áquelles que não se dedicando a estes assuntos, necessitam entretanto, do seu conhecimento para compreensão, para o porque dos fatos que se observam no organismo, no seu funcionamento de cada instante e para deste concluirmos o limite entre o normal e o patologico.

Antes de abordarmos o assunto da capsula supra-renal, queremos si bem que em linhas gerais, dizer-vos alguma coisa acerca da sua definição e prestar ao mesmo tempo uma homenagem aos sabios que com tanto carinho vêm desde o século passado interessando-se e dedicando quasi toda uma existencia ás suas geniais orientações de pesquisadores, no sentido de desvendar essa maravilhosa obra do Creador, a qual segundo as conclusões mais modernas, rege o equilibrio da vida (mocidade e velhice).

A éra das secreções internas iniciou-se com Claude Bernard em 1855, quando este fisiologista mostrou que o fígado tinha a seu cargo a função glicogenica.

Em 1899, Brown Séquard, tendo por orientação as investigações de Claude Bernard, estabelecia de uma maneira inabalavel a doutrina das secreções internas, provando que estas substancias iam atuar com eletividade nos diversos departamentos do organismo, si bem que estivessem em zonas longinhas do seu ponto de origem.

Desta época para cá, multiplicaram-se os investigadores no sentido das pesquisas endocrinológicas; assim surgiram vultos que encabeçam o historico das glandulas de secreção interna em particular. — Podemos citar, para não mais nos determos num assunto sobre que tanto poderíamos dizer, os nomes de Baumann, Kendall em relação á tireoide; de Sandstrom e Gley, nas paratireoides; de Kohn, na medula supra-renal e Hartman, Swingle e Pfiffner, Scott e Bradford, modernamente no cortico suprarenal; Langerhans, Laguesse, Banting e Best no pancreas (ilhas de Langerhans e insulina).

Em histo-fisiologia diz-se que uma celula é glandular quando ela apresenta um metabolismo ativo, quando deixa passar para o exterior, as substancias elaboradas no seu seio e os detritos do seu metabolismo.

Assim, conforme a organização da glandula, apresentar ou não, condutos excretorios, ela recebe a denominação de glandula de secreção externa ou exócrina e de glandula de secreção interna ou endócrina.

Neste caso podemos dizer que glandula de secreção interna é a que lança diretamente no sangue o produto de sua secreção e que se acha orientada anatomicamente no sentido dos vasos. — Esta definição tornou-se universal e sómente com os estudos recentemente realizados, que nada mais fizeram do que confirmar a concepção de Masson no sentido de que as glandulas endócrinas pódem tambem derramar o produto de sua elaboração não só no sangue, mas no tecido nervoso.

Com esta hipotese creou-se a noção de glandulas neurócrinas. — A estas considerações ajuntou-se o estudo do complexo hipofiso-pituitario, trazendo assim mais uma documentação ao que acabamos de dizer.

Aproveitando as definições anteriores, podemos dizer que glandula de secreção interna é a que, orientada anatomicamente em relação aos vasos, lança no sangue e no tecido nervoso, uma substancia quimicamente definida.

Esta substancia elaborada pela glandula com ação no metabolismo vital que póde ser revelada no sangue venoso, recebeu o nome de hormonio, para se opôr ás denominações de increta ou excreta das glandulas de secreção externa.

Para que as glandulas endócrinas sejam consideradas como tais, cumpre, apresentem condições especiais que as distingam das demais glandulas do organismo.

Estas condições devem ser consideradas sob o triplice ponto de vista, histologico, quimico e fisiologico.

Podemos dizer que as glandulas de secreção interna necessitam apresentar caratères morfologicas que lhes sejam comuns e essenciais. Estes sinais carateristicos podem reduzir-se a tres:

1.º — Ausencia de canais excretorios, razão pela qual foram designadas antigamente com o nome de GLANDULAS FECHADAS.

2.º — Exuberante rêde vascular, donde outróra tambem as denominaram de GLANDULAS VASCULARES SANGUINEAS.

3.º — Arcabouço histologico proprio.

Como vimos, as glandulas endócerinas são desprovidas de condutos excretorios.

A glandula serve-se simultaneamente da sua rica rêde vascular para dela haurir as substancias que lhe são nutritivas (papel trofico) e ao mesmo tempo derramar nessa mesma rêde o produto de seus desdobramentos, da sua atividade endo-celular, o hormonio.

Em alguns casos, ela se aproveita igualmente do tecido nervoso, tanto para o seu papel trofico, como para depositario e disseminador do hormonio.

Consideradas sob o ponto de vista histologico, podemos condicionar a sua arquitetura á tres tipos diferentes:

I — O tipo reticulado.

II — O tipo vesicular.

III — O tipo com celulas dispersas.

Para verificação de suas condições quimicas e fisiologicas, seria ideal si se pudesse isolar quimicamente no sangue venoso do orgão, os produtos que desempenham uma ação fisiologica especifica.

Infelizmente não se pode ainda de uma maneira correta proceder a esta analise e para se estudar a maior parte das glandulas de secreção interna não foi possivel adotar o processo chamado direto que é aquele sobre que acabamos de falar, mas sim os processos de investigações endocrinológicas.

Estes processos indiretos consistem na extirpação de uma determinada glandula e na observação das desordens desencadeadas, que realizam sindromos carateristicos que se fazem cessar com a administração regular do extrato do orgão, do enxerto ou da transplantação.

Sob o ponto de vista da significação fisiologica dos produtos de secreção, Gley classificou-os da seguinte maneira:

I — Substancias nutritivas: glicose, secretada pelo figado.

II — Substancias reguladoras dos processos quimicos ou de funções, chamadas ainda, hormazonios.

Entre elas é preciso distinguir:

a) substancias de ação quimica morfogenica, tais como os produtos secretados pelo ovario, testiculos, tireoide e pituitaria.

b) substancias que servem ás trocas nutritivas, como a insulina elaborada pelas ilhotas de Langerhans.

III — Substancias que representam o papel de excitantes funcionais ou hormonios verdadeiros, de que um bom exemplo é a secretina elaborada na mucosa duodenal e que, passando para o sangue desencadeia a secreção pancreatica.

IV — Substancias que exercem ações frenadoras ou chalonios; o ovario elabora um chalonio que impede o desenvolvimento na femea de certos caratères morfologicos.

V — Substancias de dejeção destinadas a serem eliminadas, porém, que representam antes o papel de excitantes para certos órgãos: os parahormônios; assim a uréa dos tecidos é um diuretico; o acido carbonico é um excitante funcional do centro respiratorio.

E para terminarmos estas considerações de ordem geral que muito propositadamente achei conveniente ressaltar aqui, ainda quero dizer-vos que as glandulas de secreção interna podem formar seja órgãos individuais (tireoide e paratireoide); seja constelações destes. Observamos assim associação de duas glandulas endócrinas; como no caso da capsula supra-renal formada pela reunião da cortico-supra-renal á medulo-supra-renal; quer a associação de uma glandula endócrina com uma glandula exócrina, como no caso do pancreas; quer a associação de uma glandula endócrina com um órgão não glandular, como a glandula pituitaria e a hipofise ou ainda a glandula intersticial do testiculo e os tubos seminiferos.

Notamos ainda o caso especial do figado em que a mesma celula, a celula hepatica, desempenha as duas funções (interna e externa).

Quanto á origem embriologica das glandulas de secreção interna sob o ponto de vista das celulas secretantes, podemos dizer que as glandulas endócrinas provêm uma como os paraganglios e a pituitaria da ectoderme; o figado, o corpo tireoide, as paratireoides e as ilhotas de Langerhans da entoderme; a cortice supra-renal da mesoderme e ainda a glandula intersticial do testiculo tem a sua origem mesenquimatosa.

CAPSULAS SUPRA-RENAIS

As capsulas supra-renais ou glandulas supra-renais acham-se localizadas no polo superior do rim na parte mais alta do seu bordo concavo.

Sua importancia fisiologica é tão grande que si por processos patologicos ou experimentais se lhe operasse a destruição acarretariamos rapidamente a morte.

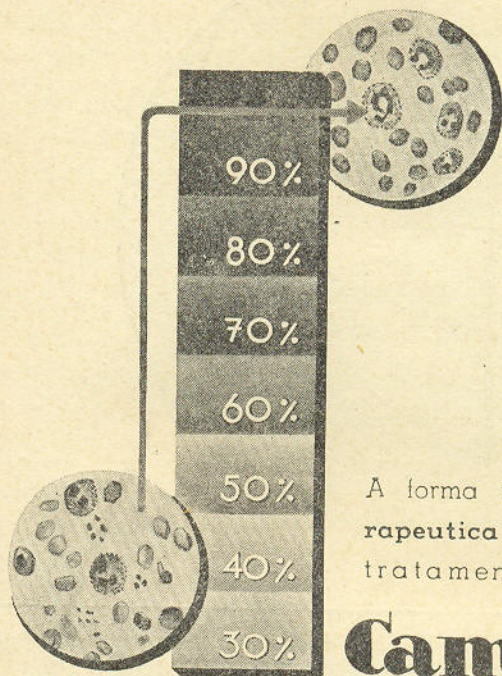
Aproveitando a expressão dos histologistas podemos dizer que a capsula supra-renal é constituída por dois órgãos, a glandula cortico-supra-renal que representa a parte cortical da capsula e a glandula medulo-supra-renal que constitúe a sua parte medular.

Estudando-se estas duas glandulas notamos que elas são perfeitamente distintas, sob o ponto de vista embriologico, histologico e fisiologico.

Dados embriologicos — Se procurarmos acompanhar o desenvolvimento embriologico da capsula supra-renal, veremos que ela tem um duplo ponto de origem conforme a porção considerada.

A parte cortical; a glandula cortico-supra-renal, nasce do epitelio coelomico, entre a raiz do mesenterio e a porção média do corpo de Wolff; e a porção medular, a glandula medulo-supra-renal acha-se intimamente ligada á evolução do sistema simpatico.

Para observar ainda mais de perto a evolução da supra-renal devemos olhar com atenção o desenvolvimento dos ganglios simpaticos.



A forma mais eficaz de te-
rapeutica pelo fígado é o
tratamento por injeções do

Campolón

que exerce uma rápida ação estimulante sobre os órgãos hematopoiéticos e sobre as células hepáticas. De ação segura na anemia perniciosa, anemias secundárias e **anemias palustres**, e além disto na asma brônquica, e intoxicação pelos raios X. Para ativação das células hepáticas antes e depois de narcoses prolongadas, nos tratamentos pelo arsênico ou pelo bismuto e em todos os casos em que a atividade hepática se encontre sobrecarregada.

Cincenta Annes

1888  1938

PRODUTOS
FARMACEUTICOS

EMBALAGENS ORIGINAIS:

Caixas com 5, 25 e 100 ampolas de 2 cc.

Caixas com 3 ampolas de 5 cc.

Vidros com 10 cc.

