

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre — 1939

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMIO

Cat. Int. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Catedratico interino de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADÉ HOFMEISTER

REDADORES

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

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

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação:

RUA GENERAL CAMARÁ, 261

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

E. J. KANAN — Escoliose congênita	pg. 481
FRADIQUE CORRÊA GOMES — Estado atual do tratamento da Cervicite	„ 491
RUY FARIA — Modo de Ação e indicações clínicas da transfusão de sangue	„ 503

Boletim da Secção de Cirurgia da Soc. de Medicina Secção de Cirurgia — Atas	„ 520
---	-------

Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina — Atas	„ 525
------------------------------------	-------

ANDRADAS, 1428
TELEFONE, 7700
PORTO ALEGRE



ANÁLISES MÉDICAS - VACINAS AUTÓGENAS

LABORATORIO FAILLACE-CARRION

— EX. LABORATORIO WALDEMAR CASTRO —
D^{rs} J. MAYA FAILLACE - D^{rs} CARLOS M. CARRION

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador
— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro





Prof. João Adolfo Josetti

Prof. João Adolfo Josetti

Oração proferida pelo Prof. Nogueira Flôres, em sessão de
13 de Outubro de 1939.

Exmo. Professor Presidente e demais Consócios da Sociedade de Medicina.

Cumpre-nos, como ex-assistente da 5.^a enfermaria de Cirúrgia de homens da Santa Casa de Pôrto Alegre, dirigida pelo Prof. Josetti, trazer-vos uma singela manifestação de pesar pelo falecimento de nosso mestre, amigo e chefe, referindo-nos ao seu "Curriculum vitae".

O Prof. João Adolfo Josetti havia sido estudante de medicina no Rio, distinto e operoso interno do notável cirúrgico brasileiro Prof. Visconde de Saboia, tornando-se seu lidimo discípulo.

Formou-se em 1884, fazendo importantes cursos de aperfeiçoamento na Alemanha e na França.

Constituiu vasta clínica cirúrgica em Pôrto Alegre, entusiasta da cirúrgia, espirito de moço estudioso e dotado de certa originalidade em seus atos, tempera de lutador e de organizador.

Foi diretor por muitos anos da 5.^a enfermaria de cirúrgia, bem como sócio fundador da Sociedade de Medicina. Era um animador desta Sociedade, fazendo comunicações e publicações de trabalhos originaes, além de pertencer a outras associações nacionais e estrangeiras.

Foi Prof. catedrático da Faculdade Livre de Medicina, sendo também um de seus preciosos valores da fundação.

Era membro honorário da Academia Nacional de Medicina.

Realizou com êxito em 1896 a difícil operação da extirpação do gânglio de Gasser, motivada por violenta nevralgia do trigemio, sendo esta intervenção a primeira dêste gênero executada na America do Sul.

Introduziu com dificuldades apreciaveis e importantes melhoramentos no seu serviço de cirúrgia da Santa Casa de Pôrto Alegre. Fundou há cerca de 40 anos com abnegação a confortável Casa de Saúde de Bela Vista e quiçá tivesse sido em todo Brasil a primeira construida no gênero para a época, moldada em principios técnicos, sendo mais tarde vendida para o hospital militar do Exercito Nacional.

Posteriormente transferiu sua residência para o Rio de Janeiro onde acaba de falecer repentinamente em idade avançada. "Six transit gloria mundi".

Eis meus nobres consócios, o resumo da vida profissional do venerando e eminente Prof. Josetti expoente maximo da Cirúrgia a que veio se reunir aos outros vultos da Cirúrgia Nacional, que contribuíram para o seu engrandecimento, pelo que vos peço um voto de pesar pelo seu falecimento.

Disse.

Outubro de 1939.

Nogueira Flôres.

Escoliose congênita

A proposito de um caso

por

E. J. Kanan

Cat. interino de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre

Há dous meses, exatadamente, fui procurado no meu consultório, a pedido dum distinto coléga, para atender uma criança, portadora duma deformidade que se tornára aparente há pouco tempo.

A menina M. Schiffn..., tem 13 meses de idade, de côr branca, e de nacionalidade brasileira. Nascimento a têrmo, de parto eutócico, tendo a gravidês decorrido normalmente. Antes a mãe tivéra um aborto expontâneo. Chamou lógo a atenção o aspécto da cabeça que era deformada e de consistênciã móle, e só adquirindo maior firmeza após um tratamento adequado (craniotabes?).

E' uma criança de aspecto geral bom.

Nota-se lógo que a cabeça e o pescoço ocupam uma atitude anormal, de franca inclinação para o lado esquerdo, aproximando-se de maneira a quasi tocar o ombro do mesmo lado, e se fazendo em torno dum eixo antero-posterior. A cabeça e o pescoço não sofrem nenhum outro desvío mais. Esta atitude, porém, não é totalmente fixada, pois que se consegue corrigi-la passivamente, sem contudo se chegar a uma hipercorreção.

Evidentemente, não se tratava dum torcicólo espasmodico ou congênito; ademais, o musculo esterno-cleido-mastoideu era normal.

Ao exame da coluna vertebral, nota-se ao nível da região cervico-dorsal uma incurvação de convexidade dirigida para o lado direito. Essa escoliose era relativamente redutivel, vendo-se o apice da curvatura localizado na D3.^a desaparecer gradativamente.

Clinicamente ficou estabelecido o diagnóstico duma **Escoliose Dorsal**. Restava saber si era devida á uma alteração esquelética, ou si entrava no quadro das escolioses infantís por fixação de atitude, de que tem muito contribuido no seu conhecimento Harrenstein, através de diversas publicações.

Foi, então, solicitada uma radiografia da coluna vertebral.

Exame radiológico (vêde figs. 1 e 2):

a) **Coluna cervical**: — Além de pequenas deformações das vertebbras cervicais, percebe-se ainda que a C3.^a e a C7.^a apresentam uma solução de continuidade de eixo oblíquo, de modo a dividir o corpo vertebral em duas metades cuneiformes perfeitamente juxtapostas. Si

se examinar com cuidado a radiografia, chega-se a contar oito vertebra cervicais, em vez de sete.

b) **Coluna dorsal:** — Lesão multiforme das cinco primeiras dorsais. A D1.^a apresenta-se achatada e larga. A D2.^a achatada e reduzida a 2/3 da sua largura, permite que a face inferior da D1.^a se aproxime da face superior da D3.^a, enchendo assim o espaço vazio deixado pela D2.^a incompleta. As D3.^a e D4.^a estão, também, achatadas, e fusionadas na sua metade esquerda. A D5.^a, si bem que de forma perto do normal, ainda está achatada e basculada no seu eixo horizontal, em virtude duma semi-vertebra cuneiforme super-numeraria que se encontra entre a face superior da D5.^a e a face inferior da D4.^a. Esta semi-vertebra está separada, por um espaço interarticular, das demais vertebra vizinhas.

c) **Costelas:**— Do lado direito contam-se 12 costelas torácicas, e uma costela supernumerária cervical, correspondendo á C8.^a, também supernumerária. A 1.^a costela torácica apresenta-se atrofiada, e a 8.^a costela cervical tem a sua extremidade esternal alargada, contraindo relações com a 1.^a costela dorsal, com a qual parece articular-se ou fusionar-se.

Do lado esquerdo as alterações são multiplas. Sem apresentar uma costela supernumerária, entretanto a apofise transversa da C8.^a está hipertrofiada, constituindo um verdadeiro apendice costiforme, equivalente relativo duma costela incompleta. As costelas torácicas contam-se em numero de 11, estando ausente a 2.^a costela. A 1.^a costela, como a sua homonima, está também atrofiada. As extremidades articulares posteriores das 3.^a e 4.^a costelas estão como que imbricadas, e talvez fusionadas parcialmente, mas em correspondência diréta com as D3.^a e D4.^a, que se encontram em sínostose na sua metade esquerda. A extremidade articular da 5.^a costela está hipertrofiada, e um pouco longe da superfície articular vertebral, que se acha por sua vez basculada. Em consequência da disposição anormal dos corpos vertebrais, as 3.^a, 4.^a, 5.^a e 6.^a costelas acham-se intimamente aproximadas nas suas extremidades posteriores. ?

Em resumo, o exame radiológico revela um escoliose dorsal superior direita, por deformações numericas e morfológicas dos corpos vertebrais e das costelas: 8 vertebra cervicais, spina-bifida (3.^a e 7.^a cervicais), 8.^a costela cervical, uma hemi-vertebra super-numeraria, D2.^a cuneiforme, sínostose das D3.^a e D4.^a, atrofia bilateral da 1.^a costela torácica, ausência da 2.^a costela E., anomalias morfológicas das extremidades articulares posteriores das 3.^a, 4.^a e 5.^a costelas torácicas do lado esquerdo.

Importa, agora, conhecer como se formaram essas lesões. Para isso, é necessário que sejam lembradas algumas noções sumarias de embriologia da coluna vertebral.

A corda dorsal, proveniente do estrangulamento da endoderme, tende a desaparecer, só restando no adulto aquilo que será mais tarde conhecido pelo nome de nucleus pulposus, que se encontra incluído no disco intervertebral.

O verdadeiro esqueleto axial é de origem mesodermica, cujo

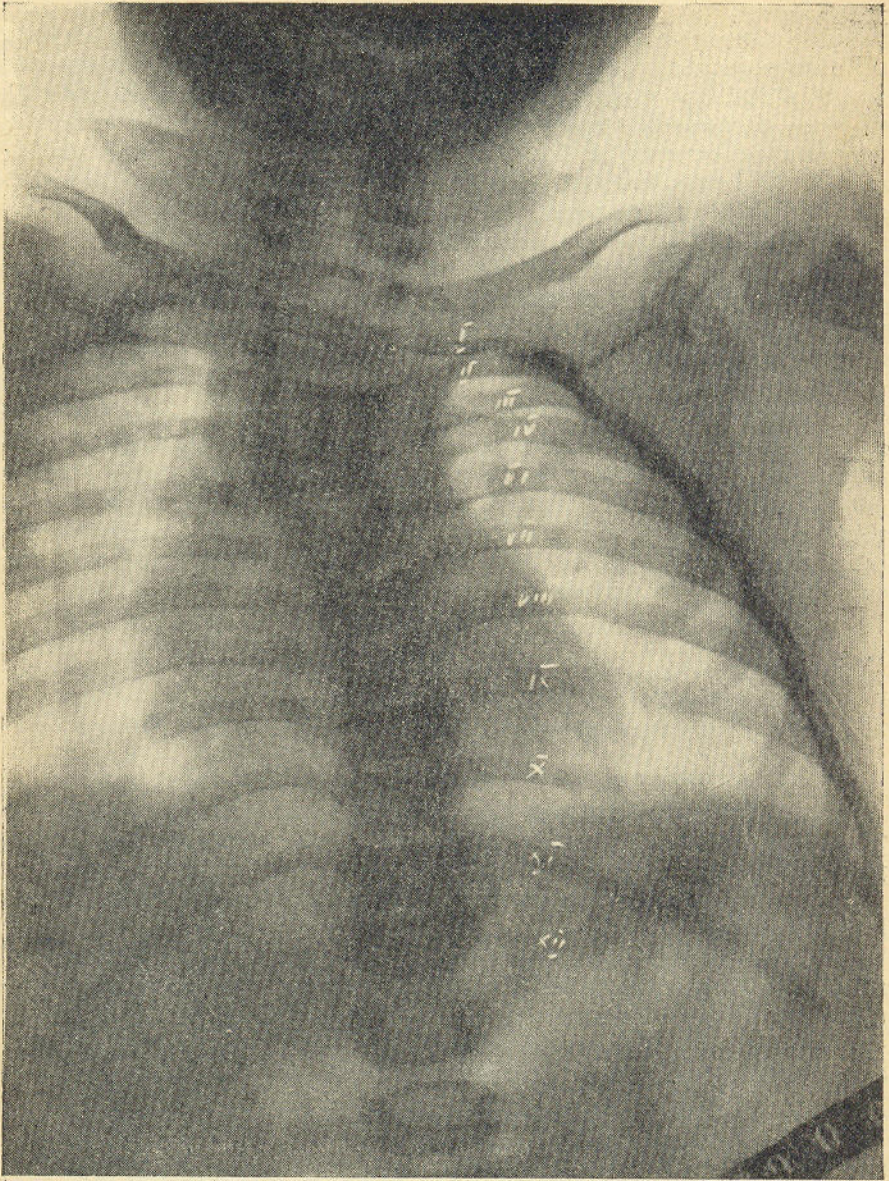


Fig. 1

desenvolvimento passa por três períodos: membranoso, cartilaginoso e ósseo.

No período membranoso, dá-se a fragmentação metamérica de todos os elementos mesodérmicos, formando-se ao nível da raquis uma série de pequenas vértebras ou protovértebras, cujo número é superior ao dos definitivos espondilos. Em seguida, realiza-se uma segunda divisão — a chamada néo-segmentação de Von Ebner. Cada protovértebra ou escleromero se divide numa metade cranial e numa metade caudal. O hemiscleromero cranial se funde depois com o hemiscleromero caudal suprajacente, para constituir uma vértebra. Está, assim, formada a vértebra cartilaginosa, do período cartilaginoso. O período ósseo é caracterizado pelo aparecimento, no fim do 2.º mês de vida intra-uterina, de núcleos de ossificação no tecido cartilaginoso vertebral. A ossificação, que se dá em virtude da penetração vascular nos núcleos cartilagosos, só terminará na idade de 18 ou 20 anos. (Richard e Dubau).

Conforme Putti, a ossificação vertebral se fará por seis pontos: os dois pontos anteriores formarão o corpo, os dois posteriores constituirão a parte posterior do arco neural, e os dois laterais farão a porção anterior do arco neural: pedículos, apófises articulares e costiformes. Segundo esse esquema (Fig. 3) pôde-se, perfeitamente, compreender as diversas anomalias de desenvolvimento vertebral, cujo início vem do período blastomérico.

Richard e Dubau dividem as deformações vertebrais em:

- a) Anomalias do período membranoso;
- b) Anomalias do período cartilaginoso;
- c) Anomalias do período ósseo.

Nas anomalias do período membranoso estão:

a) ausência de fusão das duas metades laterais: completa ou parcial (somatoquise ou spina-bífida anterior — spina bífida do arco posterior);

b) má fusão: achatamento anterior do corpo vertebral, vértebra cuneiforme.

c) a segmentação mesodérmica pôde causar anomalias numéricas; a néo-segmentação de Von Ebner também pôde determinar anomalias no desenvolvimento dos hemiscleromeros.

Junghans (1938), estudando as deformações vertebrais, divide-as, segundo o seu período de desenvolvimento, em:

- a) Anomalias do período cartilaginoso;
- b) Anomalias do período ósseo.

No período cartilaginoso, cada vértebra está dividida em duas metades simétricas, em consequência da existência da corda dorsal e dos seus prolongamentos anterior e posterior. A fusão das duas metades só se dará pelo seu desaparecimento. A sua persistência determinará a formação de anomalias como a somatoquise (spina-bífida anterior) e a spina bífida do arco posterior.

A ossificação começa pela penetração vascular por dois pontos

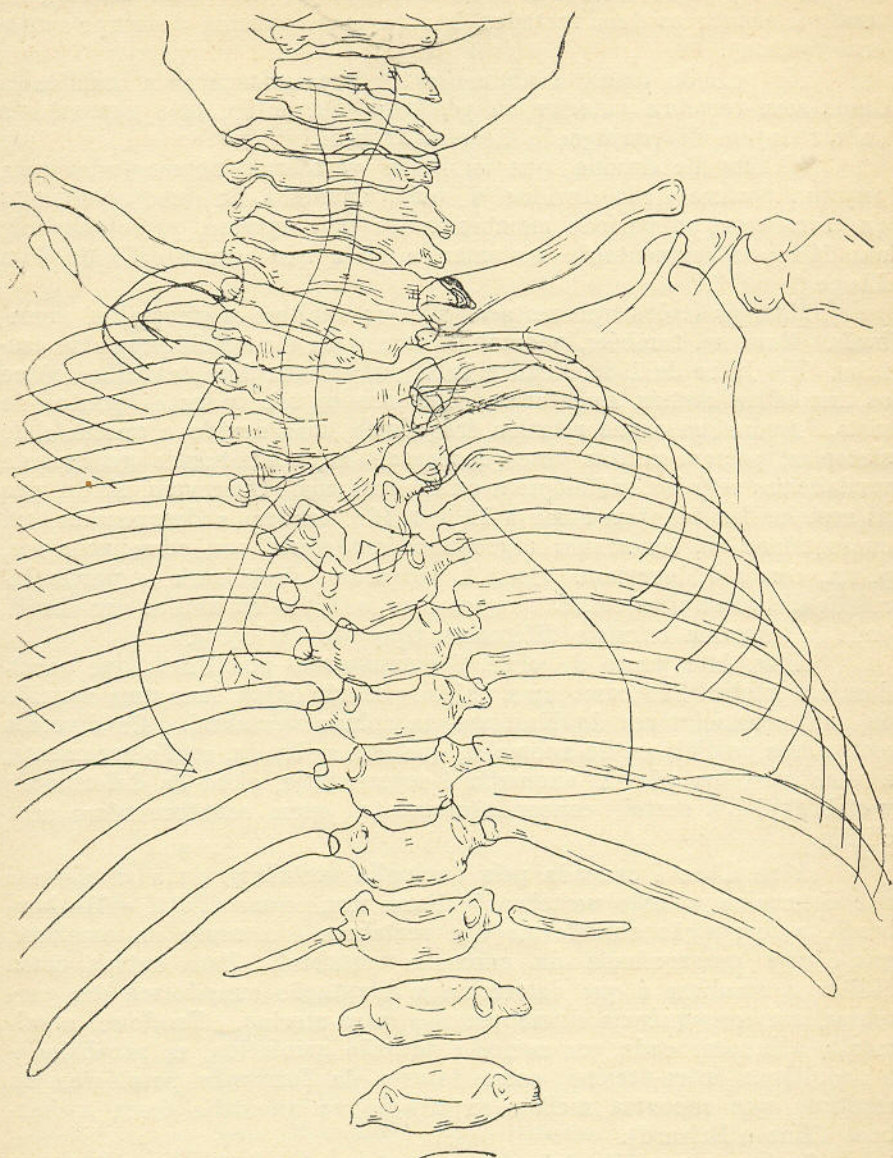


Fig. 2

da vertebra, um anterior e outro posterior, separados por uma cartilagem de conjugação de direção frontal. Si a ossificação atingir só uma metade, a anomalia será então formada por uma semi-vertebra lateral; si atingir as duas metades, haverá uma agenesia do corpo vertebral (asoma).

No periodo ósseo, a anomalia se caracterizará pela existência duma semi-vertebra anterior ou posterior, ou, então, pela persistência da cartilagem de conjugação de eixo frontal.

E' fóra de duvida, que as lesões vertebrais apresentadas pela pequena paciente, são devidas a uma anomalia de desenvolvimento que remontam ao periodo membranoso e cartilaginoso, principalmente nas fases de segmentação metamérica e de néo-segmentação de Von Ebner.

Mas, as lesões apresentadas não se limitam a anomalias vertebrais. Existem, também, anomalias numericas e morfológicas das costelas. Em julho de 1938, Beau e Trial publicaram dous trabalhos sôbre as anomalias costais, que foram consideradas sob todos os pontos de vista. Assinalam a sua relativa frequência, mas devido a ausência de sintomas, passam muitas vezes despercebidas, constituindo geralmente verdadeiros achados radiológicos ou de autopsia. Observam, ainda, que as costelas limites, tais como a 1.^a e a 12.^a, tendem a desaparecer, em consequência de fenomenos regressivos característicos, como acontece, p. ex., com a 7.^a cervical. Os AA. salientam, ainda mais, a particularidade das anomalias costais surgirem ao lado das anomalias vertebrais, onde apresentam os mais diferentes tipos de variações.

Aliás, êste ponto de vista, é corroborado por Putti, que considera a vertebra não como uma unidade morfológica, mas uma reunião de partes elementares do blastema da coluna vertebral. Os diversos metameros participam da anomalia, que não se limita, senão raramente, a uma vertebra só. A anomalia é segmentaria, além da deformação vertebral há a costal, concomitantemente, como acontece nêsse caso clínico.

A escoliose é causada pela anomalia vertebral, ou a escoliose é que determina a lesão vertebral? Para uns, como Putti e Haekenbroch, a disposição cuneiforme das vertebbras é a causa da escoliose, que é uma consequência da anomalia vertebral. Para outros, como Müller, a escoliose é que determina a adaptação cuneiforme das vertebbras, em consequência duma pressão intra-uterina. Tende-se, atualmente, a invocar cada vez menos a pressão amniótica, as paralisias e o raquitismo intra-uterino, como fatores da formação patológica da escoliose, que encontra melhor explicação na anomalia óssea assimétrica (Hue e Brisard).

Será que a sífilis (aborto espontâneo da mãe — craniotabes) tenha contribuido como causa dessas anomalias de desenvolvimento? E* possível, mórmente si se pensar com os que consideram a lues, como elemento etiológico de primeira importância na determinação das deformidades congêntas.

A escoliose congênita só se evidêcia, algumas vezes, alguns anos depois do nascimento. A deformidade é notada, muitas vezes, quando

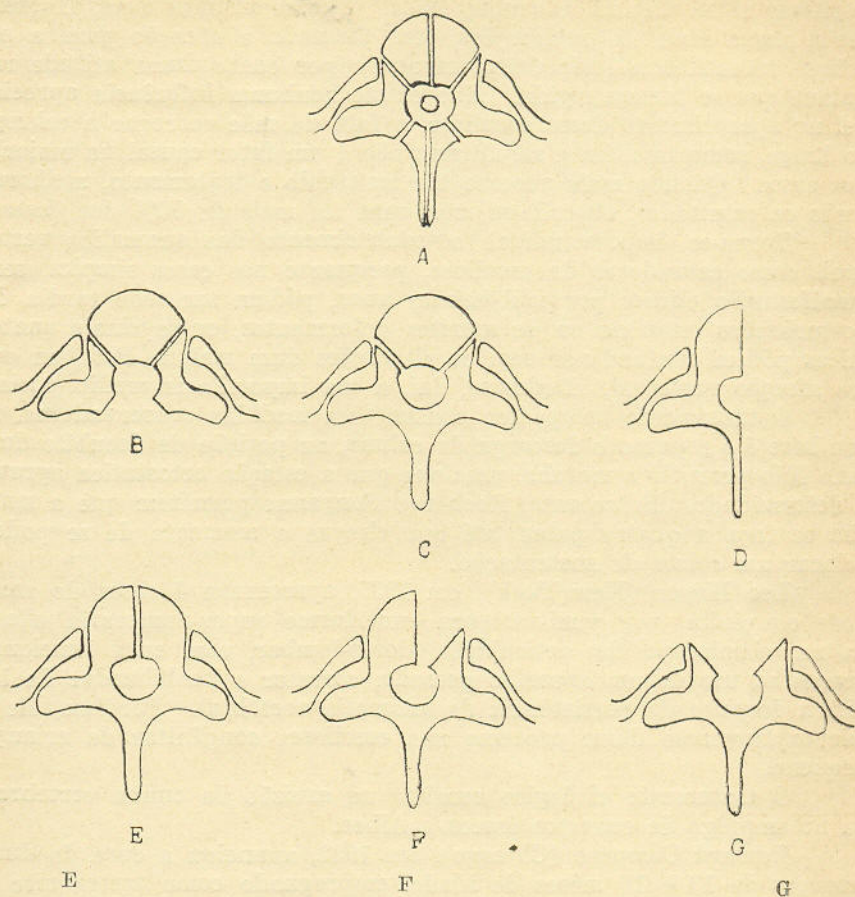


Fig. 3 (Segundo Putti)

- A. Os seis pontos de ossificação da vert. normal
- B. Spina-bifida posterior
- C. Espondiloquise
- D. Hemispondilo
- E. Spina-bifida anterior ou somatoquise
- F. Hemisoma
- G. Asoma.

a criança começa a caminhar ou quando se põe de pé. Nêsse caso o incurvamento da coluna se acentúa, mostrando o nível da escoliose. E' preciso, nêsses casos, radiografar a coluna vertebral, a-fim-de se verificar si há alguma anomalia óssea. Nêsses ultimos anos, Harrenstein, numa série de publicações, tem chamado a atenção para a escoliose infantil sem lesão óssea, correndo por conta duma atitude raquiana que se tornou rigida. Não existe nenhuma influência apreciavel no aparecimento dessa escoliose, o fato da mãe carregar a criança ao braço, como também o raquitismo não é um fator causal na maioria dos casos. Quando mais precoce fôr instituido o tratamento, melhores serão os resultados, obtendo-se uma cura em mais de 50% dos casos.

Torna-se imprescindivel o conhecimento das anomalias vertebraes como causadoras da escoliose, porquanto nos casos simples, sem manifestação clínica por muitissimos anos, pôdem ser séde tardia de perturbações estaticas ou de artrites deformantes, cujos sinais anatomicos pôdem confundir-se com as alterações dum mal de Pott, ou outra afecção vertebral. Deduz-se, daí, a sua importância medico-social.

O tratamento ortopédico consiste em medidas conservadoras. A sua base é o repouso e descarga da coluna, na posição de decubito dorsal. Não permitir a marcha, uma vez que a estação ortostatica agrava a deformidade. Entretanto, Rocher e Pouyanne permitem que a marcha se faça a quatro patas, até que chegue o momento de se poder colocar um colete de sustentação.

Leo Mayer (New York), em 1935, apresentou 4 casos de escoliose congênita, por semi-vertebra cuneiforme super-numeraria situada na vizinhança da articulação dorso-lombar, com cura funcional graças ao uso de um aparelho gessado, corretor e imobilizador da lesão, a despeito da persistência da anomalia vertebral. Por isso, êle é adepto fervoroso dêsse processo nas escolioses congênitas da criança pequena.

O tratamento cirúrgico consiste na excisão da cunha vertebral, ou no emprêgo de enxertos ósseos a Albee.

Edward Compere (Chicago), em 1932, anunciou a cura de duas crianças de 13 e 16 meses de idade, empregando como tratamento a ressecção das semi-vertebras. Reviveu uma técnica que tinha sido preconizada por Mouchet, em 1899, Codivilla, em 1901, e praticada por Roj von Lackum, Smith e Hibbs. Caíra em esquecimento por ser difficil e perigosa. Agora foi revivida por Compere, em virtude do seu sucesso.

Carlo Novak (1938), estudando e analisando os diversos tratamentos da escoliose congênita por semi-vertebra, aconselha a fixação da coluna por enxerto ósseo nas fórmulas dolorosas, ou quando existe uma artrite inter-apofisária, como uma intervenção mais simples e mais eficiente.

Bibliografía

- 1) Compere (Edw. — L.) — Escoliose congênita por semi-vertebras tratamento por excisão da semi-vertebra. — Journal of B. and J. Surg., 1932, 3:555.

- 2) Rocher e Pouyanne — Sôbre um caso de escoliose congênita com deformações vertebrais e costais multiplas. — Com. á S. anat.-clin. Bordeaux, in J. Méd. Bordeaux, abril 1934:304.
- 3) Richar e Dubau — Problemas clínicos e terapeuticos das deformações congênitas dos corpos vertebrais. — Com. á XVIII R. Anual da Soc. Fr. Ort. in Rev. d'Orth. 1936, 5:662.
- 4) Rocher e Poyanne. — Escoliose congênita dolorosa com deformações vertebro-costais; enxerto vertebral; cura funcional. Com. á Soc. anat.-clin. Bord., in J. Méd. Bordeaux, 1938:104 e 743.
- 5) Junghanns (H.) — As deformações dos corpos vertebrais. Arch. orth. und unfall-chir. t. 38, fas. 1, pg. 1, resumo in Rev. Orthop. 1938, 3:167.
- 6) Novak (C.) — Contribuição ao estudo da escoliose congênita por semi-vertebra. — Arch. di Med. e Chir. 1938, 4:377.
- 7) Beau e Trial. — As anomalias costais. — Rev. méd. de Nancy, 1 e 15 julho 1938.
- 8) Mayer (Leo). — Tratamento da escoliose congênita por semi-vertebra. J. B. and J. Surg., 1935, 3:671.
- 9) Lucchi (G.). — Sôbre uma rara deformação congênita da raquis. La chir.d.o. di mov. 1939, 4:309.
- 10) Harrenstein (R.J.) — Sôbre a escoliose dos lactentes e das crianças pequenas. Rev. Ort. 1936, 4:289.
- 11) Harrenstein (R.J.) — Escoliose nas crianças pequenas. — J. of B. and J. Surg., 1938, 4:1070.
- 12) Hue e Brisard. — In Traité d'Orthopedie, 1937.

Novidade!

Suprifen

o novo analeptico
e tonicardiaco
em gotas e ampolas



A Chimica "Bayer" Ltda.

Estado atual do tratamento da Cervicite

por

Fradique Corrêa Gomes

Cervicite é a inflamação do segmento vaginal do utero. O processo pôde atingir a superfície ou a espessura da cervice, ou então pôde localizar-se no proprio canal cervical, falando-se neste caso em endo-cervicite. As lesões da endo-cervicite limitam-se ao canal intra cervical, não havendo manifestações anatomicas externas (erosões), estendendo-se, pois, do orificio externo ao orificio interno, o qual constitúe barreira á propagação da infecção á cavidade uterina. Vencida esta barreira, a infecção inicia o seu curso acendente, atacando em primeiro logar ao endometrio, o que já constitúe uma complicação da cervicite.

A cervicite é afecção muito encontradiza, podendo atacar a mulher em qualquer periodo da sua vida.

A causa mais frequente é a gonococcia (60%), á qual associa-se em breve tempo — em grande numero de casos — a infecção secundaria entretendo o processo que se torna chronico e se propaga. Além disso, a infecção pôde ser contraída no puerperio, ou ser accidental. O estreptococo, o estafilococo e o colibacilo pôdem ser os responsaveis; entretanto, as mais das vezes o processo deve-se a uma associação deles. A tricomona mais raramente é responsavel pelo processo. São os piogenos que em geral provocam as lesões accessórias da cervicite, depois de atingirem os tecidos subjacentes; o gonococo é um germen de superficie.

O **conflito epitelial** ao nivel do limite entre os epitelijs de revestimento da superficie e do canal cervicais, observado em diversos estados fisiologicos (puberdade, maturidade sexual, gravidez, etc.), reacende-se por ocasião da inflamação. O cólo uterino é revestido por um epitelio chato, que em consequencia do proprio surto agudo da inflamação, e do contáto com as secreções patológicas, irrita-se, macera-se e descama-se deixando o córion a descoberta, o que constitúe a **ulceração**. Então o tecido conjuntivo infiltra-se e ulcera-se, formando a **erosão propriamente dita**. Esta **erosão** dura pouco tempo, porque o epitelio cilindrico que reveste o canal cervical vem cobrir transitoriamente a superficie desnuda do córion, transformando-a em **pseudo erosão simples**, que representa a primeira fase da cicatrização, e apresenta uma superficie algo salicente, irregular e secretante, em continuidade com o revestimento do canal cervical, ou isolada dele. Na segunda fase da cicatrização o epitelio chato insinúa-se por debaixo do

epitélio cilíndrico transitório, despegando-o e substituindo-o em definitivo. Desaparece assim a **pseudo erosão simples**, voltando á integridade o revestimento cervical.

Entretanto, na maior parte das vezes a primeira fase da cicatrização é muito demorada, devido á grande infiltração do eóron. E acontece então, que, o epitélio cilíndrico — de natureza secretoria — que está fazendo o revestimento transitório, determina a formação de glandulas na superficie da cervice, onde normalmente não as encontramos. Constitúe-se assim a **pseudo-erosão-folicular**, dita tambem glandular.

Quando o processo inflamatório entra em regressão, o epitélio chato definitivo insinuando-se por debaixo do epitélio cilíndrico transitório vai destaca-lo e substitui-lo. Porém as glandulas néo-formadas, cujos corpos mergulham mais ou menos profundamente na espessura da cervice, não se descolam facilmente (na 2.^a fase de cicatrização), como a camada simples. Vem daí que, o epitélio chato definitivo ou passa em ponte sôbre o orificio externo das glandulas (que não foram descoladas como a camada simples o foi), obstruindo-o e encistando-as, ou então o epitélio chato definitivo insinuando-se pela luz da glandula vai enche-la dum tecido epitelial desordenado. Assim formam-se, no primeiro caso, cistos de retenção contendo muco ou púz, conhecidos como óvos de Naboth. No segundo caso, formam-se nódulos resistentes de tecido epitelial.

Si os condutos glandulares invadidos pelo tecido epitelial acham-se muito hyperplasiados, culminando, diz-se que ha **pseudo erosão papilar**, a qual passa, por transformação insensível a formação adenomatosa difusa do cólo uterino. Estes nódulos da pseudo erosão papilar dão ao táto a mesma impressão de irregularidade que o carcinoma, e tambem sangram facilmente como êste, podendo pois prestar-se á confusão, tanto mais que o próprio aspéto tem as suas semelhanças. Esta proliferação, que leva ao adenoma, póde levar — e frequentemente leva — á cancerização. Eis porque, considerando a frequência com qua as erosões — e mais especialmente as pseudo erosões papilares — terminam pela cancerização, eis porque são elas consideradas como lesões pré-cancerosas.

A leucoplasia, de muito valor como lesão pré-cancerosa, muitas vezes acompanha as erosões.

Além das erosões inflamatórias, existem as **pseudo-erosões congênitas**, que se apresentam desacompanhadas de sintomas clínicos claros, evidenciando apenas ligeira hiper-secreção. Elas correspondem á permanência dum estado fetal na zona de conflito epitelial, durante a idade adulta.

A dilaceração das paredes do cólo, com eversão do ou dos labios, com cicatrização defeituosa ou incompleta, ou então a hipertrofia determinando a proeminencia e a exposição da mucosa intra-cervical, cream o que se chama de **ectropion**. Nestas condições a mucosa endocervical fica exposta aos insultos dos traumatismos e do meio septico da vagina, irritando-se e inflamando-se facilmente, e se apresentando, então, edemaciada e intensamente rubra. A diferenciação en-

tre ectropion e erosão simples é, ás vezes, difficil. Aprecia-se o ectropion especialmente nos cólos rasgados ou nos cólos em "bico de pato".

* * *

A **sintomatologia** da cervicite intensifica-se muito quando esta se propaga, na infecção ascendente.

Na **cervicite aguda**, o colo congesto, edemaciado, inflamado, deixa ver um orificio externo sem operculô mucoso, por onde escôa púz amarelo e espesso que vai recobrir a superficie da cervice, determinando em poucos dias a sua erosão, conforme já vimos. Na fase aguda da cervicite pôde não haver sintomas subjetivos, e frequentemente, mesmo, as doentes não se queixam de dores ou de sensações de plenitude. Nesta fase o colo está aumentado de volume, endurecido pela proliferação intensa do tecido conjuntivo e pelas formações cisticas glandulares; as proprias glandulas apresentam muitas vezes processo de hiperplasia que chega á constituição de pequenos tumores denominados polipos mucosos ou sejam néo-formações inflammatorias, pertencentes ao grupo dos adenomas ou fibro-adenomas.

A **cervicite crônica**, seguidamente não apresenta sintomas subjetivos. A cervice pôde estar mais volumosa, porém é menos rubra. As erosões e as pseudo-erosões inflammatorias poderão ser notadas. O corrimento, ás vezes ainda abundante, de aspéto cremoso ou mais transparente, viscoso, lembrando a clara de ovo, pôde ou não ser fétido. Em determinados casos a leucorréa é sanguinolenta, atestando a existencia de lesões cervicais de vulto. As cervicites crônicas raramente determinam metrorragias; entretanto, erosões extensas, adenomas ou fibro-adenomas exteriorizados pelo orificio externo pôdem determina-las por ocasião de traumatismo durante o coito, por exemplo, ou durante irrigações vaginais com canulas improprias ou mal dirigidas. Assim sendo, geralmente não têm maior significação clínica. As menorragias são mais frequentes, podendo depender exclusivamente da cervicite crônica, e são explicadas pela congestão crônica do cólo uterino, decorrente do processo inflammatorio. A dôr, quando aparece, pôde ser expontanea, ou provocada pelo tóque ao nível dos ligamentos utero-sacros, e explica-se pela extensão do processo inflammatorio aos linfáticos que transitam por aí. Nêstes casos as doentes queixam-se tambem de sensação de plenitude no baixo ventre.

A leucorréa é o sintoma constante, obrigatorio, das cervicites. Os demais, dôr, menorragias e metrorragias, dependem da extensão das lesões, e, muitas vezes não aparecem no quadro clínico.