LABORATORIO PHARMACEUTICO INDUSTRIAL "CAMARGO MENDES S/A -
RUA FRANCISCO LEITÃO 48 - Caixa 3413 - S. Paulo

SOLITARIA

O extracto ethereo de feto macho associado ao chloroformio, constitue a base das

Capsulas
TENIFUGAS
DE
"Camargo Mendes"



IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRILLO E CHALMOGRILLO SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

Os ganglios simpaticos provêm do esboço dos ganglios raquidianos e são constituídos segundo Poll por celulas indiferenciadas a que deu o nome de simpaticogonias. — Essas celulas dirigem a sua evolução para dois pontos diferentes: numa das direções elas dão as celulas nervosas simpaticas; noutro sentido, os elementos parasimpaticos ou cromafins.

Após essa orientação já encontramos agrupamentos cromafins em numero igual aos ganglios simpaticos; porém esses tendem a se reduzir a proporção que se opera o desenvolvimento. Deslocando-se para a região lombar vai se formar um para-ganglio supra-renal que nada mais é do que um esboço da glandula medulo-supra-renal.

De inicio o arcabouço da supra-renal é constituído por celulas epiteliais dispostas irregularmente. Em um momento dado ele recebe um enchimento vasculo-conjuntivo dando assim o aspéto estrutural de glandula endócrina, do tipo reticulada. Prossegue o desenvolvimento e rapidamente se vai formando na periferia da glandula já constituída, um novo órgão que em breve tempo envolve por completo a parte medular. Desenvolvido sob a dependencia dos cordões de Wolff como já vimos a glandula cortico-supra-renal está em relação intima com as partes endócrinas das glandulas genitais (glandula folicular e corpo amarelo do ovario e glandula intersticial do testiculo).

Nos invertebrados inferiores as duas porções dessas glandulas (cortical e medular) acham-se inteiramente separadas (peixes); porém, á proporção que se sóbe na série zoologica verificamos que elas se aproximam (anfíbios e reptéis) e finalmente se juxtapõem e se fundem em um órgão unico nos passaros e mamíferos. Em face dessas noções embriologicas vemos quão aproximadas são as celulas cromafins das celulas nervosas simpaticas.

Observando-se córtes histologicos, vêremos que muitas celulas nervosas ganglionares encerram quantidades mais ou menos abundantes de granulações cromafins e tambem a verificação frequente de celulas nervosas do tipo simpatico em plena substancia da glandula medulo-supra-renal dos mamíferos.

Observação macroscopica — Praticando-se um cóрте sagital na capsula supra-renal, recentemente extraída, apresenta-se-nos sob um duplo aspéto que logo nos chama a atenção por causa da coloração pallida, é a cortical; a glandula cortico-supra-renal. A parte central com uma coloração mais clara, mais rosea e muitas vezes descontínua, constitue a medular; a glandula medulo-supra-renal. Em vista da juxta-posição dessas glandulas que constituem um unico órgão, sabido que sob o ponto de vista histo-fisiologico elas diferem por completo, cumpre descrevê-las separadamente, ficando para esta palestra apenas a descrição da medulo-supra-renal.

Observação microscopica — Observando-se um cóрте horizontal completo de supra-renal do homem, verificamos que ele se mostra sob a fórmula de **Y**. Entre os dois ramos do **Y**, verifica-se um cóрте de veia (a grande veia supra-renal). Nota-se, abraçando o cóрте, uma capsula fibrosa que envia divisões muito finas que, passando pela cortical, atin-gem a medular.

A camada cortical ocupa os ramos do **Y**, enquanto que a medular se encontra ao nível da encrezilhada dos referidos ramos.

Medulo-supra-renal — Essa glandula é constituída por celulas proprias denominadas celulas cromafins por causa de sua grande afinidade pelos sais de cromo. As celulas cromafins tambem são conhecidas sob o nome de celulas adrenalinógenas, pelo fato de serem elas, as elaboradoras da adrenalina.

As celulas cromafins dispõem-se em cordões unidos em rêde; orientam-se em redor dos capilares dando o aspeto de aneis. A celula cromafim apresenta-se, quer sob a fórma poliedrica, ou cilíndrica. Verificamos no seu interior um nucleo bem nitido, mitocondrias, muitas vezes difíceis de se corar, inclusões varias, granações lipoidicas, pigmentos e principalmente granações delicadas que se caracterizam pelas suas reações especificas (grãos cromafins), dando assim o nome á celula. Citemos de passagem as reações especificas da celula adrenalinógena. Devido a abundancia dos grãos acima descritos e ás suas reações especificas é que esta celula apresenta afinidade pelos sais de cromo.

Além disso, encontramos nesta mesma celula, a adrenalina que como corpo redutor apresenta tambem as suas reações especificas.

Varias foram as reações experimentadas com este objetivo, tornando-se clássicas as seguintes:

A reação cromafim de Henle (coloração parda pelos sais de cromo ou acido cromico). Deve-se realizar em peças de autopsias recentes.

A reação pelo pereloreto de ferro (Vulpian) que cõra de verde os elementos da medulo-supra-renal.

A reação do acido osmico (Mulon) que consiste na coloração negra da adrenalina e das granações. Esses processos podem ser utilizados toda a vez que se deseja caracterizar histologicamente o tecido adrenalinógeno.

Ao lado dessas celulas encontramos ainda tecido conjuntivo denso e rico de fibras elasticas. Este tecido pode servir de ponto de reparo quando se deseja destacar os limites da porção medular, bastando para isso praticar-se a coloração do elemento elastico. Verificam-se assim as relações histo-fisiologicas do estroma conjuntivo-elastico e da rêde vascular.

A medulo-supra-renal recebe de um lado, arterias proprias e por outro, os vasos da cortical. Os capilares são do tipo sinusóide. Notam-se linfaticos que parecem estar em relação com os capilares venosos. Ao lado desta organização estrutural observa-se ainda a presença de celulas simpaticas, óra isoladas, óra agrupadas que constituem pequenos ganglios munidos de nervos formadores de verdadeiros plexos que vão terminar ao nível dos vasos e das celulas secretoras.

A função da celula cromafim é, como já dissemos, elaborar a adrenalina. Qual o mecanismo exato da formação da adrenalina? Ainda não é conhecido, mas segundo as investigações parece estar ligado ás granações cromafins. Sabe-se que o papel do hormonio da medulo-supra-renal tem efeito tonico sobre a parede vascular, servindo de controle á pressão arterial. A precípua ação da adrenalina verifica-se sobre o tecido muscular liso, provocando a contração. Assim, muitos

fenômenos vasculares podem ser compreendidos. Porém, a sua se estende mais além, fazendo-se sentir nas atividades fisiológicas que se acham na dependência do sistema do grande simpático. Considera-se a adrenalina como um verdadeiro sistema nervoso químico, um sistema nervoso parasimpático. Para mostrar esta propriedade cita-se o exemplo da contração da fibra muscular lisa, provocada da mesma sorte, quer por influxo nervoso (simpático), quer por ação química (adrenalina). As supra-renais encerram normalmente 0 gr. 004 de adrenalina. Atua no organismo em dose extremamente pequena, mas continua. Anexo á glandula medulo-supra-renal, encontra-se um sistema de células que se caracterizam pela reação cromafim e pela propriedade de produzir adrenalina. Constituem estas células semelhantes ás da medulo-supra-renal e dispostas em grupos ou em cordões e orientadas no sentido dos grandes capilares sinusoides que se encontram nestes órgãos. Ainda aí se observam células nervosas simpáticas.

As relações existentes entre o tecido adrenalinógeno e o sistema nervoso-simpático, podem ser encaradas sob um triplice ponto de vista embriológico, histológico e fisiológico, como já tivemos oportunidade de vêr. Assim, o tecido adrenalinógeno, sob o nome de tecido parasimpático ou para-ganglionar, constitue os paraganglios ou órgãos parasimpáticos.

Nos animais inferiores e também nos mamíferos encontramos tecido cortico-supra-renal e medulo-supra-renal disseminados pelo organismo. Constitue, assim, o tecido cromafim ou medulo-supra-renal, uma série de pequenos órgãos dispostos como os ganglios simpáticos; são os órgãos parasimpáticos ou os paraganglios.

Assim, podemos considera-los verdadeiras supra-renais acessórias capazes de substituir, em parte, a falta da medulo-supra-renal. Classificam-se em tres grupos, as supra-renais acessórias:

I — Aquelas as que têm a estrutura mixta, isto é, associação da cortical e da medular.

II — Formadas sómente pelo tecido cortical, encontram-se na vizinhança das glandulas genitais, o que se explica pela mesma origem embriológica.

III — Constituidas sómente pelo tecido cromafim, como a glandula carotidea, pequeno corpo situado na bifurcação da carotida primitiva; a glandula coxigea; o órgão parasimpático de Zuckerkandl, muito desenvolvido no feto e na criança, e ainda os corpos juxta-aorticos que são porções microscópicas de tecido cromafim situados em pleno tecido conjuntivo adiposo na parte anterior da aorta abdominal e das iliacas primitivas.

Eis as considerações que reputo mais importantes sobre o transcendente assunto do endocrinismo em geral e sobre a glandula medulo-supra-renal e o sistema cromafim, em particular.

DEXTROSOL

(Glucose — d)



À venda nas melhores farmácias e drogarias

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

Caixa Postal 2972

São Paulo

Instituto de Radiologia Clínica

Porto Alegre

Braça Senador Florencio, 21 - Edifício Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

Radiodiagnóstico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas

e Ultra-Curtas

Sobre o valor da formula leucocitaria absoluta

por

Antonio Souza da

Docente e assistente de Patologia Geral.

(Conferencia realizada em 14-10-36 na Fac. de Med. por iniciativa da Sociedade dos Livre-Doctores).

Segundo a antiga concepção unicista, os elementos brancos do sangue se originavam, por envelhecimento ou maturação dos pequenos mononucleares ou linfocitos.

Surgindo Ehrlich, Naegeli e sua escola, a teoria dualistica se impoz á primitiva e a grande maioria dos autores acreditaram na rigorosa separação de origem das duas principais especies de globulos brancos: os polinucleares e os mononucleares. Os primeiros tinham por séde o tecido mieloide e os segundos eram formados no seio do tecido linfoide.

As diferenças na estrutura peculiar desses dois tecidos: o da medula ossea e a do sistema linfatico, serviam de argumento para explicar a forçosa diversidade dos elementos aí originados.

Aliás, estes proprios elementos se diferenciavam perfeitamente entre si: os originados no sistema linfatico não possuem granulações especificas em seu protoplasma, enquanto que, os da outra origem são conhecidos pela abundancia desses granulos.

Além disso: os granulocitos maduros são polimorfonucleares, ao passo que os agranulocitos possuem um só nucleolo, redondo ou oval.

Diferenças quimicas foram evidenciadas pela pratica laboratorial. Os globulos brancos de origem mieloide possuem fermentos especiais, uns de ação oxidante outras de função autolitica e peptica, enquanto que, os de origem linfatica carecem por completo desses fermentos.

Tambem, os leucocitos mieloides mostraram-se sensiveis á quimiotaxia e são por excellencia os ativos defensores de segunda linha do organismo, pelo desempenho da importante função da fagocitose: o ato de englobar em seu protoplasma os corpos estranhos solidos vivos ou mortos, destruindo-os. Estas duas propriedades estão ausentes nos linfocitos.

Finalmente, outro ponto importante fala bem expressivamente pela diferença dos elementos mieloides e linfaticos.