* * *

Embóra possa evoluir isolada, especialmente no estado crônico, quando as lesões do introito já cederam, a cervicite acompanha-se frequentemente de lesões da mesma natureza nas partes superiores do tractus genital, e no tecido conjuntivo da pelve, surgindo então as **complicações**, representadas por endometrites, miometrites salpingites, ovarites, parametrites.

A leucorréa traz, muitas vezes, como complicação, o prurido vulvar, o eritema e a liquenização das regiões circunvizinhas externas, pela ação sobre a pele.

A leucorréa persistente, muito rebelde ao tratamento, pôde ter influência nociva sobre o sistema nervoso de pacientes predispostas aos estados psicicos, facilitando a instalação de psico-neuroses ou de um complexo de inferioridade. Estas condições viriam auxiliar a própria infecção no desnível do equilibrio orgânico.

Devido ás comunicações linfaticas entre a cervice e o assoalho vesical o processo inflamatório crônico da cervice pôde provocar fenomenos de cistite, mais ou menos intensos, que desaparecem com a cura da cervicite.

Alguns autores acreditam que a modificação do meio cervical, durante as cervicites, pôde ser responsavel por determinadas fórmas de esterilidade.

TRATAMENTO

A endometrite cervical ou cervicite, é uma afecção frequente que, abandonada ou tratada por meios pouco efficientes leva a diversas complicações, como vimos. E mais do que isso, insidiosamente transforma-se, evoluindo para a malignidade sem sintomas alarmantes, vindo surpreender, na maioria das vezes, já demasiadamente tarde.

Por isto o tratamento da cervicite assume uma feição toda especial e de grande importância.

Não vem dos nossos dias a preocupação pelo tratamento eficiente da cervicite. Inumeros métodos terapeuticos têm se sucedido, em todas as épocas, porém quasi todos igualmente inuteis como processos de cura. Hoje não é mais admissivel o emprego de métodos antigos e sobretudo inefficazes no tratamento das inflamações da cervicite. Eis porque vão desaparecendo as applicações topicas no canal cervical com as soluções de nitrato de prata, cloreto de zinco, mercurio cromo, acido cromico, formol, e tantas outras substâncias que, na maior parte das applicações não chegavam ao contáto da mucosa da endocervice porque o algodão que as conduzia era, em regra, expremido já ao transpôr o orificio externo do cólo. As irrigações vaginaes tambem não exercem sua ação sobre a mucosa endocervical, e servem unicamente para limpar a portio do muco-pús segregado pelas glandulas do canal cervical. Tambem os tampões e ovulos, tanto os que contém substâncias quimicamente ativas como aqueles que se dizem ter ação radio-ativa, não apresentam resultado satisfatório. Recentemente, Werbatius e Kritchewsky propuseram um novo método para o tratamento das cervicites e das erosões do colo por meio de solução amoniacal de saes de prata em injecões na submucosa do colo, o que determinaria a destruição das bacterias sem prejuizo nem alteração do ritmo da vida celular.

Do emprego de tudo isto, é bem possivel que só se obtenham alguns resultados com os ovulos de glicarina e as irrigações quentes, por seu efeito descongestionante.

Essas diversas substâncias, na sua maioria ineficazes como elemento curativo das cervicites, são quasi todas irritantes, e portanto não podem ser usadas durante muito tempo, enquanto se espera que sobrevenha a melhora ou a cura. A irritação prolongada do colo, quer de ordem patologica, quer produzida por meios therapeuticos, é um elemento que vem favorecer a cancerização. Não é razoavel, portanto, o emprego dessas substâncias irritantes, justamente quando devemos tratar de fazer a profilaxia do cancer. Não é razoavel, e é nocivo.

* * *

Concluimos pois, pela necessidade de abandonar êsses pretensos meios therapeuticos em favor de outro método que leve á cura em tempo breve, diminuindo o periodo da irritação pelas secreções patologicas, e não acrescentando á ação destas a sua própria ação irritante, diminuindo consequentemente as possibilidades da transformação maligna.

A frequencia da cancerização das lesões da cervicite nos ensinou que não estamos em face de afecção banal e sem maior importância.

* * *

Os germens de infecção abrigam-se nas glandulas da mucosa endocervical, e não são atingidos pelos processos que os visam, uma vez que seja conservada a integridade da mucosa da endocervice. Por isso, na grande maioria dos casos, somente a destruição ou a exeresé desses tecidos consegue debelar o processo inflamatório. Isto não quer dizer que processos conservadores tenham sido sempre ineficazes: conhecem-se casos em que êles deram bons resultados.

As lesões que se constituem nas mucosas endo e exocervical são de caráter irreversivel, devendo ser destruidas ou removidas para que se obtenha a cura. E' esta a razão do fracasso do tratamento dirigido contra o germen — tratamento etiologico. Bucura, Basset e Poineloux divulgaram a vacinoterapia pélvica e exaltaram os seus méritos no tratamento da cervicite crônica. Entretanto os resultados dêste método tem desiludido a quantos o tem experimentado. Também a vacinação local não dá resultados visiveis. Quanto á vacinoterapia geral, é incontestavel que auxilia o organismo no combate á infecção; a leucorréa diminue muito, porém retorna quando a vacinação cessa. Além disso a vacinação não inflúe sôbre as lesões já constituídas.

Resta-nos considerar os processos cirúrgicos e os processos fisicos, uma vez que os processos **médicos** já foram revistos; dêstes fazem parte, ainda, os processos de cauterização por meio de agentes quimicos, dos quais o mais conhecido é o caustico de Filhos, muito usado pelo dr. Fausto de Veiga, de Montevidéo, porém completamente abandonado no Brasil.

* * *

Os processos **cirúrgicos** ainda hoje encontram indicação. Falhando a fisioterapia, ou não sendo indicada, existindo condições de ordem anatomica — prolapso uterino, alongamento hipertrofico do colo — a indicação cirúrgica se impõe.

Entretanto, as exeréses cervicais não eliminando completamente o condúto cervical, não afastam a possibilidade de recidivas. Além disso, abortos e partos prematuros são frequentes após a intervenção devido á estenose cicatricial que impede a evolução normal da gestação. Apesar disto, um beneficio deve-se atribuir ao método, é a profilaxia do cancer do colo.

São vários os processos cirúrgicos. Contam-se entre os principais: a amputação infra ou supra vaginal (alongamento sómente da portio vaginalis ou alongamento á custa da porção média ou superior do colo); o esvaziamento conoidal de Potey, o esvaziamento conico de Sturmdorf e a operação de Schröder, que são indicados quando não ha alongamento hipertrofico de nenhum tipo nem rupturas consideraveis alcançando a aboboda vaginal.

As raspagens, como ato cirúrgico que são, devem ser consideradas aqui.

* * *

Os processos **fisioterapicos**, mais especialmente a **diatermo-coagulação** vem constituir o tratamento por excelencia da cervicite. Com efeito, a D. C. destróe a mucosa do canal cervical e com ela as lesões que aí se estabeleceram, e dirétamente destróe as lesões externas. Como vimos ha pouco, as lesões da cervicite são irreversiveis, sendo necessário destruil-as ou remove-las para se chegar á cura.

Sóbre os demais métodos de destruição a D. C. apresenta as seguintes vantagens:

- 1 — a cicatriz não é retrátil, e é menos fibrosa.
- 2 — applicação facil, sem preparo prévio, sem anestesia.

Sómente nas hipersensiveis torna-se necessario uma ligeira anestesia.

- 3 — nos casos de evolução normal o post-operatório só requer repouso.
- 4 — na grande maioria das vezes basta uma unica applicação.

No entanto, a diatermo-coagulação não é inofensiva. E' necessaria a observância de certos detalhes de técnica para a obtenção de resultados absolutos.

O método mais empregado de diatermia cirúrgica é o método bi-polar, que póde ser mono ou bi-ativo: Até bem pouco tempo usava-se o método mono-ativo no tratamento das cervicites. Agora começa-se a usar, e cada vez mais, um processo mixto, mono e bi-ativo, reunindo, assim, as vantagens de ambos os processos, sem os inconvenientes da adaptação dos dois tipos diferentes de eletrodios, graças á aparelhagem intermediária do dr. W. Paixão, do Rio de Janeiro.

O processo **mono-ativo** é superior ao bi-ativo para tratar as lesões externas do colo, tais como pseudo erosões, ectropions, cistos

glandulares, pequenos polipos, pois pôde-se empregar um tipo de eletrodio especial para cada um desses casos, facilitando e aumentando a eficiência da aplicação (plaquetas, esferas, lancetas, etc.).

O processo **bi-ativo** apresenta grande vantagem no tratamento da endocervice, ainda em razão da forma dos eletródios, que são em haste, ambos de tamanho e superfície igual, situados paralelamente, separados por uma substância isolante, tendo o conjunto a forma de um cilindro com meio centimetro de diametro por quatro de comprimento. Assim sendo, o eletródio é facilmente introduzido no canal cervical, e coagulação faz-se simultaneamente em duas faixas longitudinais diametralmente opostas correspondentes aos eletródios. Basta uma rotação de 90 graus sobre o eixo do cilindro para que a coagulação seja levada aos segmentos que não tinham sido atingidos, pois a superfície de cada eletródio iguala a quarta parte da superfície total do cilindro.

Desta maneira obtém-se uma destruição regular e homogênea sem possibilidade de ficar uma porção da mucosa da endocervice sem ser tratada, o que não se obtém com segurança no processo mono-ativo, pois um eletródio esferoide devendo percorrer o canal cervical ás cégas, pôde deixar de destruir partes da mucosa, agindo demasiadamente noutras porções.

Contraindicações da diatermo coagulação

- 1 — lesões agudas ou sub-agudas do aparelho genital em qualquer das suas regiões (vulvar, vaginal, uterina, peri-uterina, anexial. Cervicite em fase aguda).
- 2 — proximidades da menstruação.
- 3 — gravidez.

Técnica da diatermo coagulação.

Retirada do muco endo-cervical com algodão embebido em agua oxigenada, ou por meio de uma lavagem, esponjando depois o cólo.

Introdução do eletródio bi-ativo no canal cervical. Fechamento do circuito por meio do botão interruptor do revolver.

Interrupção da corrente, retirada do eletródio, inspecção da coagulação obtida (orla esbranquiçada em torno do orificio externo do colo).

Nova introdução do eletródio para aplicação cruzada, fazendo um giro de noventa graus sobre a posição anterior.

Substituição do eletródio bi-ativo pelo mono-ativo, dispensando um dos fios que vai ao revolver e substituindo-o por outro fio que vai do aparelho ao eletródio indiferente (placa). Escolha do eletródio mono-ativo mais aplicado ao caso e destruição da lesão externa.

Post-operatório

Repouso no 1.º dia, que será prolongado si houver reação anexial. (Dôr no baixo ventre).

Aumenta o corrimento após a aplicação devido á transudação originada da hiperemia secundaria. Este corrimento é fétido, ás vezes, em virtude de fragmentos do tecido necrosado que são assim expulso. O corrimento dura até o 15.º ou 20.º dia, quando se dá o desprendimento da escára.

Lavagens vaginaes com agua destilada e agua oxigenada em partes iguais, uma vez ao dia.

Evolução da escára

Logo após á applicação surge em torno do ponto tocado uma orla esbranquiçada denunciando o tecido coagulado. Nos dias que seguem esta parte vai se tornando mais escura e aderindo fortemente aos tecidos subjacentes. A escára desprende-se entre o 15.º e o 20.º dia, dando lugar a uma hemorragia mais ou menos abundante, ás vezes. Caíndo a escára, fica exposta uma superficie de granulação que sangra ao tóque, e que cicatriza a custa do epitélio pavimentoso. A cicatrização se completa entre o 30.º e o 40.º dia, ficando o cólo com aspéto normal.

Complicações

Imediatas — aparecem logo após a diatermo coagulação e dependem directamente da coagulação massiva dos tecidos:

a — **Hemorragia imediata** — quando a coagulação é insufficiente ou é praticada durante as inflamações agudas da cervice, durante a gravidez ou nas proximidades da menstruação. Basta retificar a applicação insufficiente.

b — **Complicações inflamatórias** — resultantes da re-activação de processos inflamatórios do aparelho genital, ou de néo-infeccção.

A primeira é uma complicação grave, chegando frequentemente á peritonite, e deve-se a uma coagulação extemporanea.

Mediatas — são as que sobrevêm dêsde a quéda da escára até o momento da completa cicatrização do cólo:

a — **Aglutinação do orificio externo do cólo** — isto é, obliteração do orificio externo por uma tenue membrana que póde ser eliminada com a primeira menstruação, ou, caso seja muito resistente, originar um hematometrio.

b — **Hemorragia tardia** — São frequentes as pequenas hemorragias por occasião da quéda da escára; as graves, são raras, e devem-se a coagulações demasiadas, estados congestivos da pélve, e tendencia hemorragípara. No tratamento desta complicação uma nova coagulação é preferível ao tamponamento, que ás vezes traz sérios embaraços.

Tardias — aparecem após a cicatrização do cólo.

A complicação tipica é a **estenóse**, total ou segmentária, do canal cervical. Este accidente depende quasi sempre de má técnica ou de má indicação.

Quer total, quer segmentária, a estenose póde ser completa ou incompleta, obstruindo ou apenas dificultando a passagem do fluxo

menstrual. As conseqüências variam com o gráu da estenose, indo desde o síndrome dismenorréico de tipo expulsivo até á peritonite originada na hematocéle infectada.

Resultados obtidos com a diatermo coagulação.

Logo após a cicatrização não são mais distinguidos vestígios das lesões; o cólo apresenta-se normal em aspéto e elasticidade, pois a fibrose cicatricial é muito pouco acentuada.

Como resultado tardio observa-se uma cura anatomica sem restituição integral, pois o canal cervical que antes era forrado por epitélio cilíndrico mucoso, apresenta-se, depois da cicatrização, forrado por epitélio pavimentoso, vindo da exocervice. Além disso, alguns fundos de saco glandulares não destruidos permanecem sepultados na espessura da cervice, sem comunicação com a luz do canal. Apesar disso, o resultado funcional é ótimo, pois a mais importante das perturbações funcionais e a mais frequente delas — o corrimento, cessa, na maioria dos casos com uma unica aplicação.

Alterações histologicas produzidas pela coagulação.

Alterações imediatas — nos tecidos atingidos pela aplicação desenvolve-se um processo de necrose de coagulação, de aspéto vitreo.

Alterações tardias — revestimento do canal por epitélio pavimentoso algo desordenado. Revestimento de tipo malpighiano perfeito e íntegro na sua continuidade, no cólo.

* * *

Algumas glandulas do canal cervical não são totalmente destruidas, porque mergulham tão profundamente em plena camada muscular do cólo, como vimos, que para destrui-las completamente a coagulação deveria ser levada além dos limites em que é considerada inofensiva. Entretanto o resultado funcional não é prejudicado por êstes núcleos glândulares remanescentes que ficarão sepultados sob o epitélio pavimentoso que avança da superfície externa do cólo para reconstituir o revestimento interno destruido.

Resta saber o que será dêsses núcleos glândulares sepultados. Talvez regridam, ou formem pequenos cistos mucosos, talvez tenham significação na patogenia do cancer.

Entretanto, método algum de destruição evita-os, não havendo, pois, outro processo que apresente vantagem sôbre a diatermo coagulação nêste particular.

* * *

Outro processo fisioterapico é a **diatermia**, cujas aplicações são feitas pela técnica de Corbus, estando o eletródio ativo no canal cervical e o eletródio passivo sôbre o abdome e o dorso (cinturão). Nas

endocervicites gonococicas crônicas, sem exocervicite, especialmente nas formas atenuadas, a porcentagem de curas é crescente. As aplicações devem ser diárias, começando com oito minutos e indo até quinze, e a temperatura necessariamente controlada pelo termometro oscilará entre 42 e 45 graus, sem inconveniente para os tecidos. Desde as primeiras aplicações o fluxo leucorreico modifica-se, aparecendo mais hialino. Em regra, com 12 aplicações desaparece o corrimento e a pesquisa bacteriologica torna-se negativa.

A **ionização**, ou eletrólise intersticial intra-uterina, processo de Spiegelberg, foi reintroduzida por Izador Forman cuja estatística apresenta 76,3% de cura.

Assim como a diatermia, a ionização tem o valor e o merito de um processo conservador que dá bons resultados, quando reservada aos casos indicados.

A **eletro-cauterização** e a **conização** por meio do bisturi electrico, também tem os seus adeptos, dando, em certos casos, resultados bastante animadores.

CONCLUSÃO

A cervicite crônica é um foco de infecção que deve merecer muita atenção.

Dôres pelvicas, menorragias, fenomenos de cistite (via linfática), certas formas de estereidade (modificação do meio cervical), e outros sintomas distantes, podem desaparecer quando se obtém a cura da cervicite. Bem assim, o estado geral melhora, e a instabilidade nervosa desaparece.

Elegendo o tratamento de acordo com a natureza da lesão e a idade da paciente, e concedendo os necessários cuidados post-operatórios, o successo é quasi certo.

A frequência da transformação maligna das lesões cervicais, mostra a importância destas na patogênica do cancer do cólo.

Cuidando convenientemente a cervice doente, reduz-se a possibilidade da transformação maligna.

Deve-se evitar a amputação do cólo nas mulheres moças; prefere-se, então, a operação de Sturmdorf.

A escolha entre cauterização e conização depende do tipo da lesão cervical.

A diatermo-coagulação tem trazido os melhores resultados, aliando á sua eficiência, a simplicidade da aplicação e a relativa inocuidade, uma vez que sejam respeitadas as contra-indicações e os detalhes de técnica.

Entretanto, o tratamento não póde ser estandardizado, pois cada caso tem a sua indicação. Salientam-se os processos cirúrgicos e os fisioterápicos, especialmente a diatermo-coagulação.