E' que certos estados morbidos determinam aumento ou diminuição do numero de leucocitos mieloides, sem influir no de leucocitos linfocidos, e que estados morbidos outros são capazes de acarretar idênticas

variações para os agranulocitos, respeitando a percentagem das variedades de globulos brancos com granulações específicas.

Era justo pois, que se não admitissem como identicos, mas como diferentes entre si, elementos tão sensivelmente diversos em suas origens, estrutura e funções.

Assim, estava assentada a doutrina do dualismo quando os estudos experimentais de uma pleiade brilhante de autores fizeram retornar á teoria unicista, com o trialismo de Asehoff, Schilling e Maximow, ou melhor ao néo-unicismo de Ferrata e Pappenheim, que defendem a idéia de um unico e extenso sistema hemopoietico, "a unidade anatomica", embora aceitem, dentro dele, a existencia de uma bem delimitada divisão funcional.

Os estudos histologicos experimentais de Asehoff, Landau, Ribbert, Kiyono, Mallory, Goldmann e outros, embora nenhuma especie nova de celulas tivessem descoberto, reuniram os endotelios dos capilares sinusoides dos seios sanguineos e linfaticos, as celulas fixas do tecido conjuntivo, as do reticulo de varios orgãos, todos de origem mesenquimatica, sob a designação geral de S. R. E. (sistema reticulo endotelial), verificando que este vasto sistema além das funções de eritrofagia, biligenia, melanogenia, metabolismo do ferro dos lipoides e das gorduras, da fagocitose e de imunidade, realisava a não menos importante atividade da genese dos elementos figurados do sangue.

Do grupo dos leucocitos mononucleares foi retirado o grande mononuclear que junto ás formas denominadas de transição passou a individualisar o monocito. Este é o unico elemento figurado do sangue, que, em condições normais de hemocitopoiese, deriva diretamente da celula pluripotente dos mesenquimas, o histiocito, ou ainda hemohistioblasto do sistema reticulo endotelial.

Na evolução da celula pluripotente para o monocito, ha o aparecimento de uma forma intermediaria: o monoblasto, que conserva ainda a afinidade basofila e os nucleolos do histiocito.

Embora todos os demais provenham do mesmo sistema na moderna concepção do trialismo, por intermedio da celula primordial da classificação de Ferrata, o hemocitoblasto (que nada mais é que uma diferenciação do histiocito) contudo, se crê na divisão funcional já mencionada.

A mesma celula, o hemocitoblasto de Ferrata, conhecida tambem por linfoidocito de Pappenheim, hematogonia da Sabrazés ou mieloblasto de Naegeli, póde dar origem a linfocitos ou a granulocitos se estiver situada nos ganglios linfaticos, na polpa branca do baço, nas infiltrações linfaticas difusas e nodulares das mucosas e no timo ou na medula ossea, respetivamente.

Assim, apezar de originados em sistemas perfeitamente distintos têm, estes globulos brancos, uma unica origem: provêm do hemocitoblasto.

Na serie linfocitica o hemocitoblasto dá formação ao linfoblasto que, se transforma em promielocito, o qual por maturação dá a forma denominada mielocito, que, modificando-se nos caracteres proprios de seu nucleo origina o metamielocito. Este evolue para as formas maduras:

os granulócitos neutrofilos, eosinófilos e basófilos que existem normalmente no meio circulante e são os termos finais da evolução do hemocitoblasto da medula ossea.

Na serie linfocita o hemocitoblasto dá formação ao linfoblasto que, por mitose, origina o pró-linfocito. Finalmente, se contitue o linfocito, que é o elemento figurado terminal da evolução do hemocitoblasto na serie linfocitica .

Ha pois uma triplice divisão funcional no unico sistema hemopoietico.

O funcionamento regular desse sistema é a causa de, em situações normais, o numero de globulos brancos por mm³ de sangue oscilar de 6.000 e 8.000, no estado de jejum.

Fisiologicamente pode ser observada a diminuição ou o aumento do n.º medio de leucocitos. O recém-nacido apresenta em media 17.000 por mm³. Após as hemorragias, em seguida a trabalhos musculares ativos, na hipertermia segundo Rovighi, no periodo menstrual, no periodo digestivo, principalmente de refeição rica em substancias proteicas existe hiperleucocitose.

Estes dados são de interesse lembrar, afim de evitar a sua interferencia ou compreende-la no resultado da formula leucocitaria absoluta.

Entre os estados morbidos cujas toxinas são capazes de estimular a formação de leucocitos, contam-se as enfermidades infecciosas em geral e as supurações superficiais ou profundas.

Alguns estados infecciosos não apresentam leucocitose, e são: a febre tifoide, as paratifoides, o sarampo, a gripe, a encefalite epidemica, a parotidite epidemica, etc. Tambem nos casos muito graves, de infecções caracterizadas pela hiperleucocitose habitual, se encontra leucopenia, p. ex.: na septicemia grave, na peritonite generalizada, etc. Explica-se a inversão pelo efeito inibidor sobre a leucopoiese de doses excessivamente grandes de toxinas.

Ainda como fator que irá entrar em conta para a determinação da formula leucocitaria absoluta, devemos lembrar que certos medicamentos são capazes de acarretar o aumento dos globulos brancos por mm³ de sangue: o colargo!, a antipirina, a fenacetina, a digital, enquanto que o benzol tem uma ação oposta, provoca a leucopenia. A verificação da leucopenia serve para o diagnostico da insuficiencia proteopexica do figado, quando se realiza a prova da hemoclasia digestiva de Widal e Abrami.

A regeneração leucocitaria é normalmente uma substituição de elementos. Quando porém uma hiperirritação, um estímulo de intensidade ou duração anormal atua sobre os órgãos da leucogenese, observa-se além da variação numerica, tambem a diversidade da proporção dos varios tipos leucocitarios.

A ação patologica degenerativa pode atuar diretamente sobre os elementos figurados na circulação, ou, indiretamente, sobre os centros formadores, ocasionando alterações estruturais e leucopenia.

Num caso como noutro ter-se-á uma formula leucocitaria relativa alterada, patologica.

Tem razão Schilling quando afirma que "o quadro hematico exis-

tente é o resultado, um sintoma, da ação combinada dos processos regenerativos e degenerativos”.

O que torna sobremodo interessante a questão, sob o ponto de vista do nosso presente estudo, é que a ação degenerativa ou a regenerativa pode exercer-se sobre determinado tipo de leucocitos ou sobre alguns deles exclusivamente, conservando-se os demais, na percentagem da normalidade.

E veremos que esta modalidade reacional se já é notada com a formula relativa, muito mais nitida se fará quando procedermos a contagem absoluta.

Observam-se de fato formulas leucocitarias em que ora ha predominio ou diminuição dos neutrofilos, ou dos eosinófilos, dos basofilos, dos linfocitos ou dos monocitos e ainda, por vezes, regenerativa para um tipo leucocitario e degenerativa para outro, no mesmo caso.

E' que as entidades morbidas, cada uma a seu modo, provocam sobre os orgãos leucopoieticos estímulos regenerativos ou ações degenerativas. E tão típica é esta ação patologica que já de antemão se poderá anunciar os caracteristicos do quadro hematico, em determinada molestia. Reciprocamente, se tem a possibilidade de com a formula leucocitaria orientar o diagnostico do caso clinico e mesmo o seu prognostico.

Vejamos rapidamente o que, neste particular, nos pode fornecer o estudo da formula leucocitaria patologica.

A polinucleose basofila aparece após injeções de albuminas heterologas, depois do tratamento antirabico e integra o quadro hematico da leucemia mieloide, da policitemia e da hemofilia.

O estado inverso, a leucopênia basofila, é constante na anemia perniciososa, no mal de Basedow e no periodo mais intenso das doenças infecciosas agudas.

A leucocitose eosinófila ou eosinofilia aparece nos estados morbidos que se acompanham de processos exudativos, tais como a diatese exudativa, a asma bronquica, a colite mucosa membranosa, etc.; na anafilaxia e estados anafilactoides, nas verminoses em geral; nas infecções eutanasas, na escarlatina, na leucemia mieloide; na convalescença das molestias agudas, etc.

A eosinopenia, ou hipoeosinofilia e mesmo a aneosinofilia se observa no periodo mais intenso do curso das doenças infecciosas agudas febris, principalmente na febre tifoide e pneumonia, nas supurações agudas, na uremia, no sarampo, etc.

A neutrofilia pode ser absoluta ou relativa, neste caso quando existe sem leucocitose. Conforme a integridade estrutural e a proporção de suas formas: juvenis e em bastonete, a neutrofilia pode ser estudada pelo desvio que apresenta: regenerativo ou degenerativo.

Neutrofilia regenerativa que apareça no curso de entidades morbidas como a febre tifoide, a febre de Malta, o sarampo, a gripe — que comumente não apresentam desvio ou muito escasso — induz a pensar-se no provavel entremetimento de alguma complicação septica.

A neutropenia é constante na febre tifoide, sarampo, na doença de Biermer, nas avitaminoses, caquexias, etc.

Ha neutrofilias em certos estados, fisiologicos como após as refeições, depois de esforços musculares excessivos, durante a gravidez e a amamentação.

A linfocitose pode acompanhar-se de leucocitose, de numero normal de globulos brancos por mm³. ou de leucopenia.

Com leucocitose observa-se o aumento da percentagem dos linfocitos na coqueluche, nas infecções crônicas, na parotidite epidemica, após o uso da adrenalina, etc.

Com numero normal de leucocitos ou subnormal aparece linfocitose no mal de Basedow, acromegalia, mixedema, no beriberi, no escorbuto, nas doenças por protozoarios, na vagotonia, etc. Em estados com leucopenia como a febre tifoide, gripe, etc. se encontra linfocitose.

A linfocitopenia quando aparece na evolução de processos septicos tem valor como sinal de mau prognostico.

Cita o prof. Schilling um caso de apendicite com peritonite em que observou, no periodo final, junto da neutrofilia com desvio leucemoide uma desaparição total dos linfocitos. O mau prognostico que este achado fez presumir foi comprovado pelo falecimento em breve tempo do paciente.

A linfocitose se encontra tambem no sarampo, antes e após a erupção. na febre amarela e na hemoglobinuria paroxistica.

O aumento da percentagem dos monocitos é verificado nas intoxicações crônicas (pelo chumbo, mercurio, etc.), nas infecções sub-agudas pouco graves, na variola, na parotidite epidemica, na endocardite lenta ulcerosa maligna (nestes casos acompanhada de hiperleucocitose).

No mal de Banti se depara monocitose e neutropenia. O sarampo, a febre amarela, a pelegra e outros estados morbidos tambem apresentam monocitose na sua formula leucocitaria. A monocitopenia, ou mesmo a ausencia desses elementos, tem sido encontrada pelos autores nos processos septicos gerais.

Consideradas assim as diversas possibilidades de alterações quantitativas e qualitativas dos leucocitos, formulemos, agora, os valores medios por cento das suas variedades.

Normalmente a formula leucocitaria relativa apresenta os seguintes valores limites, segundo o hemograma de Schilling:

Basofilos 0 a 1%, Eosinófilos 2 a 4%.