REFERENCIAS

- 1 — Tratado de Ginecologia — M. M. Fabião, 1935.
- 2 — Manual prático de Ginecologia — Nery Machado, 1938.
- 3 — Traité de Gynécologie — Faure et Siredey.
- 4 — Traité de Gynécologie — Labadie, Lagreve, Legueu.
- 5 — Gynécologie Médicale — A. Robin et P. Dalché.
- 6 — Ginecologia prática — Enest Runge.
- 7 — Tratamento das cervicites crônicas — O. S. Loureiro, an. bras. gin., vol. IV, n.º 5.
- 8 — Tratamiento de las cervicites crônicas — Fausto Veiga, an. bras. gin., vol. IV, n.º 4.
- 9 — Therapie der Portiosrosionen mit Elektrokoagulation durch Kurzwellen Diathermie — I. Bláha, Z. f. Gynak. n.º 4, 1937.
- 10 — Electrocoagulation of four hundred cervical erosions. A photograph study — Baumrucker and Baumrucker, Surg. Gyn. and Obst., vol. 67 n.º 1.
- 11 — A diatermo-coagulação no tratamento das cervicites crônicas — W. Paixão, an. bras. gin., vol. VI, n.º 2.
- 12 — Complicaciones en el tratamiento de la cervicitis crônica por la diatermo-coagulación — Herrera e Nogues, Bol. Soc. Obst. y Gyneec. de Bs. Ayres, tomo XV, n.º 12.
- 13 — Un caso di grave dismenorrea da diatermo coagulazione del collo uterino — G. Paci, La clinica ostetrica, ano XL, n.º 11.
- 14 — Peritonitis generalizada consecutiva a una electrocoagulación del cuello uterino — E. Bazterrica, Bol. Soc. Obst. Y Gyneec. de Bs. Ayres, tomo XVI, n.º 10.
- 15 — Peritonitis generalizada consecutiva a una electrocoagulación del cuello del utero — T. Lastra, Bol. Soc. Obst. y Gyneec. de Bs. Ayres, Tomo XVI, n.º 9.
- 16 — Erosion cervicale. Résultat du traitement par les injections locales de folliculine — J. Vanrell, Gyneec. et Obs., tomo 38, n.º 1.
- 17 — Eine neue Methode der Behandlung von Endozerviziten und Erosionen des Uteruskollums mit Intrazervikalen Injektionen von Ammoniaksilbersalzlösungen — Werbatius und Kritschewsky, M. f. G. und Gynak, vol. 101, tomo 6.
- 18 — The significance of pathologic changes in the uterine cervix — J. Bubis, W. J. Surg. Obst. and Gyn., vol. 145, n.º 5.
- 19 — Eine operatives Verfahren zur Verbesserung der Strahlenwirkung bei Collumkarzionm — E. Engelhart, Z. f. Gynak. n.º 46.
- 20 — Pseudo-malignant and precancerous lesions of the cervix. — E. Novak, The J.A.M.A., vol. 108, n.º 4.
- 21 — États précancéreux du col utérin — P. Degrais, Presse Médicale n.º 33, 1934.
- 22 — Stenoses et atrophies utérines consecutives à l'application du Filhos, — A. Brindeau, Rev. Franc. de Gyn. et Obst., fev. 1928
- 23 — An inquiry into the basic cause and nature of cervical cancer. K. V. Bailey, Surg. Gyn. and Obst., março 1930.

- 24 — Leucolasia of the uterine cervices — Koestchmer — Am. J. of Ogst. and Gyn., junho de 1932.
- 25 — Chronic endocervicitis — Miller, Surg. Gyn. and Obst., março 1938
- 26 — Infections and degenerations of the cervix — Mayo, Surg. Gyn. and Obst., Abril 1932.
- 27 — A proposito do tratamento das cervicites cronicas — Peltier de Queiróz, Brasil Médico, agosto 1931.
- 28 — Chronic infection of the cervix — Young, Surg. Gyn. and Obst., — Setembro de 1930.
- 29 — A comparison of the end-results of treatment of endocervicitis by electrophysical methods: cautery, coagulation, and conoza-tion — A. Jacoby, Am. J. Obst. and Gynec. vol. XXXVI, n.º 4.
- 30 — Chronic cervicitis — W. T. Black, J. Am. M. Ass., 1939.

Modo de Ação e indicações clínicas da transfusão de sangue

pelo

Dr. Ruy Faria

Fundador do C. T. S. (Centro Transfusão de Sangue do Hospital
de Caridade de Santa Maria)

(Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Santa Maria,
em sessão de 9 de Agosto de 1939).

— INTROITO —

E' esta a primeira de uma série de conferências em que procuraremos focalizar o assunto da transfusão sanguínea sob vários prismas, fazendo uma revisão sucinta do que modernamente tem sido publicado a respeito não só no nosso paiz, como no estrangeiro, e trazendo uma pequena contribuição pessoal a esta magna questão terapêutica das indicações e dos resultados, bem como da organização da transfusão de sangue, baseada numa experiência de mais de um lustro de trabalhos e de estudos contínuos no Serviço de Transfusão de Sangue do Rio de Janeiro (S.T.S.), sob a chefia do Dr. Nestor da Rosa Martins, incontestavelmente a maior competência nacional, no momento, na matéria de que vamos tratar.

Achamos oportuno iniciar um estudo sistemático e metódico como o que nos propuzemos fazer, com um trabalho sobre as indicações gerais da transfusão de sangue, consideradas em suas grandes linhas, sem atermo-nos propriamente de um modo particular a nenhum setor das inumeráveis especializações do enohecimento metódico hodierno, das quais se pode dizer que nenhuma escapou á esfera de ação da transfusão de sangue, que lhes tem penetrado todos os domínios, com um sucesso tal, que tem sido o motivo de constantes e extraordinárias publicações que enriquecem de um modo surpreendente a literatura médica atual sôbre o assunto.

— CONSIDERAÇÕES GERAIS —

No propósito de estudar as indicações da transfusão de sangue, faremos inicialmente algumas considerações necessárias sobre a classificação geral das transfusões.

Distinguiremos desde logo dois grandes grupos: 1.º o das normo-transfusões ou transfusões simple; 2.º o das immuno-transfusões, abrangendo as immuno-transfusões propriamente ditas e as filacto-transfusões de Tzanek e Abrami (1).

Resolvemos denominar de "normo-transfusão.", em contraposição á immuno-transfusão, á transfusão do sangue normal, isto é, não modi-

ficado em suas constantes imunológicas, por nenhum processo, pelo menos artificial. A normo-transfusão é portanto a denominação original que propuzemos para a chamada transfusão simples dos autores franceses. (2)

O grupo das imuno-transfusões propriamente ditas abrange principalmente a imuno-transfusão anti-tífica e mais modernamente, as imuno-transfusões anti-gripais, anti-sarampionicas, anti-coqueluchentas, anti-poliomielítico-epidêmicas, anti-escarlatínicas, mereê do sangue de convalescentes ou vacinados. Como muito bem salienta Cruz Lima (3), a imuno-transfusão propriamente dita é aquela que realiza a transmissão de um estado refratário, e desencadeia no organismo do recebedor um estado de defeza ou alergia verdadeiramente específicos.

O que caracteriza a filacto-transfusão é a transmissão da "bio-filaxia" do doador (Tzanek), cujos anti corpos teem, sem dúvida, papel saliente na fagocitose (opsoninas), mas conferem ao seu portador uma "pseudo-imunidade", que nada tem de específica. Nêste sub-grupo são modernamente catalogadas as chamadas "imuno-transfusões de Wright" realizadas com vacinoterapia prévia do doador algumas horas (6 a 10 hs.) antes da transfusão, e também as chamadas impropriamente imuno-transfusões (?) anti-streptocócicas, anti-stafilocócicas, anti-gonocócicas, anti-pneumocócicas, anti-colibacilares, etc., em suma, aquelas relacionadas com infecções nas quais o estabelecimento de uma verdadeira imunidade ainda não está demonstrado de um modo indiscutível.

No preparo de doadores para a filacto-transfusão são comumente usadas as vacinas anti-piôgenas mono- e poli-valentes. O S.T.S. do Rio de Janeiro, emprega de preferência o caldo-vacina Propidon, de Delbet, que tem um alto poder bio-filactizante produzindo um acentuado efeito epifilactico, na expressão de Arnault Tzanek. Emprega também o S. T. S. vacinas feitas por um de seus diretores, o Dr. Heraldo Maciel, com germens colhidos em fonte septicêmica, afim de dar ás filacto-transfusões o seu máximo de eficiência no tratamento das infecções, e, de um modo aleatório, todo um máximo também de suposta e almejada especificidade. Sabe-se entretanto que muitos outros fatores são capazes de desencadear nos doadores aqueles mecanismos inespecíficos de defeza que caracterizam a bio-filaxia de Tzanek. O mais comum deles é a terapêutica de choque pelas mais variadas substâncias coloidais, cujo efeito, segundo A. Lumière (4) é não só leucogenético como soro-estabilizador, desenvolvendo a fagocitose e reforçando a pseudo-imunidade (bio-filaxia).

Embora modernamente se ponha em dúvida a especificidade da vacinoterapia anti-cócica, é aconselhavel o preparo dos doadores com vacinas mixtas tais como o Propidon, afim de dar á assim chamada "imuno-transfusão mixta" um cunho de polivalência grandemente interessante, porquanto não se sabe muitas vezes qual o germen em causa nas septicêmias, pela ausência de hemoculturas ou pela negatividade das mesmas. O S. T. S. do Rio de Janeiro dispõe por isso de um certo número de rapazes, seleccionados entre os seus doadores, que, com uma abnegação extraordinária, se veem periodicamente submetendo ás injeções de Propidon, com reacções nem sempre discretas.

No S.T.S. a vacinação polivalente com aquêlo produto continúa e continuará ainda talvez por muito tempo, porque o seu alto poder bio-filactizante tem sido evidente, e as filacto-transfusões assim realizadas tem se mostrado eficazes não só a título profilático como curativo, conforme veremos adiante.

Um certo número de doadores é também submetido a doses crescentes, periódicas, e por fim maciças, de vacinas anti-streptocóccicas e anti-stafilocóccicas de fonte septicêmica preparadas pelo Dr. Heraldo Maciel. Frequentemente os doadores são "reativados" com estas vacinas, poucas horas antes da transfusão, para que se processe á "mobilização geral" de suas defezas inespecíficas (e quiçá também específicas), longamente acumuladas durante o preparo anti-microbiano a que se submeteram.

Modernamente a imunização dos doadores é não só anti-microbiana como também anti-tóxica, sobretudo em relação ao stafilococo. E' essa aliás a sugestão de Cruz Lima (5), baseada na afirmação de Ramon (6) que acha que a exotoxina stafilocóccica, descoberta por Bonnet, de Melbourne, é bem o elemento patogênico e o antígeno essencial da doença stafilocóccica. Também em relação á difteria Cruz Lima aconselha a imunização anti-toxínica dos doadores, em outro de seus inúmeros e notáveis trabalhos (7). A imunização anti-tífica hoje em dia é feita de modo sistemático e cuidadoso, porque, de acôrdo com as mais recentes opiniões dos que se tem ocupado com o assunto, e com o que realmente pudemos observar em dois casos de fêbre tifoide com complicações graves tratados pela imuno-transfusão anti-tífica no Rio de Janeiro, a vacinação tífica ou a infecção anterior parecem extremamente úteis ao preparo do doador.

O emprego das transfusões de sangue desenvolveu-se extraordinariamente no nosso país, nos últimos cinco anos. Para isso contribuíram grandemente não só os maravilhosos resultados obtidos como também a crescente confiança da classe médica, obtida graças ao aperfeiçoamento da técnica e á eliminação quasi integral dos graves acidentes post-transfusoriais, antigamente tão frequentes. A transfusão, entretanto, não deve ser usada de modo inconsiderado, pois uma das principais causas da tão conhecida inocuidade desse método terapeutico, como de qualquer outro aliás, está na exata precisão das indicações.

Essas indicações são cada vez mais conhecidas e ampliadas, existindo entretanto já muitos fatos adquiridos no terreno das contra-indicações, restrições e cautelas a serem observadas em relação ao uso da transfusão sanguínea, o que levou o Diretor da "OEUVRE DE TRANSFUSION SANGUINE D'URGENCE DE PARIS", o Prof. Arnault Tzanck, em sua última obra (8), a afirmar que o domínio da transfusão cresce cada dia, porém é necessário que se importe menos em descobrir constantemente indicações novas do que bem precisar as que já existem, afim de fixar bem todas as noções adquiridas e facilitar a orientação dos práticos.

Como base para a compreensão das indicações da transfusão de sangue impõe-se o estudo do modo de ação da referida terapêutica, aquilo que se poderia chamar a farmacodinâmica do sangue.

MODO DE AGIR DA TRANSFUSÃO DE SANGUE

A farmacodinâmica do sangue empregado como medicamento, revela-se, mesmo a uma indagação superficial, como de uma grande complexidade. Caracteriza-se entretanto o modo de atuar da transfusão sanguínea por dois mecanismos distintos. O primeiro consiste na ação do sangue injetado como massa de substituição ou complementar. O segundo consiste numa ação estimulante, quer sobre os órgãos hematopoiéticos, quer sobre o metabolismo, quer sobre o sistema anti-hemorrágico, quer sobre as funções hormônicas e sobre a formação de substâncias de defesa anti-microbiana (aglutininas, bacteriolisinas, opsoninas, hemotripsinas, etc.). Torna-se muitas vezes difícil distinguir no efeito de uma transfusão de sangue o que depende de uma ação de substituição do que depende de uma ação estimulante.

A própria ação anti-infecciosa da transfusão, tão conhecida e realmente tão notável, depende em grande parte da transmissão ao receptor de substâncias protetoras, mas está igualmente ligada ao estímulo dos próprios meios defensivos do doente.

A ação da transfusão como massa reparadora ou de substituição é a que se observa nos casos de grandes perdas sanguíneas com estado consequente de anemia aguda, caracterizada pela insuficiência cardiovascular. O mecanismo de ação compreende-se aqui facilmente: se faz pelo complemento da massa líquida perdida na hemorragia aguda. Muitas vezes, sobretudo nos casos de insuficiência dos centros vaso-motores, sem que tenha havido perda de massa líquida (colapso vascular periférico), a transfusão, por um mecanismo complexo, pôde restabelecer o equilíbrio tonico-tensional. Essa ação estimulante, que não parece ser apenas mecânica, faz-se provavelmente sobre o sistema nervoso simpático, que na intimidade das paredes vasculares, ou nos centros nervosos diencefálicos, tem a seu cargo a regulação da pressão arterial.

Fornecendo substâncias necessárias à função respiratória (hemoglobina), à função de defesa contra as infecções (anticorpos, substâncias de carácter opsonico não específicas), à função coloidsmótica do plasma sanguíneo e às funções endócrinas (hormônios), a transfusão reparadora ou substitutiva age de um modo que a torna insubstituível nos casos de falência das referidas funções.

A ação qualitativa, estimulante, da transfusão tem sido também estudada hoje em dia de um modo acurado, e em muitos de seus aspectos já é possível chegar a conclusões positivas.

Essa ação estimulante é sobretudo notável sobre o sistema reticulo-endotelial, conforme verificou Okamoto (9) por intermédio da prova de extinção do vermelho-congo de Adler-Reimann. Sob a dependência desse estímulo ou esforço funcional do S.R.E. está o aumento da formação de anticorpos no receptor, que se processa paralelamente, e que persiste, como aquêle, durante cinco dias após cada transfusão.

Além de levar substâncias necessárias à reconstrução globular (vermelha, branca, hematoblástica e pigmentar), no que diz respeito à hematopoiese, a transfusão atua ainda por suas propriedades estimulantes, possivelmente de índole hormônica. Em relação á série vermelha, e

em particular no tratamento das anemias, um grande número de trabalhos tem vindo mostrar que o aumento post-transfusional de hemácias é muito maior do que deveria corresponder á soma de glóbulos vermelhos recebidos. Um importante trabalho experimental brasileiro, do Dr. Sebastião da Silva Campos, reforça de modo assaz exagerado porém brilhante, esse ponto de vista. (10)

Especialistas de Moscou mostraram a influência positiva que exerce a transfusão sôbre o equilíbrio azotado, acarretando um balanço azotado positivo, apezar mesmo da destruição que sofre no organismo parte do azoto introduzido. Esta ação é semelhante ao balanço glucídico positivo acarretado pela associação assucar-insulina no tratamento da insuficiência hepática.

Várias outras ações metabólicas, que seria demasiado longo enumerar tem sido descritas e estudadas e pôdem realmente ser admitidas.

A ação hormônica do sangue transfundido pôde ser catalogada tanto como ação de substituição como também como ação estimulante. E' principalmente no tratamento de estados amenorreicos que os pesquisadores tem procurado melhoras com o uso do sangue placentário ou de mulheres grávidas, ricos em hormônios do lobo anterior da hipófise ou substâncias de ação similar (sangue placentário).

O Dr. Rosa Martins, no Rio de Janeiro, verificou uma interessante ação sedativa da transfusão de sangue nos estados de agitação toxi-infecciosos, a qual parece ligada a um efeito hormônico, cujo responsável seria o hormônio bromado do lobo anterior da hipófise, normalmente existente no sangue, em quantidades que variam com os períodos nietemerais.

Nós em Santa Maria, juntamente com o Dr. Francisco Pereira, já tivemos ocasião de observar de modo indiscutível essa ação sedativa desempenhada pela transfusão de sangue nos estados de agitação toxi-infecciosos, e fomos mesmo levados a comunicá-lo por carta ao Dr. Rosa Martins, com quem mantemos intercâmbio científico, dado o adiantamento a que atingiu o seu Serviço no Rio de Janeiro.

Tratava-se de um caso de septicemia stafilocócica numa criança de dois anos, da clínica do Dr. Carlos Menna Barreto, que apresentava além do grave estado septicêmico, vários focos metastáticos supurados pelo corpo, com grande agitação e delírio, e na qual praticámos ás 9 hs. e meia da noite de 1.º de Julho pp., por indicação do seu médico-assistente, uma filacto-transfusão de 300 cc, que foi imediatamente seguida de um sono profundo, que se prolongou por duas horas e meia, após o qual reapareceu o estado de agitação anterior. Cumpre notar que a criança havia várias noites não conciliava o sono.

Na Sociedade Médico-Cirúrgica de Modena (Itália), o Prof. Mircoli (10^a) mostrou recentemente o comportamento do electrocardiograma imediatamente antes e depois das transfusões sanguíneas em dezesseis casos de doenças várias. Em onze casos o ritmo cardíaco tornou-se mais lento e a altitude da onda T elevou-se após a transfusão. Não houve nenhuma relação entre a intensidade das manifestações electro-cardiográficas e a quantidade de sangue transfundido. A interpretação dada foi a de que a transfusão de sangue melhora a provisão de sangue forne-

cido ao músculo cardíaco, com consequente melhora da contração fisiológica do coração e retardamento do ritmo. Depende desses fatores o aumento de altitude da onda T no electro-cardiograma.

A ação anti-hemorrágica parece depender também de um duplo mecanismo, isto é, a introdução no organismo necessitado, de substâncias necessárias ao bom funcionamento do sistema anti-hemorrágico e excitação desse mesmo sistema. A esse respeito pôde-se admitir a interferência do sistema reticulo-endotelial (S.R.E.), um dos setores de maior importância da nossa economia, e onde parecem-se elaborar os fermentos necessários á coagulação sanguínea.

Na experiência de Rosa Martins (11) o método rumaico de pequenas injeções endovenosas de sangue incompatível mostrou-se superior aos melhores hemostáticos até agora empregados.

INDICAÇÕES GERAIS DA TRANSFUSÃO

— A transfusão de sangue nas hemorragias —

A normo-transfusão encontra sem dúvida a sua maior indicação clínica nas diminuições bruscas da massa sanguínea, em que, devido a grandes hemorragias, processadas bruscamente, instala-se o quadro da anemia aguda post-hemorrágica.

Trata-se de um estado agudo de deficit sanguíneo com peculiaridades indiscutíveis, tais como a ausência de lesão do sangue ou dos órgãos hematopoiéticos, as perturbações bruscas das trocas humorais e do equilíbrio tensional, as constantes repercussões para o lado do sistema nervoso, a ausência de lesões degenerativas viscerais tão comuns nos estados anêmicos crônicos, e a volta completa e imediata ao estado normal após transfusões suficientes.

Os resultados obtidos, si a transfusão é feita precocemente, são cem por cento bons, e frequentemente espectaculares. Doentes em verdadeiro estado de isquemia cerebral, absolutamente inconcientes, totalmente descorados, com respiração superficial entremeada de estertores agônicos, pulso miserável ou imperceptível, voltam de um modo surpreendente á vida após receberem uma quantidade suficiente de sangue. Nunca será demais insistir que a quantidade de sangue transfundido deve ser "suficiente". Tzanck acentúa mesmo: "nas grandes hemorragias a transfusão de sangue deve constituir uma terapêutica **"por si só" suficiente** (12).

Muitas vezes há hesitação em relação à dose de sangue que se deve transfundir, sobretudo nas crianças. Segundo Garcia Junior (13), a dose a injetar será sempre grosseiramente proporcional à quantidade de sangue perdido e, acrescentamos nós, **nunca inferior a um litro** nas hemorragias calculadas em dois a tres litros. Podem servir de guia, durante a transfusão, as modificações dos caracteres do pulso e da pressão arterial, e quando o estado geral tornar-se satisfatório, deve-se ainda continuar a transfundir, ultrapassando, si possível, cerca de 500 ccs da dose então atingida, como meio de segurança, e ainda que para isso seja necessária a mudança de doadores durante a transfusão, o que aliás facilmente se consegue com a seringa de Jubé, segundo uma tée-

nica que Rosa Martins e Cruvinel Ratto cuidadosamente metodizaram (14) e que descreveremos no próximo trabalho.

A nossa experiência nos mostrou, no Rio de Janeiro, que, durante uma transfusão para anemia aguda, manifestamente bem tolerada, mais vale transfundir de mais do que de menos, tendo esse critério uma incontestável influência não só sobre o prognóstico imediato que se modifica favoravelmente, como sobre a evolução subsequente, que se torna mais rápida. É preciso ter-se em mente que um estado de anemia aguda favoravelmente modificado por uma transfusão pode reaparecer algumas horas mais tarde, independentemente de novas hemorragias, si não foi ultrapassada a dose clinicamente útil por meio da dose complementar "de segurança". É este um fato de explicação muito controvérsada, cuja veracidade entretanto podemos atestar.

Algumas vezes a grande aceleração do coração, o aparecimento de sopros cardíacos e de dispnéia, que se verificam depois das hemorragias graves, indicativas de um estado de insuficiência relativa do músculo cardíaco, preocupam o médico assistente e infundem o receio de sobrecarregar o coração direito com a introdução de uma grande massa de sangue. Estes temores não se justifiquem, porque a prática e a experiência têm demonstrado nesses casos a perfeita tolerância demonstrada pelos doentes e pelos animais de laboratório, em receber quantidades de sangue, às vezes consideráveis.

Existe a possibilidade de perigos, nas transfusões excessivamente rápidas. O "speed shock" ou choque de velocidade, dos autores americanos, pode verificar-se aliás com qualquer medicação intravenosa, desde que seja feita de modo brusco. Não vemos no entanto necessidade, na prática quotidiana, das transfusões de sangue citratado em gotas, à razão de 30 a 35 gotas por minuto, conforme aconselham certos autores, ávidos de inovações, sobretudo alemães e norte-americanos, e que assim chegam a transfundir mais de 6 litros numa mesma transfusão, o que nos parece uma quantidade exagerada!

O receio do choque de velocidade não deve ser exagerado. Em inúmeras transfusões praticadas pelo S. T. S. do Rio de Janeiro, algumas com introdução rápida de sangue, nunca foram observados acidentes, a-pesar-dos grandes volumes de sangue empregados. Não poderemos nunca nos esquecer do caso de uma doente do Prof. Arnaldo de Moraes, portadora de hemogenia. Em consequência a fortíssimas metrorragias foi necessário fazer uma transfusão de 1800 cc., sendo usados sucessivamente tres doadores sem interrupção da injeção do sangue! Além dessa notável quantidade de sangue, mais 1000 cc. de sôro foram administrados por via venosa. Nenhum acidente se verificou.

Apezar da grande tolerância com que recebem em geral grandes quantidades de sangue, os doentes devem entretanto ser cercados de todos os cuidados e precauções, fazendo-se uma medicação estimulante dos centros vaso-motores e tonicardiaca antes ou depois da transfusão, de acôrdo com as necessidades.

Nas crianças deve ser guardada a relatividade das doses (cerca da metade das doses dos adultos), controlando-se, pela medida do pulso e da pressão arterial, o momento em que deve ser suspensa a transfusão.

Alguns cirurgiões têm feito reservas a respeito das transfusões de sangue nas hemorragias arteriais graves. Segundo eles, a hipotensão arterial que as acompanha habitualmente, sendo, como entre nós foi assinalado principalmente por Roberto Freire (15), muitas vezes um recurso de verdadeira defeza de que lança mão o organismo no combate ás mesmas, constituiria por si só uma contra-indicação ao emprego da transfusão, pelo menos até o momento da hemostasia cirúrgica (ligadura, tamponamento, etc.).

Entretanto, nos casos realmente graves, que são os únicos susceptíveis de discussão sob esse ponto de vista, os fenômenos gerais que a hipotensão arterial costuma acarretar assumem com frequência feições alarmantes capazes de deter a mão de habéis e temerários cirurgiões.

Não são raros por isso os casos em que a morte sobrevem antes ou durante o ato operatório.

Os efeitos benéficos imediatos da transfusão naquelas hemorragias, embora passageiros algumas vezes, são a consequência de uma ação hemodinâmica que consiste numa modificação favorável da pressão arterial e duma ação hemostática de mecanismo humoral, que consiste no fornecimento de plaquetas, fibrinogenio e demais elementos necessários á coagulação. Ambas permitem ao cirurgião ganhar tempo e intervir com sucesso.

Em um estudo sôbre as bases fisiológicas da transfusão nas hemorragias, Gosset, Tzanck e Charrier (16) mostraram que nenhum outro processo podia ser-lhe comparado, preconizando as transfusões lentas, sem repercussão brutal sôbre a tensão arterial, as quais, mantendo a vida "au ralenti", permitem esperar a coagulação expontânea ou a intervenção cirúrgica adequada.

Em toda hemorragia aguda podem ser distinguidas clinicamente tres fases: 1º) **fase de tolerância**, com pressão arterial, respiração e pulso normais; 2º) **fase de limiar crítico**, com curvatura do estado geral, queda da pressão arterial, aceleração do pulso e da respiração, vertigens, zumbidos, sêde de ar, sêde de água; 3º) **fase astênica**, fase de desmoronamento completo, com ausência da pressão arterial e pulso imperceptível, precedendo uma síncope que pode ser mortal.

Nessas circunstâncias, a possibilidade de substituir uma massa sanguínea proporcional ao sangue extravasado e a **rapidez de ação** são as duas condições indispensáveis ao sucesso da transfusão. Entretanto, a maior parte dos médicos ainda não apreciou devidamente as vantagens que apresenta a transfusão sôbre os sôros artificiais (fiziológico, glicosado, Normet, etc.), que, na opinião de Alvaro Moscoso (17), "são muitas vezes inoperantes e mesmo perigosos pelo tempo que fazem perder e falsa esperança que alentam".

— A transfusão nos estados de choque —

Nos estados de choque, em que se dá uma diminuição brusca relativa da massa sanguínea, com colapso vascular periférico, a transfusão sanguínea encontra a sua segunda grande indicação de urgência. O mecanismo da ação terapêutica nestes casos é complexo. Além de completar a massa relativamente diminuída pela paresia capilar, o sangue

injetado vai influir favoravelmente sobre o equilíbrio endócrmo ou melhor, neuro-endócrino-humoral, por modificações hoje bem conhecidas.

O choque dos estados anafiláticos e dos indivíduos sujeitos á "instabilidade humoral", tão bem estudada em seus mais íntimos segredos pelo Prof. Auguste Lumière, de Lyon, (17 a) constitue um caso particular que merece cuidados especiais. Segundo Cruz Lima (loc. cit), nos choques anafiláticos é recomendavel a abstenção. Nos choques de outra natureza, em indivíduos com os sintomas da instabilidade humoral (urticária, asma, enxaqueca, eezemas, etc) é conveniente iniciar a transfusão muito lentamente, suspendendo-a ao menor sinal de alarme, e administrar concomitantemente cálcio e adrenalina.

— A transfusão nas doenças do sangue —

Uma das grandes indicações clínicas da normo-transfusão está nas hemopatias, sobretudo quando existe anemia grave ou síndrome hemorrágica capaz de pôr em perigo iminente a vida dos doentes. Além dessa indicação formal, é também de um valôr extraordinário nas várias síndromes anêmicas com grande baixa do teor de globulos sanguíneos. De um modo geral deve-se transfundir sempre que as hemácias estejam abaixo de 1 milhão e meio, os leucócitos abaixo de 3 mil por mm³, e a hemoglobina a menos de 25%.

Na anemia perniciosa a transfusão de sangue tem uma ação muito favoravel e não colide com o emprêgo do princípio anti-anêmico, antes o reforça, conforme tem sido verificado em casos aparentemente resistentes à hepatoterapia.

Nas anemias hipo-regenerativas ou arregenerativas (aplásticas) as transfusões occupam lugar de destaque no arsenal terapeutico moderno. No caso de serem secundárias, a supressão da causa determinante, juntamente com as transfusões, podem produzir verdadeiros milagres, dada a extrema gravidade dessas síndromes anêmicas aplásticas (17b). No entanto, mesmo no caso de serem primitivas (neutropenia maligna de Turk, agranulocitose pura de Schultz, panmieloptísica ou mielose global aplástica de De Guglielmo) e devidas a mieloses de natureza toxi-infecciosa até hoje desconhecida, as transfusões têm sempre um efeito benéfico passageiro, puramente sintomático, e retardam a evolução clínica, tirando-lhe o aspecto fulminante tão frequente, conforme já tivemos o ensejo de observar (18), assim como os Drs. Renato Machado e Vital Fontenelle, (19).

Nas anemias hipocrômicas comuns, por carência marcial, a transfusão está apenas indicada nos casos de alta gravidade, com grande quêda do valor globular. Nos demais casos é óbvio que a terapeutica marcial pode bastar.

O Dr. Cacildo Rodrigues da Cunha, diretor do S. T. S. de Uberaba, observou naquela cidade um caso de anemia mecmariótica de alta gravidade, que necessitou o emprego das transfusões de sangue, as quais, como única terapeutica instituida, deram um resultado integralmente satisfatório.

Concomitantemente com a radioterapia das epífises dos ossos longos e do baço, as transfusões têm dado bons resultados na anemia dos leucêmicos, que parece depender não só de uma hipoplasia secundária

da medula óssea como de uma hiper-hemólise circulatória e esplênica, segundo Beltrametti, Rettani, e Bascapé (20).

Nas síndromes agranuloceitárias, tão bem estudadas por Aubertin e Lévy (21) e nas síndromes hemorrágicas, os resultados das transfusões são, em geral, dos mais favoráveis, tornando-se indispensável no entanto promover a eliminação de possíveis focos de infecção ou causas de intoxicação, e usar-se concomitantemente medicamentos favorecedores da granulopoiese, tais como o Pentanucleotid. É constante o aumento da velocidade de coagulação do sangue após a transfusão, melhora esta que parece estar na dependência de um aumento da trombina e do fibrinogênio. A taxa tromboecítica aumenta apenas de modo ligeiro nos doentes hemorrágicos em que ha um grande aumento da hemocaterese esplênica, a menos que seja executada a esplenectomia.

Segundo alguns autores, a icterícia hemolítica constituiria uma das poucas hepatias, em que a transfusão de sangue estaria contraindicada devido provocar um aumento da já tão acentuada hiper-hemólise circulatória e esplênica. Não corroboramos essa opinião segundo o que nos foi dado observar no Rio de Janeiro em vários casos, um até ocorrido na pessoa de um dos maiores hematologistas brasileiros, acometido de uma icterícia hemolítica ha vários anos, operado de esplenectomia em Viena pelo grande Prof. Eppinger com o concurso das transfusões, e frequentemente socorrido pelo S. T. S. do Rio de Janeiro em suas crises hiper-hemolíticas, e sempre com ótimos resultados e sem reações ou outros distúrbios.

A Transfusão em Cirurgia Geral

Como terapêutica preventiva dos choques e das hemorragias cirúrgicas, realizada antes, durante ou depois das operações, a transfusão sanguínea tem encontrado modernamente uma das suas mais brilhantes indicações. É sobretudo no preparo dos doentes para operações prolongadas, que necessitem, por sua gravidade, uma elevação do tonus vital, na caquexia e na desnutrição dos doentes cancerosos enviados aos cirurgiões, e na necessidade de, na sequência operatória, reerguer mais rapidamente as forças dos doentes e reativar a cicatrização das feridas, que as transfusões estão inteligentemente indicadas.

De um modo geral os doentes transfundidos deixam o leito em melhores condições e mais rapidamente que os não transfundidos. Nos cancerosos a transfusão aumenta a percentagem das indicações operatórias porque melhora o estado geral e aumenta a resistência orgânica, com diminuição da anemia e da caquexia. Aumentando as forças de resistência do organismo, dá-lhe também novos meios de luta contra os focos infecciosos e as infecções das feridas operatórias.

Como terapêutica verdadeiramente preventiva ou profilática dos acidentes operatórios imediatos ou tardios a transfusão tem sido empregada frequentemente pelo S. T. S. do Rio de Janeiro, a pedido de um grande número de cirurgiões. Destacam-se sobretudo os Profs. Alfredo Monteiro e José Ribe Portugal, que, na extirpação de tumores intracranianos, não a dispensam nunca, conforme já tivemos ocasião

de comunicar no Rio de Janeiro (22). Entre nós, em Santa Maria, o Dr. Luiz Aragon teve oportunidade de indicá-la recentemente como preparo de uma doente sua para a cirurgia abdominal, na qual temia o aparecimento do choque operatório, devido à existência de uma aortite com dilatação e com sintomatologia própria. A transfusão, que tivemos ocasião de praticar no Hospital de Caridade, foi de 250 ccs. e perfeitamente bem tolerada, sendo a doadora do tipo 0 (universal). O ato operatório realizado meia hora depois, consistiu numa apendicectomia em apêndice retrocecal, fortemente aderente e congesto, sob anestesia geral pelo balfosfórmio, e foi coroado de um esplêndido êxito, cumprindo referir que sua execução havia sido recusada anteriormente por mais de um cirurgião neste Estado. A doente teve alta completamente curada oito dias após a intervenção cirúrgica.

Tem sido observada nas transfusões pré-operatórias uma ação hemostática, que permite as "intervenções enxutas", com a possibilidade de aplicação dos métodos mais complexos e mais longos de executar, porém que dão resultados mais certos e menor mortalidade. Segundo Rosa Martins (23), Jean Louis Faure injeta sistematicamente 100 a 150 ccs. de sangue nas doentes portadoras de fibroma e fortemente anemiadas e notou que as operandas sangram muito pouco durante o ato operatório, ainda mesmo as atingidas de insuficiência hepática, que têm uma tendência muito conhecida às hemorragias nas superfícies de incisão (saignement en nappe) que tanto prejudicam a visão do cirurgião.

Segundo Fernando Paulino (24), a transfusão age não só como meio de combate ao choque operatório, mas também, quando empregada alguns dias após a intervenção, como agente neutralizador da síndrome tóxica poI-operatória e das modificações humorais que a acompanham.

Alargando os limites nos quais se tentam as intervenções cirúrgicas, e contribuindo para a "limpeza" do campo operatório, a transfusão de sangue merece, segundo Serdukoff e Leviskaia (25), uma mais ampla aplicação na cirurgia em geral.

A Transfusão nas Intoxicações

Nos estados de intoxicação tanto agudos como crônicos, de causa não só exógena como também endógena, a transfusão de sangue encontra uma indicação cujos resultados dependem, em grande parte, da intensidade da intoxicação e da rapidez do socorro.

As estatísticas referem resultados muito animadores, sobretudo no tratamento da intoxicação oxicarbonada, e nos estados de intoxicação com meta-hemoglobinemia.

Na crise urêmica, está sendo ensaiado no EE. UU. o tratamento pelas sangrias seguidas de transfusão de sangue e, às vezes, da rein-fusão do próprio sangue do doente, após prévia e repetida lavagem das hemácias em sôro fisiológico ou solução de Locke.

A Transfusão de Sangue nas Infecções

Com este título pretendemos elaborar o nosso 3º trabalho na direção do C. T. S. de Santa Maria, abordando pormenorizadamente esta questão, para o que já estamos coligindo interessantes observações clínicas. O 2º trabalho do C. T. S., que faremos em colaboração com o Dr. Francisco Pereira, será sobre "Técnica da Transfusão de Sangue".

Nas infecções, sobretudo as de caráter agudo e grave, a transfusão encontra sem dúvida uma das suas maiores indicações clínicas, e os seus resultados têm sido os melhores que se podem imaginar. Deve ser usada em doses suficientes e repetidas com curtos intervalos, até o declínio do processo infeccioso. O seu emprêgo precoce aumenta a garantia do seu sucesso. Segundo o que pudemos observar no Rio de Janeiro, os resultados parecem sensivelmente melhores com o emprêgo da imuno- e da filacto-transfusão do que com a normo-transfusão. O doador deve estar imunizado contra o mesmo germen da infecção que se visa combater com a imuno-transfusão. Com o emprêgo da filacto-transfusão essa especificidade é aconselhável porém não obrigatória.