Mielocitos — 0

Formas jovens — 0

Formas em bastonete 3 a 5%

Formas segmentadas 56 a 67%

Linfocitos 21 a 25%, Monocitos 4 a 8%.

Sabendo-se o numero por mm³. de leucocitos e conhecendo-se a formula leucocitaria se pode determinar por simples regra de trez o numero absoluto por mm³. de cada variedade de globulos brancos.

P. ex.: Normalmente 7.000 leucocitos e 3% de eosinofilos.

Se em 100 leucocitos ha 3 eosinofilos, em 7.000 quantos haverá?

Resultado: 210 por mm³.

Vamos com este processo determinar agora os valores absolutos normais de todos os tipos de leucocitos.

Sendo de 6.000 a 8.000 por mm³. a quantidade media normal, procuremos a formula absoluta com estes dois algarismos.

Com 6.000 leucocitos por mm³. haverá:

Basofilos 0 a 60 por mm³. ou 30 em media

Eosinofilos 120 a 240 por mm³. ou 180 em media.

Mielocitos — 0

Formas jovens — 0

Formas em bastonete — 180 a 300 por mm³. ou sejam 240 em media

Formas segmentadas — 3360 a 4020 por mm³ ou sejam 3690 em media.

Linfocitos 1260 a 1500 por mm³. ou sejam 1380 em media.

Monocitos 240 a 480 por mm³. ou sejam 360 em media.

Com 8000 leucocitos por mm³. haverá:

Basofilos de 0 a 80 por mm³. ou 40 em media.

Eosinofilos de 160 a 320 por mm³. ou sejam 240 em media.

Neutrofilos em bastonete de 240 a 400 por mm³. ou sejam 320 em media.

Neutrofilos com nucleo segmentado, de 4480 a 5360 por mm³. ou sejam 4920 em media.

Linfocitos, de 1680 a 200 por mm³. ou sejam 1840 em media.

Monocitos de 320 a 640 por mm³. ou sejam 480 em media.

Aproveitando as medias obtidas com 6000 e com 8000 leucocitos tem-se por simples calculo a formula absoluta normal, isto é, a contagem real de cada variedade leucocitaria por mm³. de sangue.

Basofilos 35 por mm³. de sangue.

Eosinófilos 210 por mm³. de sangue.

Neutrofilos, com nucleo em bastonete: 280 por mm³. de sangue.

Neutrofilos, com nucleo segmentado: 4305 por mm³. de sangue.

Linfocitos, 1610 por mm³.

Monocitos, 420 por mm³.

Será de valor a verificação da contagem real de cada variedade de leucocitos por mm³. ou basta apenas deduzir a percentagem?

Com rapido raciocinio cada um de nós dirá a resposta precisa a esta pergunta.

Sendo não só a quantidade total de globulos brancos, como a sua qualidade, expressão da possibilidade reacional do vasto sistema leucopoiético, não será com um destes fatores isolados, mas somente com a formula leucocitaria absoluta, em que para sua obtenção estes dois fa-

tores estão associados, que se poderá concluir, com veracidade, qual o departamento desse grande sistema gerador de leucocitos, ou quais deles, estão reagindo ou inibidos em cada caso.

E é o que procuraremos demonstrar, a seguir, com as nossas observações. Aliás, a nosso lado está a opinião dos mestres, pois que, o emérito professor Otto Naegeli afirma que investigar tão somente a percentagem dos leucocitos desprezando a contagem absoluta "é um proceder inadmissivel que pôde conduzir a graves erros"!

De fato, os exemplos provam que para a justa informação sobre a modalidade reacional do sistema leucopoietico é necessaria a apreciação associada da intensidade da reação geral (numero de globulos brancos por mm³.) com a qualidade por cento (formula leucocitaria relativa) de cada especie.

Um individuo com 8000 globulos brancos por mm³. tendo 25% de linfocitos terá 2000 por contagem absoluta: outro, com 25% tambem de linfocitos, porém, com 5000 leucocitos somente, por mm³. terá realmente apenas 1250 elementos por mm³., embora identicos os dados fornecidos pela formula leucocitaria.

Isto tem confirmação no seguinte exemplo: por vezes revela a formula leucocitaria relativa na anemia perniciosa percentagem elevada de linfocitos, induzindo a crêr em intensa reação do sistema linfatico, o que a contagem absoluta demonstra não ser real, em vista da hipoleucocitose que geralmente faz parte do quadro hematico dessa entidade morbida.

Alguns casos do nosso registo, colhidos entre muitos, no Instituto Oswaldo Cruz, onde somos assistente da secção de Hematologia e Soro-logia, são bem expressivos sobre o valor da formula leucocitaria absoluta.

I OBSERVAÇÃO

E. A. P., branca, solteira, com 16 anos de idade, residente no Municipio de Guaíba, entrada para a XVII Enfermaria da Sta. Casa em 15 de Setembro do corrente ano. Transferida em 25 do mesmo mês para uma Enfermaria de Cirurgia. Diagnostico: Empiema meta-pneumônico.

Papeleta 8542. Registos do Instituto Oswaldo Cruz: Geral 8974, da Secção 457.

Contagem dos globulos brancos por mm³.: 20.100.

Formula leucocitaria:

Basofilos — 0

Eosinofilos — 2%

NEUTROFILOS: {
 mielocitos — 0
 metamielocitos — 0
 formas em bastonete 6%
 formas segmentadas 68%.

Linfocitos 20%

Monocitos 4%

Com estes resultados consegue-se facilmente determinar a contagem real de cada tipo leucocitario:

Eosinofilos 402 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 210.

Neutrofilos em bastonete 1206 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 280.

Neutrofilos com nucleo segmentado 13.668 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 4305.

Linfocitos 4020 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 1610.

Monocitos 804 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 420.

Verifica-se agora o que não expressava a formula leucocitaria relativa: a intensa modalidade reacional do sistema mieloide (excepto quanto aos basofilos); a reacção bem nitida do sistema reticulo endotelial, não obstante constassem na formula leucocitaria apenas 4 monocitos por cento; e, que o sistema linfatico tambem não estava indiferente, segundo se deprenderia da percentagem dos linfocitos, pois que, apesar de constar estes elementos apenas na proporção de 20%, na realidade havia reacção sensivelmente apreciavel.

II OBSERVAÇÃO

A. S. B., 56 anos de idade, branco, viuvo, jornaleiro, entrado em 9-9-36 na XVI Enfermaria, leito 2. Papeleta n.º 8318. Registos do Instituto Oswaldo Cruz: geral: 8934, da secção: 448.

Diagnostico: Estenose do esofago. Alta transferido para secção de cirurgia em 25 de setembro.

Leucocitos por mm³.: 4700

Formula leucocitaria:

Basofilos 0

Eosinofilos 2%

NEUTROFILOS: {
 mielocitos — 0
 metamielocitos — 0
 formas com nucleo em bastonete 2%
 formas com nucleo segmentado 63%

Linfocitos 21%

Monocitos 12%.

Pelo estudo destes resultados se conclúe que apenas o sistema R. E., neste doente, apresentou uma reacção anormal e que, os outros depar-

tamentos formadores de globulos brancos estavam funcionando com a regularidade habitual, porquanto, as demais percentagens expressam rigorosamente a normalidade.

Contagem absoluta:

Eosinofilos 94 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 210.

Neutrofilos com nucleo em bastonete 94 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 280.

Neutrofilos com nucleo segmentado 2961 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 4305.

Linfocitos 987 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 1610.

Monocitos 564 por mm³., enquanto que o algarismo medio normal é 420.

Com esta formula absoluta devemos concluir de modo diverso.

Houve no caso não reação monocitaria anormal, exagerada, apenas positividade discreta.

O sistema mieloide e o sistema linfatico se acham inhibidos funcionalmente, pois ha limitação apreciavel do numero por mm³. de todas as variedades de granulocitos e dos linfocitos, não estando a reagir, como o fariam supor os algarismos da formula leucocitaria relativa.

Donde se conclúe que só a formula absoluta revelou o exato modo reacional do sistema leucopoietico.

III OBSERVAÇÃO

A. J., com 46 anos de idade, branco, casado, operario, entrado em 19 de maio do corrente ano á XVI Enfermaria, leito 12. Papeleta 4459.

Diagnostico provavel: Febre de Malta.

Registos do Instituto das Clinicas da Faculdade: geral: 8227 — da Secção 421.

Resultado da contagem de globulos brancos: 3300 por mm³.

Formula leucocitaria relativa:

Basofilos 1%

Eosinofilos 1%

NEUTROFILOS: { mielocitos — 0
metamielocitos — 0
formas em bastonete 4%
formas segmentadas 65%

Linfocitos 26%

Monocitos 3%.

Esta formula exprime reação normal da medula ossea, ini-

cio de maior atividade do sistema linfoide e quase nula a reação do sistema reticulo endotelial.

A contagem por mm³. fornece os seguintes algarismos:

- Basofilos, 33, enquanto que o algarismo medio normal é 35.
- Eosinofilos, 33, enquanto que o algarismo medio normal é 210.
- Neutrofilos com nucleolo em bastonete, 132, enquanto que o algarismo medio normal é 280.
- Neutrofilos segmentados, 2145, enquanto que o algarismo medio normal é 4305.
- Linfocitos, 858, enquanto que o algarismo medio normal é 1610.
- Monocitos, 99, enquanto que o algarismo medio normal é 420.

Deduz-se agora que, ao contrario do que exprimia a formula leucocitaria relativa houve — não atividade normal — mas, muito enfraquecida da medula ossea e do sistema linfoide, acompanhada da inibição acentuada do sistema reticulo endotelial.

Os exemplos poder-se-iam multiplicar, confirmando sempre a mesma tésé.

Queremos poupar porem a vossa preciosa atenção.

Vimos que desde que se conheça o numero de leucocitos por mm³. e a formula leucocitaria, a contagem real das variedades de globulos brancos pôde ser obtida facilmente.

Seria de desejar que os Laboratorios adoptassem imprimir nas folhas de exames hematologicos os algarismos medios normais que constituem a formula leucocitaria absoluta.

E para concluir este modesto trabalho vamos citar, fazendo-a nossa, a afirmação do illustre dr. Manuel Henrique Varela, no seu valioso compendio de Hematologia: "Para ter um conhecimento preciso da modalidade de reação leucopoietica é indispensavel estabelecer a formula leucocitaria com as quantidades de cada tipo de leucocito que ha por mm³. e não por 100 celulas como se faz habitualmente".

PORQUE A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A **PHOSPHO - CALCINA - IODADA**

?