Arnault Tzanck insiste em seus trabalhos na observação, aliás confirmada por outros pesquisadores, de que nem todos os germens determinam imunização específica, e, estribado nesse fato, faz uma distinção fundamental entre vacinação e vacinoterapia. Na vacinoterapia pelos germens piógenos a imunização conferida não é específica. Alguns outros germens, tais como o colibacilo, comportam-se da mesma maneira. Não se pode falar senão em filacto-transfusão nesses casos. No tifo, ao contrário, pode-se proceder a uma verdadeira imuno-transfusão. Também na difteria tem sido modernamente ensaiada, e com bons resultados mesmo em casos hipertóxicos, a imuno-transfusão com doadores vacinados pela anatoxina (toxóide-alúmen).

BIBLIOGRAFIA

- (1) A. TZANCK — Immuno-transfusion et phylacto-transfusion — Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris — 24 Juin 1932.
- (2) RUY FARIA — A transfusão de sangue em ginecologia e obstetrícia. An. Bras. de Ginec. n. 1 vol. II, Julho de 1936, pags. 1 a 36.
- (3) CRUZ LIMA — Imuno-transfusão — Med. Cirurg. Pharm. n.º 11, vol. IV, Abril de 1936.
- (4) A. LUMIÈRE — Colloïdes et Micelloïdes, leur rôle en biologie et en Médecine. Paris, Masson Edit. 1933.
- (5) CRUZ LIMA — Transfusão de sangue nas doenças infecciosas. Relatório apresentado ao II Congresso Internacional de Transfusão de Sangue — Paris 1937 — Imprensa Médica, n. 261, Abril 1938.
- (6) RAMON, BOCAGE, RICHON et MERCIER — Sur l'immunité anti-staphylococcique provoquée par l'anatoxine spécifique chez les malades atteints d'affections dues au staphylococque. — Press. Méd. n. 15, 19 Fév. 1936.
- (7) CRUZ LIMA — Indicações da transfusão de sangue — Rev. Syniaétrica, Rio, ns., 3 e 4, Mar. Abr. 1938.
- (8) A. TZANK — Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. Masson et Cie. Edit. Paris 1933, pag. 6.
- (9) OKAMOTO — Influence of Blood Transfusion upon reticulo-endothelial System. The Journal of the Oriental Medicine, 1935, n. 23, pag. 11.

- (10) SILVA CAMPOS S. — A hemólise, causa da grande ação da transfusão de sangue. Rio, 1937.
- (10^a) MIRCOLI e TRABUCCHI — Electrocardiography before and after blood transfusion. Discussion in the Società Medico-chirurgica of Modena, Italy. Journal of the Am. Med. Assoc. vol. 112, n. 8, Feb. 25, 1939, pag. 760.
- (11) ROSA MARTINS — A hemoterapia e seu valor hemostático — Journ. Sif. e Urol. 53:149—155 — Maio 1934.
- (12) A. GOSSET, A. TZANCK et J. CHARRIER — Les bases physiologiques de la transfusion sanguine pour hémorragie — La Press. Méd. 102:20 Déc. 1930.
- (13) GARCIA JUNIOR — A transfusão de sangue em clínica médica — Tese de concurso — Rio, 1929 — pag. 203.
- (14) ROSA MARTINS e HERALD MACIEL — Contribuição para a organização dos serviços de transfusão de sangue. (Trabalho enviado ao II Congresso de Transfusão de Sangue reunido em Paris) Brasil Médico, 1937, n. 44, 30 de Out^o, pags. 1091 a 1103.
- (15) ROBERTO FREIRE — Tratamento das hemorragias — Rio, 1916, pag. 20
- (16) A. GOSSET, A. TZANCK et J. CHARRIER — Les bases physiologiques de la transfusion sanguine pour hémorragie — La Press. méd. 102:20 Déc. 1930.
- (17) ALVARO MOSCOSO — Transfusão de sangue nos choques e nas hemorragias — Rev. Med. Cirurg. do Brasil — t. XLIII, n.º 4, Abr. 1935.
- (17a) A. LUMIÈRE — La Renaissance de la Médecine Humorale — Sézanne Edit. Lyon, 1935.
- (17b) BCON, T. H. — Aplastic anemia following arsphenamine therapy, with complete recovery. Brit. Med. Journ. 2:1029-1070 (Nov. 19) 1938, abstracts in J. A. M. A. 3; Jan. 21, 1939, pag. 277.
- (18) RUY FARIA — Sobre um caso de agranulocitose com anemia e fenômenos hemorrágicos — Brasil Médico, n. 38, 22 Set. 1934, p. 772.
- (19) RENATO MACHADO e VITAL FONTENELLE — Um caso de faringo-amigdalite ulcero-necrótica por toxi-mielose global aplástica — Rev. Bras. de Cirurg. n.º 3, Março de 1937, pag. 121.
- (20) BELTRAMETTI, RETTANI e BASCAPÉ — Folia Hematologica — vol. XVIII, fac. III, 1937.
- (21) AUBERTIN et LÉVY — L'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires. Arch. Mal du Coeur, des Vaisseaux et du Sang. t. 81, 1928, pags. 369-436.
- (22) RUY FARIA — Indicações da cirurgia da Hipófise. Síndromes e técnicas. — Trabalho apresentado à E. S. E. Rio, 1938.
- (23) ROSA MARTINS — Transfusão de sangue — Brasil Médico, n.º 51-22 Dez. 1933 — pag. 907.
- (24) FERNANDO PAULINO — Transfusão de sangue em Cirurgia — Acta Médica — n.º 4, Abril 1939, pag. 225.
- (25) SERDUKOFF e LEVSKAIA — La transfusion sanguine dans certaines affections gynécologiques — Gynéc. et Obst. 30; 138-157 — Aug. 1934.
- NOTA: O próximo trabalho a ser apresentado à Sociedade de Medicina de Santa Maria versará sobre "TÉCNICA DA TRANSFUSÃO DE SANGUE".

Iolipobi

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

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	...	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-diastrases	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 insolúveis 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.

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

O IOLIPOBI, além de conter essa útil acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), 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 diastrases ou enzimas, que se comportam como activos estímulos da nutrição celular (hepatodiastrases; neuro-diastrases; 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 efficaaz.

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. Hélon Póvoa

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

Boletim da Secção de Cirurgia

da

Sociedade de Medicina

Comissão Redatora:

H. Varnieri
Adair E. Araujo
Luiz S. Barata



S U M A R I O :

Atas

Secção de Cirurgia

Atas

Áta do dia 18 de Maio de 1939.

Sob a presidencia do Prof. Eliseu Paglioli e secretariada pelos Docentes Drs. José Éboli e Luiz Felipe Vieira, realisou-se a sessão da Sociedade de Cirúrgia de Pôrto Alegre, estando presentes grande número de sócios.

Lida a áta anterior, foi aprovada sem sofrer emendas.

Passando a ordem do dia, o Sr. Presidente toma a palavra e expõe as finalidades da presente reunião que era da organização do programa de trabalho durante o corrente ano e de transmitir á casa o entendimento que teve com o Presidente da Sociedade de Medicina.

Dêsse entendimento resultou que ésta Sociedade terá, como antes, suas sessões na 1.^a e 3.^a quinta-feiras de cada mês, mais em uma sexta-feira a Sociedade de Medicina dedicará a reunião aos trabalhos da Sociedade de Cirúrgia a quem caberá a presidência da sessão.

Da organização do programa de trabalho para 1939, ficou asentado que nas sessões procurar-se-á um programa de estudos, no qual tomarão parte os sócios que prepararão durante os 15 dias de intervalo entre uma reunião e outra a matéria de estudo que constará de um têmea escolhido pelos associados. Êsse têmea, escolhido por simpatia, será subdividido em capítulos e distribuidos entre os sócios que tomarão a sí o encargo de prepará-los. A maneira como se fará a divisão dos capítulos do têmea, segundo a opinião do Dr. Éboli, estará sujeita a qualidade do assunto. Em sessão vindoura próxima, cada associado lerá o seu trabalho e em uma outra reunião após, os trabalhos serão discutidos. Após isto, far-se-á suas publicações nos "Arquivos" da Sociedade de Medicina, com a assinatura em baixo de cada capítulo, de seu preparador. O Dr. Éboli é de parecer que as discussões sejam arquivadas e publicadas em companhia de cada trabalho. Cuidar-se-á de trazer os especialistas nos capítulos, que quizerem tomar parte na feitoria do trabalho.

Assim ficou escolhido para assunto da próxima reunião, o título de "Vias Biliares". Após a divisão dêste, ficaram encarregados de sua elaboração os sócios: Prof. Dr. Eliseu Paglioli, para Anatomia e Embriologia das Vias Biliares; Dr. Batista Hofmeister, para a Fisiologia; Dr. Coradino Lupi Duarte, para Semiologia Clínica; Dr. Salvador Gonçalves, para Semiologia Radiológica; Dr. Homero Jobim, para Tubagem e Laboratório; Dr. Luiz Felipe Vieira, para exploração Cirúrgica; Docente Dr. Valdemar Castro, para Anatomia Patológica;

Dr. Fernando Pombo Dorneles, para Diagnóstico; docente Dr. Valdemar Job, para Terapêutica Médica; Docente Dr. Luiz Barata, para Técnica Operatória; Dr. Dinarte S. Martins, para Terapêutica Cirúrgica; Docente Dr. José Éboli, para Patologia.

Antes de terminar o Dr. Éboli propôs que se escolhesse o assunto que viria após o estudo das Vias Biliares, para que se tivesse tempo de estudar, como melhor dividi-lo. A escolha recaiu sobre o "Estudo do Fígado".

Não havendo mais quem quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente deu por encerrada a sessão.

Pôrto Alegre, 18 de Maio de 1939.

Dr. Luiz Felipe Vieira

2.º secretário

Áta da sessão do dia 1.º de Junho de 1939.

Presidente: Prof. Elyseu Paglioli

Secretários: Drs. José Éboli e Luiz Felipe Vieira.

Presentes os sócios: Drs. Prof. Nogueira Flôres, Ricaldone, Prof. Martim Gomes, Apolo Corrêa Gomes, Bastista Hofmeister, Vasconcelos, D. Silveira Martins, Lupi Duarte, Pombo Dorneles, Salvador Gonzales, Luiz Barata, Saul Ciula, Elras de Araujo, deu o Sr. Presidente por aberta a sessão.

No expediente foi lido uma comunicação do Sindicato Médico dizendo da eleição da nova Diretoria que dirigirá os trabalhos durante o ano de 1939-1940.

Passando a palavra ao Prof. Nogueira Flôres, este pediu que ficasse constando em áta um voto de pesar pelo falecimento do Prof. Luiz Rezende Pueche, vulto brilhante da Medicina Nacional. Organizador da Cirurgia Infantil e Ortopedia. Fundou o Instituto Ortopédico Modelador da Ortopedia Moderna. Organizou o 3.º Congresso de Ortopedia e tantos outros feitos que bem o fizeram lídimo representante da mais elevada cultura brasileira.

Por ocasião de sua morte o Prof. Nogueira Flôres passou telegramas de pêsames em seu nome e no da Sociedade de Cirurgia.

Não havendo quem mais quizesse fazer uso da palavra, passou-se a ordem do dia começando pela "Embriologia e Anatomia das vias biliares extra-hepáticas" ao encargo do Prof. Elyseu Paglioli, que de uma maneira clara e elucidativa discorreu sobre o seu capítulo. Na ocasião apresentou uma peça anatômica para maior esclarecimento da questão.

Em continuação fez uso da palavra o Dr. Salvador Gonzales que discorreu sobre Semiologia Radiológica trazendo uma larga documentação.

Ao terminar foi o Dr. Salvador aplaudido com uma prolongada salva de palmas.

Estimulado pelo Dr. Eiras de Araujo para fazer uma nota prévia sobre o assunto que o vem prendendo a atenção, disse o Dr. Salvador que o título é "Estases vesiculares por insuficiência colecistoquinética alimentar", que por ora limita-se a dizer em largos traços o sumo de seu tema: mas que compromete-se a fornecer um resumo.

Antes de terminar ficou assentado que a ordem do dia para a próxima reunião será: o Prof. Martim Gomes para falar sobre "Anomalias das Vias Biliares extra-hepáticas"; Dr. Valdemar Castro sobre "Anatomia Patológica"; Dr. C. Lupi Duarte para falar sobre "Semiologia Médica"; Dr. Batista Hofmeister falará sobre "Fisiologia das Vias Biliares extra-hepáticas".

Não havendo mais quem quizesse fazer uso da palavra, o Sr. Presidente deu por encerrada a sessão.

Lavrei a presente ata que após lida e aprovada será por mim

Dr. Luiz Felipe Vieira
2.º secretário

Ata da sessão do dia 12 de Junho de 1939.

Secretários: Drs. José Éboli e Luiz Felipe Vieira.

PrPresidente: Prof. Elyseu Paglioli

Presentes os sócios: Prof. Nogueira Flôres, Batista Hofmeister, Saul Ciula, Silveira Martins, Apolo C. Gomes, Valdemar Castro, Eiras de Araujo, Guimarães, Pombo Dorneles, Silvio Baldino, Argemiro Dornêles.

Lida a ata da sessão anterior foi aprovada sem sofrer emendas.

No expediente foi lido um convite para assistir a inauguração da "Maternidade Avani Cordeiro de Faria", no Hospital S. Vicente de Paulo, de Cruz Alta, e um cartão do Sr. Presidente, pela homenagem que lhe foi prestada por esta Sociedade por ocasião de sua posse na cátedra de Clínica Propedêutica Cirúrgica.

Passando a ordem do dia tomou a palavra o 1.º orador inscrito, Dr. Batista Hofmeister, que leu o trabalho sobre Fisiologia das Vias Biliares extra-hepáticas.

Foi o trabalho do Dr. Batista muito aplaudido por uma prolongada salva de palmas.

O orador seguinte a usar a palavra foi o Dr. Valdemar Castro, que dissertou sobre "Anatomia Patológica das vias biliares extra-hepáticas".

Trouxe um grande número de quadros elucidativos. Ao terminar foi muito felicitado o Dr. Valdemar Castro.

O terceiro orador foi o Dr. Apolo Corrêa Gomes que se ocupou do tema "Patologia das vias biliares extra-hepáticas".

Trouxe o Dr. Apolo quadros serióticos que muito elucidaram a dissertação.

O Dr. Apolo recebeu uma calorosa salva de palmas ao terminar sua oração.

Como não houvesse mais quem desejasse fazer uso da palavra, foi a preocupação da casa estabelecer a ordem do dia para a próxima

reunião, que ficou assim organizada: Dr. C. Lupi Duarte, falará

sôbre o "Diagnóstico das vias biliares extra-hepáticas"; Dr. Luiz Felipe Vieira, sôbre "Exploração cirúrgica das vias biliares extra-hepáticas".

Logo após deu o Sr. Presidente por encerrada a sessão.

Dr. Luiz Felipe Vieira
2.º secretário

Ata da sessão do dia 27 de Julho de 1939.

Presidente: Prof. Elyseu Paglioli

Secretários: Drs. José Éboli e Luiz Felipe Vieira.

Presentes os sócios: Drs. Silvio Baldino, Batista Hofmeister, Pombo Dorneles, Eiras de Araujo, José Ricaldone, Valter Dexheimer, Biancamano.

Lida a ata da sessão anterior foi aprovada sem sofrer emendas.

Proposto para sócio o Dr. Thomson Flôres, pelo Prof. Nogueira Flôres e o Dr. Barcala para sócio correspondente em Buenos Aires, pelo Dr. José Éboli, os quais foram aceitos unanimemente.

No expediente foi lido um telegrama enviado pelo Sr. Presidente, ao digno Diretor do Departamento Estadual de Saúde, Dr. J. Bonifacio Costa, por motivo do primeiro aniversario de sua administração, que transcorre no dia 27-7-1939.

Passando a ordem do dia deu a palavra ao Dr. C. Lupi Duarte que discorreu sôbre o têmea "Semiologia das vias biliares extra-hepáticas".

O Dr. Lupi Duarte leu o trabalho apresentado com clareza e preenchendo com ampla satisfação as finalidades das sessões desta Sociedade.

Foi muito aplaudido ao terminar sua exposição.

Em segundo lugar usou da ordem do dia o Dr. Silvio Baldino, que transcorreu sôbre o "Diagnóstico das afecções das vias biliares extra-hepáticas".

Na sua exposição oral o Dr. Baldino dissertou de uma maneira elegante e enriquecida com dados práticos, frizando em alto destaque o valor dos meios semiológicos.

Recebeu uma grande salva de palmas ao finalizar.

Como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra, o Sr. Presidente agradeceu a presença dos sócios e passou a tratar da ordem do dia da próxima sessão, que foi assim organizada:

Dr. Luiz Felipe Vieira, para "Exposição cirúrgica das vias biliares extra-hepáticas".

Dr. Eiras de Araujo, para "Tratamento médico-cirúrgico das afecções das vias biliares extra-hepáticas";

D. Silveira Martins, para "Técnica operatoria das vias biliares extra-hepáticas".

Para finalizar foi encerrada a sessão.

Dr. Luiz Felipe Vieira
2.º secretário

Áta da sessão do dia 3 de Agosto de 1939.

Presidente: Prof. Elyseu Paglioli

Secretários: Drs. José Éboli e Luiz Felipe Vieira.

Presentes os sócios: Drs. Adair Eiras de Araujo, Lupi Duarte, Silvio Baldino, Pombo Dorneles, D. Silveira Martins, Batista Hofmeister, Valter Dexheimer.

Lida a áta da sessão anterior foi aprovada sem sofrer emendas.

Passando á ordem do dia tomou a palavra o Dr. Luiz Felipe Vieira que leu o trabalho sôbre Vias Biliares extra-hepáticas, intitulado "Exploração Cirúrgica".

Ilustravam algumas gravuras, as quais foram expostas.

Ao terminar tomou a atenção o Dr. Eiras de Araujo que discorreu sôbre "Técnica Operatoria das Vias Biliares extra-hepáticas".

Acrescentou mais á sua exposição, o Dr. Adair, as fistulas biliares no estômago, doudeno e jejuno, sôbre a luz das mais recentes novidades.