Por ser manipulado com o maximo escurpulo e escoreito de impurezas;
Por dever a sua composiçãõ a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

PHOSPHORO
CALCIO
IODO;

Por ser absolutamente isento de alcool;

Por não produzir iodismo;

Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fracã assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);

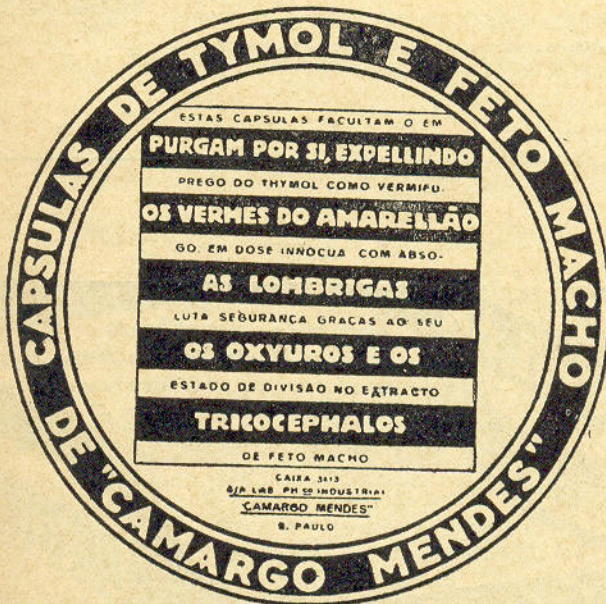
Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;

Por ser um grande agente de estimulaçãõ nutritiva e

Por ser um TONICO PERFECTO na opiniãõ dos grandes clinicos que já tiveram occasiãõ de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestaçãõ da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescências e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

—o—

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.



Para a fosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense.
E' tiro e queda.

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção e hlorexada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Gross
Rio de Janeiro

NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vagosympa-
thicos, palpitações, insônia,
dyspepsia nervosa.*

*A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.*

*Dose: 1a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições*

Lab. Gross - Rio

NÃO DEPRIMENTE

NEURILAN

Sociedade de Medicina

A eleição do Dr. Florencio Ygartua — Homenagem ao Prof. Mario Tota.

Com a presença de elevado numero de socios, a Sociedade de Medicina de Porto Alegre realizou sexta-feira, dia 17 de dezembro de 1937, uma sessão de Assembléa Geral para a eleição da nova diretoria.

Às 20,30 horas, foi aberta a sessão pelo presidente Prof. Mario Tota e secretariada pelo Dr. Luis Sarmiento Barata, tendo sido procedida a leitura da ultima áta. Para a apuração do resultado das eleições o Prof. Mario Tota, convidou para funcionarem como escrutinadores os Drs. Lupi Duarte e Carlos de Brito Velho.

Procedida a apuração, verificou-se terem sido eleitos por unanimidade os Drs. Florencio Ygartua, presidente; Hugo Ribeiro, vice-presidente e Raul di Primio, secretario geral.

Em seguida o Prof. Mario Tota, propoz fossem na mesma sessão empossados os candidatos eleitos.

Tendo sido aprovada a proposta o Prof. Mario Tota deu posse, sob prolongada salva de palmas, aos Drs. Florencio Ygartua, Hugo Ribeiro e Raul di Primio.

O Prof. Mario Tota aclamado socio honorario.

Logo após o áto de posse, quando o Prof. Mario Tota cedia a cadeira da presidencia ao novo titular, a quem saudou com longo e cordial abraço, foi aquêlo clinico detido ainda na sala de sessões por um grupo de médicos.

Por essa ocasião tomou a palavra o Dr. Carlos de Brito Velho que, em brilhante discurso, enalteceu as qualidades de carater e de inteligencia do Prof. Mario Tota, ressaltando em frases vibrantes e altamente elogiosas a ação proficua, ponderada e cordial com que aquêlo clinico, quer nas horas boas, quer nas horas amargas, dirigira com brilho invulgar os destinos da Sociedade.

Poz, sobretudo, em marcante destaque a feição de tocante fraternidade impressa á sua notavel administração pelo Prof. Mario Tota. Depois de varias considerações sobre a admiravel atuação do presidente cujo mandato findára sexta-feira ultima, o Dr. Carlos de Brito Velho propoz que fosse conferido ao Dr. Mario Tota o titulo de membro honorario da Sociedade de Medicina de Porto Alegre por ser este o maior premio que se podia conceder.

O orador terminou o seu eloquente discurso, solicitando que o título fosse conferido por aclamação.

Sem mesmo atender ao ato regulamentar de aprovação da proposta todos os presentes levantaram-se e por toda a sala, que se achava literalmente cheia de médicos, uma vibrante e prolongada salva de palmas coroou, em entusiástica, unânime e expressiva solidariedade, a iniciativa do Dr. Carlos de Brito Velho.

Comovidíssimo, numa emoção que, pelo imprevisito e pela grandiosidade profundamente o perturbou, o Prof. Mario Tota agradeceu mais essa prova de consideração de seus distintos colegas.

Acentuou, que, no posto que por dois anos ocupára, timbrára sempre em ser acima de tudo um administrador, menos cuidando de qualquer vangloria pessoal, que dos altos interesses da associação, porfiando em incitar e exaltar até as raias da impertinencia a inteligencia e a cultura dos seus colegas para maior luzimento da honrosa tradição da Sociedade, cuja direção êle deixava nequêle momento, contente consigo mesmo, por vêr o gráu de prosperidade, de autoridade em que está hoje a associação que êle, com orgulho, presidira durante dois anos.

O Prof. Mario Tota rematou o seu agradecimento exaltando a bondade magnanima e a peregrina inteligencia do Dr. Carlos de Brito Velho.

Fala o Dr. Florencio Ygartua.

Em seguida o Dr. Florencio Ygartua convida o Prof. Mario Tota para fazer parte da meza que dirigia os trabalhos, tendo então o Dr. Ygartua dirigido expressiva saudação ao Prof. Mario Tota.

Ainda com a palavra o Dr. Florencio Ygartua agradece aos colegas presentes em seu nome e no de seus colegas eleitos, a honra que lhes haviam conferido para dirigir os destinos da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, no periodo de 1938.

Faz a seguir, o Dr. Florencio Ygartua um ligeiro historico de sua atuação em pról do engrandecimento da Sociedade, enaltecendo os relevantes serviços prestados á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, pelos seus ex-presidentes, Prof. Jacinto Gomes, Otavio de Souza, Olinto de Oliveira, Sarmiento Leite, Nogueira Flores, Anes Dias, Tomaz Mariante, Gabino da Fonseca, Mario Tota, detendo-se em lisongeiras apreciações quanto a atividade de cada um para o engrandecimento da cultura medica sulriograndense.

Ao terminar as ultimas palavras o Dr. Ygartua disse que a nova ditoria que dirigirá os destinos da Sociedade de Medicina, no ano proximo, trabalhará pelo engrandecimento desta Instituição, e pelo prestigio sempre crescente da classe medica.

Estas ultimas palavras foram seguidas de palmas prolongadas.

O atual presidente.

O Dr. Florencio Ygartua iniciou seus estudos no Ginasio Nossa Senhora da Conceição, em S. Leopoldo, no ano de 1905, onde realiso, pelo lapso de varios anos, seus primeiros estudos.

Terminado seu curso preparatorio, formou-se em Farmacia, pela Faculdade de Medicina e Farmacia de Porto Alegre, em 1911.

O Dr. Florencio Ygartua formou-se em Medicina em nossa Faculdade em 1923, tendo defendido a tése: "Contribuição ao estudo dos fermentos lácticos e sua aplicação nas perturbações digestivas do lactante", tendo sido aprovada com distinção.

Fez o Dr. Ygartua um importante estudo sobre uma epidemia de paralisia infantil, que se estendeu pelo Uruguái, publicando em seguida, um documentado e extenso trabalho científico com que se apresentou ao concurso de livre docencia de Clinica Pediatrica Medica e Higiene Infantil e cujo titulo foi "A doença de Heine-Medin".

Ha 13 anos que o Dr. Ygartua é docente-livre e chefe da Clinica Pediatrica Medica Infantil e Higiene Infantil da Clinica de Crianças da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, sendo atualmente o representante dos livre-docentes junto á Congregação da mesma Faculdade, cargo este que já ocupou anos atraz.

Foi ainda o Dr. Ygartua assistente, na Clinica Infantil do Prof. Morquio, no "Hospital de Niños" de Montevidéu.

Ocupou o Dr. Ygartua, elevados cargos em varias Sociedades científicas da nossa Capital, tendo sido vice-presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, e por duas vêses fez parte da Comissão Científica dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", sendo atualmente vice-presidente da Sociedade de Pediatria de Porto Alegre e é membro honorario da Sociedade de Pediatria de Montevidéu e socio correspondente da Sociedade Brasileira de Pediatria do Rio de Janeiro.

Fez ainda o Dr. Ygartua, parte da Comissão Oficial que representou a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, no Congresso do Centenario da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1930, tendo nesse Congresso, apresentado um trabalho sobre "Assistencia á Infancia", tendo merecido por seu alto valôr, por proposta do pediatra paulista Dr. Simões Corrêa, de ser publicado e distribuido por todas as Municipalidades do País.

Foi delegado oficial do Estado na Conferencia Nacional de Proteção á Infancia que efetuou-se em 1933 no Rio de Janeiro, onde foi relator oficial da tése: "Inflnencia dos progressos da dietética na mortalidade infantil".

No 2.º Congresso Medico Sindicalista Brasileiro, realisada em Porto Alegre, em junho de 1933, apresentou um importante trabalho sob o titulo: "O medico nas escolas", tendo tambem no 9.º Congresso Medico de Medicina Social, realisado em nosso Estado, feito parte da Comissão Científica e apresentado aí o trabalho: "A mortalidade Infantil na cidade de Porto Alegre, durante 15 anos".

Ocupa ainda o Dr. Ygartua o cargo de diretor do protocolo, no Rotary Club, tendo realisado em varias oportunidades, palestras sobre assuntos que se relacionam com a criança e a Medicina Social.

Participou o Dr. Ygartua, do Congresso Medico do Centenario do Uruguái, em 1930, como convidado oficial e onde representou a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, apresentando um estudo sobre: "A criança diatesica exsudativa na cidade de Porto Alegre". Nessa oca-

sião e em ato solene do lançamento da pedra fundamental do Instituto de Puericultura e de Medicina Infantil, que leva o nome do consagrado pediatra Luis Morquio, foi o Dr. Ygartua designado pela delegação brasileira que compareceu ao Congresso, para proferir o discurso de homenagem. Foi ainda, em 1935, nas grandes homenagens ao Prof. Luis Morquio, levadas a efeito pelo "Consejo del Niños", em Montevidéu, e das quais participaram delegações de países sulamericanos, inclusive a Faculdade de Medicina de Porto Alegre e a Sociedade Brasileira de Pediatria, orador oficial destas entidades científicas.

Além dos títulos acima enumerados, tem o Dr. Florencio Ygartua, colaborado nos assuntos que se relacionam com a Infancia em inumeras revistas científicas nacionais e estrangeiras, fazendo parte em grande numero delas do corpo de colaboradores escolhidos.

Na imprensa local tem o Dr. Ygartua publicado valiosos e uteis trabalhos atinentes á Assistencia e Proteção á Infancia, assim como realizado importantes conferencias em varias solenidades sobre os mais variados problemas científicos.

Noticiario

Êcos do 2.º Congresso anual da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Realisou-se o 2.º Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, cujo comité foi assim constituído: Presidente do Congresso — Prof. Achilles de Araujo; Presidente da Sociedade — Prof. Rezende Puech; Secretario Geral — Dr. Renato Bomfim; Tesoureiro — Dr. Domingos Rezende, e Secretario do Congresso — Dr. Milton Weinberg.

Reuniu-se no Rio de Janeiro nos dias 1, 2 e 3 de Julho deste ano, tendo feito o discurso official de abertura o Dr. Roberto Freire e o de encerramento o Prof. Barros Lima. Dirigiram saudações congratulatorias os Profs. Albee (de Nova Iorque) e Valentin (de Hanover), lembrando o Prof. Albee em seu discurso da necessidade da realização de um Congresso Pan-Americano de Ortopedia.

Folgo em declarar que todos os trabalhos apresentados neste certame científico foram tratados com elevação cultural e de intensiva animação em um ambiente de admiravel cordialidade fraternal.

Este conclave de especialistas era constituído de membros titulares da Sociedade e de aderentes ao Congresso, cuja frequencia numerosa é de valores moços e operosos, revelando aprimoradas qualidades tecnicas em Ortopedia e Traumatologia.

Este Congresso teve a honrosa e valiosa colaboração estrangeira dos Profs. Albee (de Nova Iorque), Valentin (de Hanover), Lagomarsino (de Buenos Aires), José Bado (de Montevideu) e Ortiz Tirado (do Mexico). Os Profs. Albee, Valentin e Lagomarsino fizeram notaveis conferencias sobre assuntos de actualidade, cujos titulos serão mais adiante especificados, bem como apresentaram communicações escritas, originais estes mesmos Professores e mais o Prof. Bado.

Na colaboração brasileira houve dois temas importantes de actualidade: um, **do problema da luxação congenita do quadril no Brasil, outro, do tratamento das fraturas do colo do femur.**

O primeiro tema foi encarado sabiamente sob o ponto de vista medico-social pelos provetos relatores profs. Barros Lima e Rezende Puech, baseados em elementos colhidos no inquerito feito no centro, no norte e no sul do Brasil, sendo que este professor em sua notavel monografia escrita a respeito deste tema se lê em algumas de suas conclusões o seguinte: “O estado de São Paulo, por exemplo, sem duvida alguma já pôde considerar a luxação congenita do quadril como integrada no quadro nosologico regional. Esta constatação, bem analisada, deve estar ligada directamente ao fator imigratorio e, portanto, na compreensão etio-patologica da malformação, aos factores conhecidos da hereditariedade da afecção.

“Em relação ao Brasil podemos antes do mais, afirmar como aliás para todo novo mundo, e por motivos mais ou menos identicos que a luxação congenita do quadril nunca poderá assumir a mesma gravidade que representa o problema em relação a países das raças alpinas e mediterranea, embora a formação brasileira preponderante seja de povos dessas duas raças e isto porque devemos contar com a influencia etnologica da mestiçagem que, no Brasil, se processa mais especialmente com raças oriundas da grande raça negroide, da grande pigmoiede e de alguns elementos que pertencem á grande raça mongoloide, como a raça paleo-amerindiana e outras, onde muito pouco se manifesta a malformação congenita do quadril.

“E esse amalgama racial que, no Brasil, acarreta os problemas da hereditariedade atavica e os estudos do polihybridismo. Por isso, ali cada dia mais se complicarão, entrelaçando-se, de um modo a dificultar cada vez mais estes problemas geneticos e a sua interpretação, problemas esses que precisam ser interpretados a luz da realidade.”

“Eis porque consideramos a luxação congenita — coxo-femural no Brasil uma afecção já incorporada á nosologia brasileira, necessitando, portanto, merecer a atençaõ dos profissionais os problemas terapeuticos e sociais que surgem e surgirão, como o demonstra nossa tese, com maior frequencia nos dias vindouros, numa invasão lenta e irremediavel em todo o territorio nacional. E, mais especialmente, em relação á luxação congenita do quadril, concluiremos que este problema, no futuro, assumirá um aspeto que tornará o Brasil, como outras Nações do novo continente, sujeito a um permanente estudo e combate desta malformação cuja gravidade estará sempre proporcional, quando nas suas consequencias clinicas individuais, na sua existencia, perpetuada numa difusão correspondente á multiplicação de sua população, dentro das leis da hereditariedade. Assim como estas sofrem indubitavelmente as consequencias da influencia do fator do meio, confiemos em que este, no Brasil, se apresente em condições desfavoraveis e se atenuem progressivamente as suas inexoraveis consequencias”.

Quanto ac segundo tema releva dizer que foram relatores os competentes profissionais Drs. Elyseu Guilherme e Domingos Defini que discutiram amplamente e de modo pratico este problema tão complexo da Cirurgia Ortopedica.

Seguiram-se depois as originaes comunicações escritas que foram muitas (44), dir-se-ia mesmo um **record** e que são abaixo especificadas:

1 — Prof. Fred Albee: 1.^a) “The importance of the Lever at the of the Femur as a stabiling influence and its restauration”.

2 — Prof. B. Valentin: 1.^a) “Angeborene Gibbus- und Blockwirbelbildung”.

3 — Prof. B. Valentin: 2.^a) “Knochensystem-Erkrankungen”.

4 — Prof. Enrique Lagomarsino: 1.^a) “Tecnica y nuevo instrumental para el enclavijamiento de las fracturas del cuello femural. Resultados”.

5 — Dr. José Luiz Bado: 1.^a) “El tratamiento de las fracturas supra condiléas del huméro”.

6 — Dr. Abdias Ferreira e Orlando P. de Souza: 1.^a) Reparação operatoria da epifisiolise da cabeça do femur.

7 — Dr. Achilles de Araujo: 1.^a) Tratamento cirurgico da spondilolistesis.

8 — Dr. Achilles de Araujo: 2.^a) Um curioso caso ortopedico.

9 — Dr. Achilles de Araujo e Dr. Henrique Teixeira: 1.^a) Sobre a frequencia do pé plano no Rio de Janeiro. Estudo estatistico.

10 — Dr. Antonio Eugenio Longo: 1.^a) Um caso de Sindrome de Mouchet.

11 — Dr. Aresky Amorim: 1.^a) Quatro casos de 1.^a costela rudimentar, dois dos quais com disturbio angioneuroticos do membro sup.

12 — Dr. Aresky Amorim: 2.^a) Das injeções intra-arteriais no tratamento da tuberculose osteo-articular.

13 — Dr. Armenio Borelli: 1.^a) Tratamento das osteomielites pela vacino-terapia segmentaria intra arterial. Resultados tardios.

14 — Prof. Barros Lima: 1.^a) Joelho flectido congenito.

15 — Prof. Barros Lima: 2.^a) Epifisite deformante da tibia.

16 — Prof. Barros Lima: 3.^a) Patelite.

17 — Dr. Benjamin Salles: 1.^a) Considerações em torno da Sindrome de Volkmann.

18 — Dr. Bomfim Pontes e Dr. Orlando P. de Souza: 1.^a) Sobre o tratamento das fraturas expostas.

19 — Dr. Bruno Maia: 1.^a) A proposito do tratamento das fraturas do colo do femur.

20 — Dr. Correa do Lago Filho: 1.^a) Indicação operatoria nas fraturas baixas do radio na criança.

21 — Dr. Correa do Lago Filho: 2.^a) Estatistica pessoal de fraturas do radio e cubito.

22 — Dr. Carlos Osborne: 1.^a) Estudo anatomo-radiologico das articulações dos contorcionistas (com film).

23 — Dr. Carlos Toussaint Martins: 1.^a) Tratamento dos traumatismos craneo-encefalicos.

24 — Dr. Domingos Define: 1.^a) Um caso de lesão obstetrica da extremidade superior do femur.

25 — Domingos Define: 2.^a) Uso da pinça de falange de Farabeuf para facilitar a tração na redução das fraturas no antebraço.

26 — Dr. Domingos Rezende: 1.^a) Sobre o tratamento das fraturas de consolidação ou com tendencia a pseudo-artrose.

27 — Dr. Elyseu Guilherme: 1.^a) Contribuição estatistica ao estudo das fraturas.

28 — Dr. Godoy Moreira: 1.^a) Contribuição ao tratamento cirurgico das fraturas do çolo femural.

29 — Dr. Godoy Moreira: 2.^a) Ensinamentos de uma série de 72 operações estabilizadoras do pé na paralisia infantil.

30 — Dr. Hermeto Junior: 1.^a) Contribuição para o estudo anatomo-clinico da affecção de Osgood Schlatter.

31 — Dr. Hermeto Junior: 2.^a) Indicação e tecnica da extirpação da tuberosidade anterior da tibia na afecção de Osgood Schlatter.

32 — Prof. L. Rezende Puech: 1.^a) Tratamento conservador da osteomielite dos ossos longos no adolescente.

33 — Prof. L. Rezende Puech: 2.^a) Das deformidades consecutivas ás grandes perdas de substancia decorrentes das osteomielites dos ossos longos ou em consequencia do respetivo tratamento e os metodos cirurgicos-ortopedicos empregados para a sua cura.

34 — Dr. Manuel de Abreu: 1.^a) Histo ou microrradiografia ossea.

35 — Dr. Mario Jorge de Carvalho: 1.^a) Contribuição ao tratamento das fraturas da coxa.

36 — Dr. Milton Weinberger: 1.^a) Fraturas da omoplata.

37 — Prof. Nogueira Flôres: 1.^a) Um caso de lesão de Monteggia e comentarios.

38 — Dr. Orlando Pinto de Souza: 1.^a) Amputação do pé anterior.

39 — Dr. Orlando Pinto de Souza: 2.^a) Enxerto osseo como meio de sintese nas fraturas recentes.

40 — Dr. Paulo Zander: 1.^a) Tratamento da pseudo-artrose da fratura do colo do femur.

41 — Dr. Paulo Zander: 2.^a) Artrorise no genu-recurvatum paralitico.

42 — Dr. Sylvio Marques: 1.^a) Deformação congenita dos cotoveis em flexão.

43 — Dr. Silvio Marques: 2.^a) Hallux varus.

44 — Dr. Tasso Meirelles: 1.^a) Fraturas obstetricas.

E finalmente teve lugar a sessão ordinaria reservada aos membros titulares da Sociedade, de acordo com o seu regimento sob a Presidencia do Professor Rezende Puech para a escolha do local, onde se deverá reunir o 3.^o Congresso para o proximo ano, cabendo por votação secreta e com a acertada escolha na prospera cidade de Recife, centro de cultura cirurgica, dotada de conceituada Escola Medica, sendo o seu Presidente regional da Sociedade o Prof. Barros Lima, o animador e operoso ortopedista nordestino.

Depois seguiu-se tambem por votação secreta a escolha dos dois temas officiais: **das fraturas dos tornozelos e das sequelas da paralisia infantil**, bem como a dos seus respetivos relatores que, recaiu nos Drs. Corrêa do Lago Filho e Orlando Pinto de Souza para o primeiro tema e do Dr. Godoy Moreira para o 2.^o tema, todos os eleitos são profissionais conhecidos na ortopedia e traumatologia brasileiras.