Agradaram muito os trabalhos dos oradores, os quais foram fartamente aplaudidos ao terminarem.

Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente deu por encerrada a sessão.

Dr. Luiz Felipe Vieira

2.º secretário

GYNOESTRIL

Di-hydro-folliculina

Gotas (50 U. I. por gota)

Comprimidos (250 U. I. por comp.)

Ampoulas (1000 — 10.000 —

50.000 U. I. por amp.)

Tratamento heroico das Amenorréas e disfunções ovarianas

CARBONÉSIE

Carvões ativado, vegetal e animal associados á magnesia calcinada e peróxido de magnésio.

Cápsulas e granulado.

Intoxicações — Fermentações intestinais.

RUBIAZOL

O mais atoxico dos sulfamidos

Carboxy-sulfamido-chrysoïdina

Comprimidos — Ampoulas

Stafilo-Strepto-Pneumo e Meningococias.

CALFIX

Calcio granulado associado á fixadores

Recalcificação em geral

THEOPHYL

Granulos contendo compostos sulfurados mais estanho.

Stafilococias. Dermatoses

AMOSTRAS E LITERATURAS :

LABORATORIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S/A.

Deposito em Porto Alegre: Rua Andrade Neves 97 — Caixa Postal 818

Sociedade de Medicina

Atas

ATA DA SESSÃO REALIZADA NO DIA 25 DE AGOSTO DE 1939

Sob a presidência do Dr. Hugo Ribeiro realizou a Sociedade de Medicina de P. Alegre, mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes associados: Drs. Nogueira Flôres, Biancamano, Kanan, Gaspar Sarmiento Leito, Nino Marsiaj, Jaci Monteiro, A. Eiras e Araujo, Paulo Louzada, Luiz Faiet, Rubens Maciel, Edgar Eifler, Helio Medeiros, Carlos Carrion, Fernando Dorneles, Samuel Barros, A. Coimbra.

Aberta a sessão foi lida e aprovada sem emendas a ata da anterior. Como nada constasse no expediente passou-se á ordem do dia estando inscrito o Dr. Jaci Monteiro que discorreu brilhantemente sobre o tema escolhido: "Aspectos do 2.º Congresso Americano e Brasileiro de cirurgia realizado em Julho do corrente ano no Rio de Janeiro."

Ao terminar a sua dissertação o Dr. Jaci Monteiro foi aplaudido por todos os presentes.

A seguir, com a palavra, o Sr. Presidente agradece ao Dr. Jaci a sua colaboração trazida ao seio da Sociedade.

Com a palavra o Prof. Nogueira Flôres que propõe um momento de silêncio pela morte do eminente Prof. Beclère, proposta que foi acatada com o máximo respeito.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente, dado o adiamento da hora, suspendeu a sessão.

Pôrto Alegre, 25 de Agosto de 1939

Dr. Salvador Gonzales

2.º secretário.

ATA DA SESSÃO REALIZADA NO DIA 8 DE SETEMBRO DE 1939

Sob a presidência do Prof. Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma das suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes socios: Drs. J. Bonifacio Costa, Ulisses Nonoái, Capuano, Grunwald, Alfredo d'Amore, Edgar Eifler, R. Maciel, Carrion, Faiet, Biancamano, Kanan, Alvaro Ferreira, Antero Sarmiento, S. Barros Alfredo Hofmeister, Sadi Hofmeister, Eliseu Paglioli.

Aberta a sessão o Sr. Presidente convidou ao Dr. Bonifácio Costa para fazer parte da mesa dos trabalhos.

Passou-se em seguida á leitura da áta da sessão anterior, que foi aprovada sem emendas.

A seguir com a palavra o Prof. Nonoái que comunica á casa ter sido eleito presidente do 2.º Congresso Brasileiro de Tuberculose que se realizará nesta Capital em Maio de 1941.

O Prof. Nonoái trata em linhas gerais os objetivos, as diretrizes e as repercussões médico-sociais do futuro congresso, salientado e frizando a importância de tais conclaves e convida desde já á Sociedade de Medicina e a todos os seus sócios para tudo envidarem no sentido de que o próximo congresso de tuberculose se revista do maior brilhantismo possível.

Com a palavra o Sr. Presidente que agradece em nome da casa e felicita ao Prof. Nonoái, por ter recaído em sua pessoa a presidência do 2.º Congresso Brasileiro de Tuberculose.

Com a palavra o Prof. Nonoái que lê a sua conferência sôbre o tema: "Perspetivas da luta anti-tuberculosa no Brasil", cujo resumo é o seguinte:

O professor Ulisses de Nonoái iniciou a sua conferência dizendo que, convidado pelo Presidente, estava alí a falar sôbre as "Perspetivas da luta anti-tuberculosa no Brasil."

Sempre, no grande número de seus trabalhos científicos, embora, na sua maior parte, dedicados ás suas especialidades, abordou esses problemas gerais de Medicina, porque não há como compreender divisões estanques, diante da unidade vital nas suas ações e reações.

Estendeu-se sôbre esse assunto e disse que prestava uma homenagem ao patriarca da Faculdade, professor Sarmento Leite, que, compreendendo esta sua filosofia médica na aquisição de cultura, tantas vezes lhe entregara a responsabilidade das catedras das disciplinas que se vagavam, naquele tempo de pobreza de dinheiro e de professores.

Depois de mostrar que o assunto da conferência era, sobretudo, de ordem geral, diz que a confirmação experimental do fóco de contágio, externo ao individuo, vinha de que era preciso que fôsse bem aberta a estrada, bem íntima a relação entre o fóco de contágio e a sêde orgânica da infecção.

Foi assim que todos foram precisados e cita, a propósito, as infecções hídricas, as de inoculação, etc.

Até este momento, por um destes acasos a que se referiu Ramon y Cajal, no seu imortal discurso, a questão das infecções de entrada respiratória ficara aberta, com as suas vagas e indefensáveis teorias de contágio direto ou pelo ar.

Entanto, sabe-se que os gérmenes fazem a sua biologia nas primeiras vias, digestiva e respiratória, donde, pelas secreções, pelos perdigotos, etc., têm todas as facilidades para contaminar os travesseiros.

A experimentação, por outro lado, demonstra que o material destas utilidades é fecundo á conservação e desenvolvimento dos microbios, citando, a proposito, as opiniões de Arnould, o mestre incontestável da Higiêne, e a de Cardoso Fontes.

Da mesma fôrma, a respiração prolongada pelo sono, a compressão, a cada movimento da cabeça, o ar contido nos travesseiros, creem todas as condições para a inspiração diréta e continúa dos microbios e, com isto, a possibilidade, sempre iminente, da infecção.

Eis como, facilmente, na cristalina evidência científica, esta concepção e contágio das infecções respiratórias mostra a estrada aberta entre o foco e a séde da infecção.

Depois de estender-se longamente sôbre o assunto, o professor Nonoái fala do Congresso de Tuberculose, ultimamente realizado no Rio de Janeiro, salientando os trabalhos que lá foram apresentados.

Referindo-se ao relatório do eminente dr. Barros Barreto, mostrou que êle condena todas as atuais medidas de luta contra a Tuberculose e que compreendem, em síntese, a educação sanitária, os dispensários, os sanatórios e as vacinações.

Exalta a necessidade de todas estas medidas, porém mostra ser indispensável, antes de tudo, a anulação dos focos, externos ao individuo, através do isolamento dos travesseiros pelas "FRONHIGIAS".

De fáto, a Tuberculose ã, principalmente, nos adultos, uma infecção post-alérgica, criada por superinfecções continuas, que vão provocar a intolerância da segunda fêse do fenômeno de Koch.

Já é ponto pacífico como é difícil, raro, o contágio diréto da Tuberculose entre os adultos. Nestas condições, como a separação uníca dos contagiantes poderá concorrer para a diminuição da extensão do flagelo?

Agora, si ao lado dela, se evitar que novos contágios surjam (e para isto se fizer o isolamento dos travesseiros), então se fará uma verdadeira profilaxia, racional e científica.

Môstra a opinião de Koch, de que partiram os seus estudos, transcreve uma carta de Cardoso Fontes, exaltando os seus trabalhos científicos sôbre o assunto e com os quais concôrda plenamente.

E termina fazendo um apêlo á Sociedade, no sentido de colaborar na elucidação dêste angustiôso problema de profilaxia humana. Refêre que, no Congresso de Tuberculose, ao lêr o seu trabalho, nenhum dos brilhantes especialistas, ali presentes, apesar de convidados expressamente, poudé crear, já não diz um argumento frágil que fôsse, porém levantar uma simples reticencia ás suas conclusões.

E' o que também péde naquêle momento aos seus colégas, pois a tése do contágio da Tuberculose dos adultos pelos travesseiros, contaminados e que se vão contaminando diariamente, ã a única que atende ao "verdadeiro sentido" da luta anti-tuberculosa, na visão genial de Calmette, com a creação de seus trêspostulados.

Depois de estender-se sôbre o assunto, finaliza assim a sua conferência: "Uma rápida meditação dêstes fátos, mesmo pelos espíritos mais simples, ao lado da convicção crescente de que a Tuberculose, nos adultos, é sempre uma infecção de origem exógena — intolerância dos germens, pós-alérgica, na fôrma do fenômeno de Koch — fará com que a tése que defende seja indiscutível, exáta como um axioma. E as "perspectivas da luta anti-tuberculosa no Brasil" se transformarão na visão magnífica de um panorama claro e límpido e consolador, porque

irá fazer a única profilaxia que se afirma sobre os poderosos alicéres da Ciência e da Verdade”.

Ao terminar a sua conferência o Prof. Nonoái foi muito aplaudido.

O Sr. Presidente pôe em discussão o trabalho do Prof. Nonoái.

Com a palavra o Dr. Eliseu Paglioli que téce comentários elogiosos em tôrno do trabalho do Prof. Nonoái.

Com a palavra o Sr. Presidente que felicita ao Prof. Nonoái, pela sua brilhante conferência.

A seguir péde a palavra o Prof. Nonoái que agradece os comentários elogiosos feitos ao seu trabalho.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente suspende a sessão.

Pôrto Alegre, 8 de Setembro de 1939.

Salvador Gonzales

2.º secretário

ATA DA SESSÃO DO DIA 29-9-1939

Sob a presidência do prof. Florencio Ygartua, realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias tendo comparecido os associados seguintes: Saul Ciula, Vagner P. Vieira, Zeferino Bitencourt, Augusto Andrade, Carrion, Alvaro Ferreira, Paulo Louzada, Edgar Eifler, Rubens Maciel, Adair Eiras de Araujo, Prof. Gottfried Boehm, José Steidle, Carlos Osorio Lopes, Flôres Soares, Luiz Barata, Alfredo Hofmeister, Valdemar Niemeier, Polí Espirito, E. J. Kanan, Sadí Hofmeister, Helio Medeiros, Antonio Azambuja, Samuel Barros, Biancamano, e Salvador Gonzales.

Aberta a sessão o sr. Presidente convidou para fazer parte da mesa de trabalhos, ao sr. prof. Boehm, que se encontrava no recinto.

A seguir foi lida e aprovada sem emendas a ata da sessão anterior.

Passou-se em seguida á leitura do expediente que constava de uma carta do prof. Aroz Alfaro agradecendo a sua escolha para sócio honorario da Sociedade de Medicina de P. Alegre, e uma outra do dr. Alberto Maggia, do mesmo teôr.

A seguir o sr. Presidente concedeu a palavra ao Dr. Salvador Gonzales, inscrito na ordem do dia com o têma: “A úlcera pilórica” e cujo resumo é o seguinte: “Após considerações gerais de ordem anátomo-fisiológica, clínica e radiológica, o dr. Gonzales chegou as seguintes conclusões:

1.º — Existe uma úlcera estritamente pilórica, porque éla se localiza exatamente no esfinter pilórico.

2.º — Apesar da mucosa pilórica ser uma parte da gástrica a úlcera do pilôro, não compartilha sempre da sintomatologia geral das úlceras gástricas.

3.º — As demonstrações de úlcera gástrica, úlcera pilórica e úlcera bulbar, correspondem a entidades clínicas e radiológicas perfeitamente individualizadas.

4.º — A denominação de úlcera juxta-pilórica deve ser abandonada, porquanto a lesão em tal caso tanto pôde ser gástrica como duodenal.

5.º — A úlcera do pilóro nem sempre é estenosante, como nem toda estenose de esfinter deve ser obrigatoriamente úlcerosa ou cancerosa.

6.º — A úlcera do pilóro em fase inicial deve ser tratada medicamente, e os resultados terapêuticos controlados frequentemente com o exame radiológico.

7.º — O tratamento cirúrgico se impõe todas as vezes que o médico falhar, principalmente se a estenose se constitua rapidamente e com éla a estáse e a retrodilação.

8.º — Nem o gráu da estase e nem as proporções da dilatação gástrica são elementos que permitam diferenciar a estenose ulcerosa da cancerosa. Tanto em uma como em outro poderemos encontrar pequenas ou grandes estases com dilatação ou sem éla.

9.º — A operação radical para o tratamento da úlcera do pilóro deverá ser a gastrétomia.

A gastro-entero-anastomose, poderá contribuir para favorecer a cicatrizaçáo da lesáo em virtude do repouso imposto ao esfinter, mas não abrigará o doente de uma nova reicidiva.

10.º — A úlcera do pilóro póde degenerar em cancer mas não estamos ainda em condições de afirmar se tal degeneração oferece as mesmas probabilidades que nas úlceras do antro.

As estatísticas não disseram ainda, dentro da sua relatividade, a última palavra”.

Ao terminar a sua conferência o dr. Salvador Gonzales foi aplaudido por todos os presentes.

A seguir o sr. Presidente poz em discussáo o trabalho do dr. Gonzales.

Com a palavra o prof. Boehm, de Munich, que tece comentários elogiosos a respeito da conferência do dr. Gonzales.

Com a palavra o dr. Carlos Osorio Lopes que após se estender em considerações radiológicas de ordem geral a respeito do trabalho do dr. Gonzalez, termina felicitando á casa e ao orador pela sua conferência.

Com a palavra o sr. Presidente que felicita ao orador pelo seu trabalho, e como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra foi suspensa a sessão.

Pôrto Alegre, 29-9-1939.

Dr. Salvador Gonzales
2.º secretário

Banco Porto Alegrense

Séde propria — Rua Gen. Camara ns. 253/261

EMPRESTIMOS — DESCONTOS — CAUÇÕES

Abona as melhores taxas de juros em e/correntes
Secção de cofrezinhos para pequenas economias

Áta da sessão do dia 13-10-1939.

Presidida pelo Professor Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma das suas sessões ordinarias, tendo comparecido os seguintes sócios: Batista Hofmeister, Salvador Gonzales, Paulo Louzada, Cesar Santos, Carlos Carrion, Silvera Neto, Carlos Osorio Lopes, Nogueira Flôres, E. J. Kanan, Luiz Faiet, Nelson Souza, Alvaro Ferreira, Helio Medeiros, Alfredo Hofmeister, Samuel Barros, Orlando Biancamano, Sadi Hofmeister, Hugo Ribeiro, Almeida.

Aberta a sessão foi lida e aprovada sem emendas a áta da anterior e como nada constasse no expediente passou-se ás propostas para novos sócios.

Pelo Dr. J. Maia Failace foram propostos os Drs. Gilberto Mangeon, José Mendes, Domingos Fellechea Chausel; pelo Dr. Carlos Carrion os Drs. Valdemar Job, Elias Buais, Vitor de Brito Velho, Manoel Postiga, Alberto Viana Rosa e Valter Fernandes; ;pelo Prof. Ygartua foi proposto o Dr. Cesar Santos.

Com a palavra o Prof. Nogueira Flôres que faz, em bela oração, o necrológio do Prof. Josetti, recentemente falecido no Rio de Janeiro, pedindo á casa um voto de pesar, o qual é aceito, tendo todos os presentes homenageado a memoria do Prof. Josetti com um minuto de silencio.

A seguir o Sr. Presidente propõe á casa que seja incluído nos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina" a necrologia feita pelo Prof. Nogueira Flôres, conjuntamente com uma fotografia do Prof. Josetti.

A proposta do Sr. Presidente foi aceita unanimemente.

Com a palavra o docente Cesar Santos, inscrito na ordem do dia com a ua conferência intitulada "Síndrome de Loeffler", cujo resumo é o seguinte: O conferencista comunicou documentadamente, três casos do Síndroma de Loeffler diagnosticados na sua clínica. Trata-se de uma molestia estudada e individualizada pela primeira vez na Suissa, onde abundam os casos, depois, ao que se sabe, foi reconhecida em Shangai, Alemanha, França e Portugal.

O Prof. Santos, estudando os neutrofilos do sangue de doentes que pareciam tuberculosos, teve a atenção voltada para os campos microscopicos ricos em eosinofilos, investigando a causa da eosinofilia encontrou-se em face de síndroma até então desconhecido. Por longos mezes procurou em toda a parte a identificação da molestia.

Os pacientes apresentam-se com diminuição do murmúrio respiratorio, manchas pulmonares fugazes e eosinofilia. A doença é em geral benigna, sarando muitas vezes sem que os doentes se apercebam do acometimento, podendo no entanto existir casos muito mais sérios.

Suspeita o Dr. Cesar que se trate de moléstia comum entre nós, bem como em toda parte, passando por gripe ou falsa tuberculose.

Ao terminar a sua conferência o Dr. Cesar Santos foi aplaudido por todos os presentes.

Em torno do trabalho lido pelo docente Cesar Santos, teceram comentários de ordem geral os Drs. Salvador Gonzales, Alfredo Hofmeister e Carlos Osorio Lopes.

O Sr. Presidente felicita ao conferencista pelo seu trabalho e

o comenta atravez de alguns casos clínicos por êle observados e que provavelmente deveriam ser enquadrados dentro do novo síndrome.

Com a palavra o Dr. Cesar Santos que agradece aos colegas os comentarios que houveram por bem fazer ao seu trabalho.

Como ninguem mais desejasse fazer uso da palavra o Sr. Presidente suspendeu a sessão.

NOTA: Pelo Dr. E. J. Kanan, foi proposto para sócio o Dr. Valter Dexheimer P. da Silva.

Pôrto Alegre, 13-10-1939.

Salvador Gonzales

secretario

Áta da sessão do dia 20 de Outubro de 1939.