Terminou o 2.^o Congresso anual com o Banquete de encerramento e confraternisação, no qual o seu esforçado e distinto Presidente Prof. Achilles de Araujo anunciou aos congressistas o resultado da eleição dos novos socios: para membros honorarios os Profs. Bruno Valentin, Alvi Lambotte, Jean Verbrugge, José Falls, Carlos Ottolenghi, Enrique Lagomarsino e José Luiz Bado; para membro correspondente o Prof. Ortiz Tirado; para membros titulares: os Drs. Paulo Zander, Oswaldo Campos, Victor de Angelis e Jorge Sardinha, do Rio de Janeiro; o Dr. Sebastião Hermeto Junior, de S. Paulo; o Prof. Fernando Luz, da Baía; os Profs. Erwin Carlos Presser e Elyseu Paglioli, do Rio Grande do Sul, e o Dr. Alcino Coimbra, de Pernambuco. Ao concluir

a noticia do 2.º Congresso anual da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, devo fazer um apelo aos Srs. colegas Ortopedistas e Traumatologistas patricios para continuar incetivando com o brilho já revelado nos congressos anteriores. E dest'arte cooperarão assim no desenvolvimento destas especialidades incipientes, quiçá entre nós, com o estudo dos problemas ainda complexos no que tange a sua profilaxia e ao seu tratamento.

O Brasil, pôde se dizer que já dispõe de Centros Ortopedicos excellentes com seus respectivos tecnicos, onde fazem com eficiencia a sua aprendizagem.

E é de toda justiça que se fale do grande Centro Ortopedico "Pavilhão Fernandinho Simonsen" com um numeroso corpo de tecnicos, moços estudiosos e operosos; é o fruto da magnifica e modelar organização de Rezende Puech, seu fundador e diretor eminente, que foi tambem um dos fundadores da S. B. O. T. sediada neste Pavilhão, para assim animar e estudar os problemas atinentes a especialidade com irradiação para alguns Estados do Brasil como Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Baía, constituindo a Sociedade regional com os seus respectivos presidentes.

Porto Alegre, 22—8—37.

Nogueira Flôres.

Iolipobí

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-diastras)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-diastras	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insoluveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorpção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastras), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e orgãos a existencia de verdadeiras diastras ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição celular (hepatodiastras; neuro-diastras; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaç.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Héllion Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Notas Terapeuticas

O emprego do calor no tratamento de varias enfermidades é, pôde dizer-se, quasi intuitivo; e isso é tão certo, que esse recurso tem sido posto em pratica desde a antiguidade até a época presente, e hoje, mais do que nunca, dedica-se maior atençaõ aos varios usos do calor em medicina.

O efeito sedativo do calor sobre os nervos de sensaçã e motores, a sua capacidade de alterar o metabolismo local, pelo aumento que traz ao subsidio do sangue e da linfa, pelo incremento da nutriçã nas partes, e pela absorçã dos exsudatos, torna o calor um elemento de vasta applicaçã no tratamento de enfermidades.

A prova disso vê-se, com frequencia, de modo prodigioso, quando se emprega o calor sob a forma de Antiflogistine, em casos tais como artrite, reumatismo cronico, ciatica, lumbago, fibrosite, traumatismos, afecções das vias respiratorias superior e inferior, e onde quer que seja indicado o emprego do calor.

Na angina pectoris, a Antiflogistine, que mantem o calor proprio durante longo tempo, é muito empregada para mitigar a dor, e pelo seu valor como sedativo.

QUININOTERAPIA PARENTERAL

A quininoterapi aparenteral das pneumonias, tão brilhantemente levada a efeito pelo SOLVOCHIN e TRANSPULMIN, alcançou a ultima perfeiçã com o novo preparado SOLVOCHIN-CALCIO, associaçã de quinino e calcio, dos Laboratorios "HOMBURG".

Resumindo suas numerosas observações, num trabalho sobre "O tratamento das pneumonias com Solvochin-Calcio", publicado na "Deutsche Medizinische Wochenschrift", n.º 8/35, o Dr. Nissen escreve:

"Observando a marcha geral das pneumonias com Solvochin-Calcio, é de se salientar que, com a applicaçã deste medicamento, conseguimos levar todos os casos a um feliz resultado, mesmo os que muito tarde chegaram ao tratamento. A associaçã de Solvochin ao glutaminato de calcio constitue um progresso consideravel no tratamento da pneumonia.

As vantagens do Solvochin-Calcio, a par da imediata baixa da temperatura, se baseiam essencialmente na combinaçã do efeito especifico da quinina á açã anti-exsudativa do calcio...

...Merece especial mençã a rapida melhora do quadro clinico em geral e o desaparecimento dos estados toxicos..."

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda.}

Medicados pela illustre classe medica

- Vitamina** — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin** — Tónico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina** — Diabetes.
- Synergon A. B. C.** — Bleorrhagia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigistivo** — Perturbações digestivas.
- Sôro Lipotónico (Mef)** — Tónico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sôro Liposedativo (Mef)** — Tónico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina** — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituitaria** — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina** — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina** — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoides** — Insufficiencia thyreoidiana.
- Cholelactina** — Desordens intestinaes.
- Encephalina** — Tónico nervino (compr. amp. e extracto).
- Polyendocrinico** — insufficiencias das glandulas associadas.
- Hemosplenina** — Paludismo. Anemias geral.
- Pancreas** — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
- Renina** — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
- Suprarenal** — Insufficiencia da gl. suprarenal.
- Orchidan** — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
- Extracto hepatico** — Insufficiencia hepatica.
- Lipocarbisan (A. B. C.)** — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen** — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen** — Impaludismo.
- Panlaxil** — Prisão de ventre.
- Biotoxil** — Opotherapia associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan** — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
- Thyroluteina** — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.**
- Nutrosan** — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
- Vitamina** — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitaminoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico** — Injectavel. Opo-therapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorrhagicas etc.
- Biocalcio** — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccões, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
- Iofornil** — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardio-nephro-esclerose, toxi-infeccões, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno** — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopterapia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- **Dr. Helion Póvoa (Assistente)**

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

Boletim da Secção de Cirurgia

da

Sociedade de Medicina

Comissão Redatora:

H. Varnieri
Adair E. Araujo
Luiz S. Barata



SUMARIO:

O tratamento das hernias por injeções esclerosantes

Secção de cirurgia da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

O tratamento das hernias por injeções esclerosantes. Estado atual da questão.

Annals of Surgery, vol. 105, Março de 1937.

A TRATAMENTO AMBULATORIO DA HERNIA

Arthur Bratrud, pag. 324

Em 1880 já Billroth dissera — si alguém pudesse obter uma solução que causasse uma proliferação artificial de um tecido que fosse tão duro e tão forte como uma aponevrose (fascia), a cura radical da hernia seria facilmente conseguida. Velpeau, de Paris, em 1893 foi o primeiro a empregar praticamente o processo com o uso de algumas substancias irritantes. E' verdade que Heaton nos E. U., em 1842 já havia usado com este fim injeções de tintura de eido, mas como o seu livro só veio á luz em 1887 e além disto não explica bem o seu processo, não lhe foi dada prioridade. Mal feito, em mãos pouco habéis, em casos contra-indicados, o metodo caiu em franco descredito. Desde 1931 os americanos tem procurado resuscita-lo.

Trabalhos experimentais — O A, estudou experimentalmente em cães e coelhos diversas substancias esclerosantes. A mistura fenol-tuia — cuja formula é: fenol 50 partes, tintura de tuia 25, alcool 25 — a solução de Mayer a base de fenol, sulfato de zinco e extrato de pinus canadensis, o acido oleico, a quinurêa, misturas a base de acido tanico, etc. Fez injeções sub-cutaneas, sub-aponevroticas, dentro da cavidade abdominal e no tecido sub-peritoneal, sempre em concentrações diversas. Em tempos variaveis os animais eram sacrificados e inumeros cortes em série eram feitos. Com as substancias mais inocuas fez depois experiencias "in anima nobili", usando previamente a anestesia local. Como resultado verificou que havia uma necrose mais precoce com a fenol-tuia do que com os preparados a base de acido tanico. Entretanto o tecido fibroblastico que se formava com a fenol-tuia, é mais denso e mais forte do que o que se forma com os preparados de acido tanico.

Escolha dos casos — Nas hernias umbilicais e nas inguinais directas ou indirectas é que se observam os melhores resultados. A idade não é contra-indicação. Nas hernias femurais em geral os resultados não são bons, assim como nas hernias post-operatorias em que ha adherencias, visceras abdominais encarceradas e não ha um sacco bem definido. Hernias inguinais associadas á ectopia testicular ou hernias

irredutíveis não são tratados pelos processos esclerosante. De um modo mais geral toda a hernia de volume não muito grande desde que seja facilmente redutível e cuja sintomatologia melhora muito com o uso da funda, encontra no método das injeções franca indicação.

A. funda — O A. assinala a necessidade absoluta da redução previa do conteúdo do sacco herniario e a applicação de uma funda que deve ficar muito bem colocada. Antes de iniciar as injeções a funda deverá ficar applicada um certo tempo, que nas grandes hernias nunca deverá ser inferior a um mês ou seis semanas.

Técnica — O A. usou a mistura fenol-tuina ou a solução de Mayer. Começa com II a V gotas que são injetadas no orificio interno do canal inguinal. Duas injeções por semana de acordo com as reacções individuais. Depois de algumas injeções forma-se no anel interno um exsudato bastante forte que não deixa mais sair a hernia, mesmo sem a funda. Injeta tambem em diversos pontos do canal inguinal, logo abaixo da aponevrose assim como no anel externo e no triangulo de Hesselbach. No minimo 4 e no maximo 20 injeções foram necessarias para ter bons resultados. Desinfecção previa da péle — 2 cc. de novocaina a 2 % com adrenalina — esperar um minuto — conservar a agulha exatadamente no mesmo lugar — aspirar para ver si não se vai injetar em algum vaso — injetar o esclerosante.

Complicações — Têm sido mencionadas — funiculite, hidrocele, epididimite, estrangulamento da hernia, esterilidade, abcessos, peritonite. A maioria destas complicações desapareceu desde que foram abandonados os preparados a base de acido tanico e alcool. As complicações observadas pelo A. em seus casos foram — funiculites ás vezes no fim do tratamento mas pouco intensa, não prejudicando sequer as occupações diarias do paciente; pequena hidrocele rapidamente absorvida; caso de paralisia temporaria no nervo femural que cedeu espontaneamente no fim de uma hora (3 casos de outros autores); 1 caso de hiperestesia da côxa que durou 4 semanas; 1 caso de injeção mal feita, sem aspiração previa, veio á sua consulta — a substancia foi injetada na arteria epigastrica, houve forte dor ao umbigo e mais tarde descoramento da pele e escara. Nunca observou peitonite, apenas um caso de forte dôr abdominal. Viu um caso em que injeção mal feita perfurou o ileon trazendo peritonite e morte.

Objeções ao metodo — Dôr — nunca foi muito forte e pouquissimos foram os doentes que não puderam se entregar aos seus afazeres logo depois da injeção. O uso demorado da funda — o A. não vê inconveniente uma vez que esteja bem applicada. E' um processo cego e irracional mas tem uma unica bem estabelecida que sendo seguida a risca não oferece perigos.

Vantagens — Tratamento ambulatorio — Póde ser usado em casos contra-indicados á cirurgia (estado geral, etc.).

Desvantagens — Longo periodo de tratamento — uso da funda — impossibilidade de cura certas variedades de hernias — dôr — reação inflamatória local em certos casos.

Conclusões — 1.º — O tratamento ambulatorio da hernia é um processo seguro e effiaaz para curar algumas de suas variedades, empregando uma tecnica apurada, mas si esta não for seguida a risea poderá haver perigo ou complicações.

2.º — Exige a cooperação do doente no uso adequado da funda.

3.º — Traz o tratamento da hernia das mãos de quem pouco ou nada conhece sobre diagnostico, patologia e anatomia, para as mãos de especialistas que sabem qual a conduta a ter.

4.º — A maneira de ajustar a funda e a tecnica das injeções são dados fundamentais.

5.º — A reincidencia da hernia desapareceu completamente pela combinação dos tratamento cirurgicos e por injeções.

6.º — Doentes que já estavam com incapacidade fisica para o trabalho ou que tinham contra-indicações cirurgicas definitivas, puderam melhorar muito com o processo das injeções a ponto de retornarem às suas ocupações, ficando mesmo alguns deles curados. As complicações mencionadas não são suficientes para invalidar o processo.

O TRATAMENTO DAS HERNIAS POR MEIO DE INJEÇÕES TECNICA E RESULTADOS

Carl O. Rice, pag. 343

Já ha alguns anos que o A. vem empregando o processo. Não vê no mesmo inconvenientes e quasi todos os accidentes podem ser evitados com o uso de uma tecnica adequada e soluções esclerosantes bem estudadas. O maior perigo é a injeção dentro de um vaso ou na cavidade peritoneal, principalmente quando se usam soluções a base acido-alcool. Com um pouco de pratica e precaução estes accidentes quasi não se dão.

Escolha dos casos — Para se fazer uma estatistica dos resultados finais é necessario uma seleção rigorosa dos casos. As condições primordiais de uma hernia para ser tratada por injeções são: redução facil, tamanho não muito exagerado, grande melhora clinica com o uso da funda. Como unica medida capaz de avaliar comparativamente o tamanho das hernias o A. cita o diametro do anel externo. Quando este diametro é maior do que 3 cm. não deve ser usado o processo. Outras contra-indicações: obesidade, individuos que fazem muito esforço ao defecar ou urinar, tosse rebelde não dominada pelos nossos recursos comuns. A idade não entra em linha de conta. Sifilis, diabete, hemofilia e outras afeções gerais não são contra-indicações absolutas e ficam ao criterio do clinico.

Tecnica — Hernia inguinal direta — O plano do fascia transversalis enfraquecido será infiltrado com uma série de cerca de 10 injeções, com 2 a 3 dias de intervalo. Procura-se com isto reforçar o ponto fraco por onde passa a hernia direta, tal como na intervenção cirurgica se faz suturando o tendão conjuncto á arcada de Poupart, por baixo do cordão 10 a 12 injeções na media dos casos.

Hernia inguinal indirecta — 3 injeções em redor do anel interno, colocadas circumferencialmente; procura-se o mesmo efeito que tem na operação o ponto de Coley estreitando este anel interno 4 a 10 injeções dentro do canal, em redor do cordão; mesmo fim que a sutura da aponevrose do grande obliquo por cima do cordão. Mais algumas injeções no fascia transversalis como na hernia inguinal direta; mesmo fim que na operação a sutura do tendão conjuncto á arcada de Poupart. Algumas ultimas injeções no angulo inferior do triangulo de Hesselbach, proximo ao tuberculo pubiano.

Tanto na hernia inguinal direta como na indirecta, deve-se ainda reduzir o diametro do anel externo, fazendo algumas injeções em sua circumferencia, no plano do aponevrose do grande obliquo.

Nos casos de indicagão perfeita o numero medio de injeções para obter a cura foi 10. Alguns casos requeram menos e outros foram no maximo de 20 a 30.

Considerações gerais e precauções — A agulha ao penetrar na pele deve vir dirigida de cima para baixo, formando com a parede abdominal um angulo de 40°. Desta maneira evita-se a penetração na cavidade abdominal. Si o peritoneo for atingido haverá dôr forte no abdomen inferior e contratura muscular. Si mesmo assim a injeção for feita haverá um pequeno choque, suores frios, pulso lento e fraco, dôr e rigidês da parede abdominal. Estes sintomas desaparecem no fim de 20 a 30 minutos ou no fim de 2 a 3 dias si a injeção for feita em plena cavidade. O A. não usa anestésico previo afim de despistar precocemente estes sinais e evitar assim a injeção peritoneal ou abdominal.

Resultados finais — Começa citando a estatística de Wollrmann: metodo das injeções — 2949 casos; metodos operatorios 1140 — accidentes: reacção inflamatória sem supuração 33 com as injeções e 130 com a cirurgia; supuração franca (abscessos, fistulas estereorais, etc.) 20 com as injeções e 23 com a cirurgia; atrofia testicular 2 contra 5; mortes 1 contra 5.

Reune depois os resultados publicados por Kretzsemar, Mayer, Campos e Subirachs, Jameson, Wolfe, Gray, Wollermann e Bartrud obtendo 6550 casos tratados pelas injeções com 92,6 % de curas. Um questionario que fez entre 23 especialistas mais nos E. U. accusou 2216 casos com 85 % de curas.

Sua estatística pessoal compreende 804 individuos com 1025 hernias; 213 doentes não quizeram se submeter ao tratamento apesar de haver indicado; 115 foram operados por ser contra-indicado o metodo; 97 não levaram ao fim o tratamento. 445 hernias que foram tra-

tadas em 379 destes curaram completamente; o menor tempo de observação post-operatorio destes 379 doentes foi de 6 meses. Tem assim uma percentagem de cura de 97,6 %. Lembra as falhas operatorias avaliadas segundo as melhores estatísticas em 30 % e em geral cerca de 20 %.

Complicações e consequencias — Nas suas 445 hernias teve as seguintes complicações — funiculites 44; ulceração superficial da pele resultante da irritação da funda 8; dôr forte fazendo pensar em irritação peritoneal 10; peritonite química 2, hidrocele do cordão 7; abscessos 2; dermatite 1. A complicação mais frequente, a funiculite, nunca foi mais intensa que a que se segue ás vezes á intervenção. Frequencia das complicações 4 %. Compara seus resultados com os de Gibson e Felter sobre as complicações do tratamento operatorio das hernias em 1618 casos. Observaram estes autores; pneumonia 34 casos; bronquites 3; tosse 30; infartos 8; tuberculose pulmonar 5; epididimite 2; varicocele 23; hidrocele 74; laringite, empiema e influenza 1 caso cada uma: estas complicações segundo os autores não lhe pareceram depender diretamente da intervenção. Esta pôde entretanto ser acusada diretamente de supuração da incisão 70 casos; hematomas 59; orquite 21; ferimento accidental da bexiga 2; ferimento do cordão, e na sigmoide de cada. Ficando só com estas ultimas complicações temos uma media de 9,7 %, superior portanto á primeira.

Conclusões — Comparando os resultados obtidos com o metodo das injeções e os da cura operatoria das hernias, o primeiro se mostra como um processo de muito valor no tratamento de casos cuidadosamente seleccionados. A tecnica não é difficil e será facilmente adquirida por qualquer que se queira dedicar á questão. Deve ser feito com muito cuidado si não nos quizermos expor a resultados poucos satisfatorios.

APLICAÇÕES LOCAIS DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU NAS ULCERAÇÕES CUTANEAS

ERWIN EPSTEIN — The American Journal of Surgery vol. XXXXVI, n.º 2, Maio de 1937, pag. 472

O tratamento local das feridas, ulceras e queimaduras pela aplicação de preparados com uma alta concentração em vitaminas tem se espalhado muito nos ultimos anos, principalmente na Europa. Poucos são entretanto os artigos surgidos sobre o resultado deste emprego. E' o que o autor, analisando 31 casos de sua clinica em que empregou o processo.

Numero de doentes — 31; homens — 21; mulheres — 10; idade do mais velho — 73; do mais moço — 20; tamanho das ulceras variando entre 190 x 160 a maior e 20 x 15mm² a menor, numa media de 3013 mm²; tempo de evolução do processo variando entre 15 anos e 1 semana. Diagnosticos — varizes 14 casos, estreptocóco hemolítico 2 casos,

arterioesclerose 2, escara de decubito 3, traumatismo 2, troficas 2, tromboangite obliterante 1, tromboflebite obliterante 1, tromboflebite 1, acrodermatitis cronica atroficans 1, esclerodermia 1, coecidiose 1, fraturas mal cicatrisadas 1.

O oleo de figado de bacalhau foi usado misturado com partes iguais de lanolina anhidra. Em um certo numero de casos, a titulo de controle, a lanolina foi usada pura. Em 21 casos em que foi usada a mistura oleo-lanolina, houve 14 resultados bons, 3 regulares e 4 maus, ou sejam, respetivamente, 66,6 % 6 % 14,3 % e 19,1 %. Em 10 casos em que só foi usada a lanolina, houve 7 resultados bons, 2 regulares e 1 mau, ou sejam 10, 20 e 10 % respetivamente. Em nenhum caso foi feito outro tratamento, a não ser nas ulceras varicosas nas quais se usou concomitantemente o curativo compressor das varizes. Os diagnosticos foram todos controlados por biopsias, culturas, radiografias e outros processos laboratoriais.

Discutindo os resultados o autor cita como vantagens:

- 1) sedação rapida da dôr;
- 2) desaparecimento mais ou menos rapido dos germes piogenicos;
- 3) desaparecimento do tecido necrosado, deixando uma superficie de granulação limpa;
- 4) rapido processo de epiteliação;

e como desvantagens:

- 1) o cheiro desagradavel com o qual o paciente custa a se acostumar;
- 2) o tecido de granulação se forma mais rapidamente que o tecido epitelial, sendo necessario cauterisar as granulações de tempos em tempos;
- 3) a volta da ulceração si só se emprega a terapeutica local;
- 4) o aumento da toxidês dos germes anaerobios;
- 5) não destroe o bacilo piocianico;
- 6) produz muitas vezes, em pacientes suscetiveis, dermatites por irritação nas visinhanças da ferida.
- 7) não cura o edema de estase peri-ulceroso e não alivia o prurido do mesmo.

Por outro lado, comparando os resultados obtidos com o uso só da lanolina anhidra, não vê no oleo de figado de bacalhau grandes vantagens sobre a mesma.

Suas conclusões são:

1.º — Uma mistura, em partes iguais, de oleo de figado de bacalhau e lanolina anhidra cicatrisou ulcerações da péle em 2/3 dos pacientes tratados.

2.º — A lanolina usada só, traz aproximadamente os mesmos resultados.

3.º — E' possivel que a vitamina do oleo de figado de bacalhau deva o seu poder cicatrisante ao fato de estimular a epiteliação.

4.º — O oleo de figado de bacalhau empregado só, não constitui um tratamento suficiente e não oferece resultados permanentes na maioria das afecções da péle.

Dr. Adair Araujo.

Injecções indolores
de

MERCURIO-NYCE-RODIO-SPI-ALTO-CACODYLATO

PHOSPHARGYRIO

A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injeção diaria ou em dias alternados.

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

Para o seu -
CAFÉ COM LEITE
use o

Café 35

do
famoso

Café Nacional