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Paulo Louzada, Cesar Ávila, Cesar Santos, Salvador Gonzales, Hugo Ribeiro, Raul Moreira, Alfredo Hofmeister, E. J. Kanan, Rubens Maciel, Luiz Faiet, Carlos Carrion, Sadi Hifmeister, Samuel Barros, Luiz Rothfuchs, Orlando Biancamano, Pedro Pereira, Helio Medeiros, Saul Ciula, Luiz Barata.

Aberta a sessão foi lida e aprovada sem emendas a áta da anterior.

Passou-se em seguida a votação dos sócios propostos na sessão anterior tendo sido todos aceitos unanimemente e cuja relação é a que se segue: Drs. Gilberto Mangeon, José Pessoa Mendes, Domingos Telchea Clausel, Valdemar Job, Elias Buáis, Vitor de Brito Velho, Manoel Postiga, Alberto Viana Rosa, Valter Fernandes, Sergio Catani de Curtis, Valter Pereira da Silva.

Nada constando no expediente o Sr. Presidente concedeu a palavra ao Prof. Raul Moreira inscrito na ordem do dia com a sua conferencia intitulada: "Afeções por obstrução gastro-intestinal na infancia", cujo resumo é o seguinte: "O Prof. Raul Moreira estudou com todos seus detalhes clínicos e radiológicos os dos interessantes quadros por obstrução gastro-intestinal que são: estenose hipertrófica do pilóro e invaginação intestinal. Depois de fazer longas considerações sôbre a etiopatogenia das expressões clínicas dos quadros patológicos que constituem as "afeções por obstrução gastro-intestinal na infancia" termina mencionando um caso de estenose de um pilóro curado pelo tratamento dieto-terápico".

Ao terminar a sua conferencia foi o Dr. Raul Moreira muito aplaudido por todos os presentes.

Com a palavra o Prof. Ygartua que felicita ao conferencista pelo brilhantismo e proficiencia de que deu mostra no decorrer de seu trabalho.

O Prof. Ygartua tece comentários de ordem geral sôbre o têma abordado pelo Prof. Raul Moreira e relata vários casos de estenose hipertrófica do pilóro.

Com a palavra o Prof. Raul Moreira que agradece ao Prof. Ygartua os comentários feitos ao seu trabalho.

Como ninguém mais usasse da palavra o Sr. Presidente suspendeu a sessão marcando a próxima ordem do dia: conferencia do docente Dr. E. J. Kanan, intitulada: "Escoliose congênita por afecções congênicas" (a proposito de um caso).

Pôrto Alegre, 20 de Outubro de 1939.

Dr. Salvador Gonzales
2.º secretario

Áta da sessão do dia 27 de Outubro de 1939.

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma das suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Nogueira Flôres, Celso Figueiredo, E. J. Kanan, Salvador Gonzales, Luiz Barata, Hugo Ribeiro, Lupi Duarte, Helio Medeiros, Sadi Hofmeister, Alfredo Hofmeister, Antero Sarmiento, Poli Espirito, Carrion, Edgar Eifler, Biancamano.

Aberta a sessão foi lida e aprovada sem emendas a ata da anterior.

O expediente constava de um cartão de agradecimento do Prof. Elyseu Paglioli pelos pezames que lhe foram enviados pela Sociedade de Medicina, por ocasião do falecimento de sua Exma. Mãe.

A seguir foram propostos os seguintes novos sócios: Drs. Alfredo Silveira Neto, Oscar Pereira, Vitor Rangel, Antonio de Souza, pelo Dr. Carlos Carrion; Rui Simões e Augusto F. Paraizo F.º, pelo Dr. Pedro Sirangelo; Halley Marques e Eurípides J. de Oliveira, pelo Dr. J. Maia Failace; Hamilton Pereira, pelo Dr. C. Vieira da Cunha; Dr. Moises Cutin, pelo Dr. Edgar Eifler; Valter Pereira da Silva, pelo Dr. E. J. Kanan.

Por proposta do Dr. C. Carrion, passaram a fazer parte novamente do quadro social o Prof. Ulisses Nonoái e Dr. Juvenal Santos, que se encontravam licenciados.

Com a palavra o Docente Dr. E. J. Kanan, inscrito na ordem do dia com a conferencia: "Escliososes congênicas por afecções congênicas (a propósito de um caso)", cujo resumo é o seguinte: "Inicia seu trabalho recordando a série de casos de anomalias congênicas por êle observados. Relata com interessantes considerações clínicas e radiológicas a "escoliose congênita" por êle estudada.

A série de radiografias projetadas demonstraram perfeitamente a expressão clínica do caso relatado".

Ao terminar sua conferência o Dr. Kanan, foi muito aplaudido.

O trabalho do Dr. Kanan foi comentado elogiosamente pelo Prof. Nogueira Flôres e pelos Drs. Luiz Barata e Salvador Gonzales e Prof. Florencio Ygartua.

A seguir o Dr. Luiz Barata fez uma interessante comunicação sobre um caso de pielite subordinada a um estreitamento uretral, cuja causa provavel era uma espina bífida incompleta da I vértebra sacra.

A comunicação do Dr. Luiz Barata foi comentada pelos Drs. Kanan e Gonzales.

O Dr. Salvador Gonzales relatou um interessante caso de hermafroditismo que foi comentado pelos Drs. Luiz Barata e Florencio Ygartua.

Com a palavra o Prof. Florencio Ygartua que relata vários casos de prolapso de reto, tratados com sucesso pelas injeções de leite peri-anais (assim como também na incontinência de fézes).

O trabalho do Prof. Ygartua foi comentado pelo Prof. Nogueira Flôres.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente suspendeu a sessão.

Pôrto Alegre, 27 de Outubro de 1939.

Dr. Salvador Gonzales
2.º secretário

Áta da sessão do dia 2 de Novembro de 1939.

Sob a presidência do Prof. Florencio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Hugo Ribeiro, José dos Anjos Vasconcelos, Carlos Carrion, Sadi Hofmeister, Álvaro Barcelos Ferreira, Orlando Biancamano, Helio Medeiros, Salvador Gonzales, Rubens Maciel, Samuel Barros, Antero Sarmiento, Coradino Lupi Duarte, Adair Eiras de Araujo, João Vargas do Amaral.

Aberta a sessão foi lida e aprovada sem emendas a áta da anterior. Como nada constasse no expediente, passou-se a seguir a votação dos sócios propostos na sessão anterior os quais foram todos aceitos por unanimidade de votos e cuja relação é a que se segue: Drs. Alfredo Silveira Neto, Oscar Pereira, Vitor Rangel, Antonio de Souza, Rui Simões, Augusto P. Paraizo F.º, Halei Marques, Eurípedes de Oliveira, Hamilton Pereira, Moisés Cutin e Válter P. da Silva.

A seguir com a palavra o Prof. Ygartua que faz uma interessante comunicação "Sôbre um caso de paralisia infantil recentemente observado" e cujo resumo é o seguinte: "Relata o Prof. Ygartua um caso de paralisia infantil da sua clínica e por êle observado um mês.

Tratou de uma criança do sexo masculino com 2 anos de idade, que ingressa na enfermaria de crianças do Hospital São Francisco, sendo portadora de uma paralisia dos membros inferiores, que lhe impedia de caminhar, além de uma paralisia da cabeça que caía como um pêndulo, sem poder ficar ereta.

Criança sem maior passado doentio, de regular nutrição, adoeceu com um quadro agudo febril, vômitos e tosse.

Após três dias de doença apresenta a fôrma paralítica, que o Prof. Ygartua passa a descrever com maiores detalhes.

Destaca neste caso que apesar de apresentar no início, uma fôrma de paralisia intensa, teve uma evolução favorável pois, no período de um mês, as paralisias regrediam de tal fôrma que atualmente manteve a cabeça normalmente ereta caminha perfeitamente.

Cita que os reflexos patelares estiveram completamente abolidos e que presentemente se encontram normais.

Salienta que este interessante caso d paralisia infantil, também denominada doença de Heine-Medin, rapidamente, quasi que expontaneamente cura-se, apezar da terapêutica usada.

Estuda o líquido céfalo-raquidiano do caso relatado.

Lembra os numerosos casos de paralisia infantil observados por êle nos seus anos de clínica infantil e relata ter verificado dèsde as fórmas mais frustas até as graves e mortais sendo, felizmente, estas relativamente pouco frequentes. Lembra que a doença é, geralmente, pouco contagiosa e o seu contágio está longe da difusão que realizam as doenças infecto-contagiosas, como o sarampo, a coqueluche, etc. riria das vezes sómente uma é atingida pela paralisia.

Recorda que em um lar onde existam muitas crianças na maio-

A seguir passa ao estudo das epidemias sul-americanas lembrando que apezar de repetidas e frequentes no Rio de Janeiro, onde já se contam para mais de seis epidemias em nosso meio nunca se verificaram verdadeiros surtos epidêmicos e sim casos isolados e esporádicos.

Talvez condições de clima, região e fatores biológicos tenham concorrido para não se ter verificado essas fórmas de epidemias.

Lembra que a paralisia infantil, apezar de ser uma doença mais frequentenos climas frios, entretanto, é mais comum observá-la no verão.

Informa que apezar de, nêstes longos anos, terem sido internados casos de paralisia infantil nas nossas enfermarias de Pediatria Médica, onde existiam grande número de crianças de outras doenças, nunca se observaram na sala outros casos de paralisia infantil e que vêm demonstrar como é difícil o contágio de criança para criança.

Lembra, agora, que é provável que existam determinadas crianças neuro-labis que são sujeitas á ação do médulo-virus da paralisia infantil e recorda que nestas crianças parece romper-se o ritmo imunobiológico para êsses "virus" e aí surge a enfermidade.

Recorda que felizmente em nosso meio são relativamente poucas as crianças que são atingidas.

O Prof. Ygartua termina as suas palavras fazendo considerações sôbre a profilaxia e terapêutica pelas vacinas, sôros de convalescentes hemo-terapia, radio-terapia diatermo-terapia, electricidade galvânica, etc., dizendo que mutas vezes as fórmas com paralisias definitivas, as sequelas, serão tratadas pelo especialista em cirúrgia infantil e ortopedia, conseguindo-se em determinados casos resultados mais ou menos brilhantes.

O caso relatado pelo Prof. Florencio Ygartua foi acompanhado de expressivas fotografias.

Ao terminar a sua conferencia o Prof. Ygartua foi muito aplaudido por todos os presentes.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra e dado o adiantado da hora o Sr. Presidente suspendeu a sessão.

Pôrto Alegre, 2 de Novembro de 1939.

Dr. Salvador Gonzales

2.º secretário

cionais de redistribuição são tão pueris ou ilusórios como os sonhos de repúblicas universais ou de um paraíso terrestre, resta-nos unicamente elaborar ou inventar de que carecermos.

Em "A Ciência quebra Monopólios" é exposto o modo como, graças a inúmeros esforços isolados que preenchem a vida de muitos pesquisadores, se combateu a fome e a falta de vestuário, a carência de espaço e de energia, e, mais ainda, o que essas vitórias pacíficas significaram para o mundo.

Com fatos, exclusivamente por meio de fatos, é demonstrado quantos caminhos há para fugir à confusão. Pois, tudo o que o autor, tacteando, relatou nos seus livros anteriores sobre matérias primas e o que reuniu neste obra, após anos de compilação, tornou-se, desde a publicação do novo plano quadrienal germânico, mais do que mera exposição; enquanto se imprimia este livro, aquilo passou a ser o fundo técnico e econômico dum programa gigantesco, capaz de apontar, não só o caminho para a autonomia alemã, mas, sobretudo, para a paz — o caminho que conduz dum mundo de temores e de privações para o da consciência individual e da riqueza.

"A Ciência quebra Monopólios", que faz parte da coleção "Documentos de Nossa Época", da Livraria do Globo, foi traduzido pela professora Marina Guaspari, que teve a assistê-la, na parte técnica, o professor Bernardo Geisel.

UM RIO IMITA O RENO

Vianna Moog

Edição da Livraria do Globo

Pôrto Alegre — 1939

Consagrado no Brasil e em Portugal como um dos mais eminentes ensaístas e biógrafos da língua, Vianna Moog surge-nos agora como ficcionista vitorioso.

"Um rio imita o Reno" é o primeiro romance do vigoroso prosador gaúcho. Trata-se de um inquérito sobre a imigração alemã no sul do Brasil — tema cuja palpitante atualidade torna-se desnecessário ressaltar. Passa-se em Blumental, cidade imaginária. E é um contraponto do norte e do sul, de vez que o personagem central do romance é um amazonense, descendente de cearense e índia Nhen-gaíba. Entrosam-se, em verdade, duas histórias — a da opulência e decadência do coronel de barranco, pai do personagem central e, ao mesmo tempo, a de suas reações um meio inteiramente novo para êle, que o situa em condições excelentes para visualizar todos os problemas, sem idéias preconcebidas, sem odios e sem paixões. Há no romance conflitos de raças, problemas de educação e de religião. E' também abordado o problema dos judeus.

Resultantes de duas culturas diversas são tratadas na história comovente de "Um rio imita o Reno" — a história dum amor contrariado e contra o qual conspira o determinismo indesviável das coisas ajudadas pela intromissão de preconceitos teóricos sobre raça.

O escritor Vianna Moog está em condições maravilhosas para focalizar o assunto tratado no seu primeiro romance. Ninguém, mesmo, poderia fazê-lo em melhores condições. Nasido em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, em plena zona colonial alemã, ficaram gravadas no subconsciente do autor impressões de infância referentes á formação da colonia, das várias etapas ali atravessadas, bem como reminiscências da guerra de 1914-18, do sorteio militar, da nacionalização progressiva, etc.. Além disso, a sua estada no Amazonas dá-lhe autoridade para tratar os problemas daquelas paragens.

"Um rio imita o Reno" é, assim, um romance de genuína experiência pessoal e por isso mesmo objetivo, muito embora os seus personagens sejam de pura ficção.

A belíssima capa de "Um rio imita o Reno" é criação de Edgar Koetz, o consagrado artista riograndense que ainda há pouco conquistou o primeiro lugar num concurso de cartazes promovido pelo Departamento Nacional de Propaganda.

Notas terapêuticas

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO CLÍNICO DOS ANTIESTREPTOCOCCICOS NÃO AZOICOS

J. J. Gournay e Y. Le Balch — Biologie Médicale, Paris, ano 35, vol. XXVII, suplemento — 1937.

Estamos acostumados a vêr a quimioterapia atuar principalmente em moléstias provocadas por parasitas. Não se trata de uma regra absoluta, pois há medicamentos químicos preconizados contra a blenorragia, tuberculose, colibacilose. Contudo, ao menos no ponto de vista experimental, as melhores provas da possível ação dos medicamentos químicos se encontram nas afecções parasitárias.

Ora, a introdução dos recentes antiestreptococcicos que os médicos puderam experimentar, a partir de 1935, constitúe uma grande novidade porque se pôde comprovar a ação inegável dessa medicação, quer no laboratório, quer na clínica.

Por outra parte, habituamo-nos ainda a ter em conta, na quimioterapia, a toxicidade dos corpos utilizados: ao lado da atividade destes medicamentos sempre se tem presente o (dose curativa), isto é, o coeficiente terapêutico. (dose tóxica).

Os antiestreptococcicos, azoicos ou não, preconizados nestes dois últimos anos, parecem pertencer a uma classe nova, visto a sua toxicidade ser extremamente fraca, desprezível clinicamente.

Compreende-se, portanto, o grande interêsse que despertará qualquer trabalho que procure esclarecer estas questões.

Tal se dá naturalmente com o exaustivo estudo de Gournay e Balch. Bem documentados, mostram-nos o grande valôr dessa medicação antiestreptococcica, principalmente da septazine e soluseptazine.

O trabalho desses dois clínicos franceses é bastante extenso e merecedor de ampla divulgação. Dão-nos um histórico succinto dos quimioterápicos antiestreptococcicos. Tecem diversas considerações biológicas. Mostram os resultados clínicos obtidos em diversas afecções: reumatismo, coréa, de Synlenham, piurias, gripes, enlometrites puerperais, abortos infectados, adenoflegmões. Alinham uma série de observações pessoais.

Para êles, a medicação septazinada é desprovida de qualquer perigo e sua eficacia é deveras notável. Em todos os casos, onde a experimentaram, colheram os melhores resultados. Preconizam a seftazine em doses fracionadas de 2 a 5 gr. diárias. Usam-na sempre. Dela não preseidem, mesmo quando o doente recebe injeções da soluseptazine.

A sua experimentação pessoal (210 casos) lhes induz a afirmar que "a introdução dos derivados sulfamidados na terapêutica constitue uma arma inteiramente eficaz dirigida principalmente contra os casos clínicos que até agora resistiam aos esforços terapêuticos."

Carbantren "Ciba", um novo antiséptico intestinal

O tratamento quimioterápico das afecções intestinais parasitárias, particularmente a disenteria amebiana, lambliaze e disenteria bacilar, possui uma arma poderosa no Entero-Vioformio. Ao lado destas parasitoses que exigem um tratamento severo e bem controlado, apresentam-se também em diversos climas outras doenças do aparelho digestivo, de caráter mais comum, como as gastroenterites agudas, as enterites, as dispepsias fermentativas e pútridas, as diarréias estavais e as produzidas por transgressões de regimen ou intoxicação alimentícias, etc. Para o tratamento de todos estes transtornos a casa "Ciba" lançou um novo

preparado em forma de granulado, de uso cómodo e simples, sob o nome de Carbantren.

No Carbantren entra em ação a iodocloro-oxiquinoleína em combinação química com o bismuto (10%), cujas propriedades antisépticas e antidiarréicas* reductoras de secreção e protetoras da mucosa, são bem conhecidas pelos trabalhos farmacológicos; além disso o Carbantren contém pectina (20%) e carvão medicinal ativo.

A pectina atúa por dois mecanismos: por uma parte acelera a coagulação sanguínea (recentemente se admite que atúa também aumentando as cifras de trombocitos do sangue, as investigações de Dietrich e Oettel lhe emprestam até uma certa ação sobre o endotélio dos vasos); por outra parte, a pectina, por seu poder de embebição e suas propriedades absorventes, favorece a condução e a expulsão das substâncias nocivas do intestino, trate-se de produtos tóxicos, bacterianos ou de origem química.

Finalmente, o Carbantren contém, em elevada proporção, carvão medicinal ativo, cujas propriedades absorventes são assás conhecidas. O carvão ativo atúa como antiflogístico, absorvendo da superfície das mucosas todas as matérias irritantes procedentes da destruição celular ou de processos fermentativos, impedindo sua absorção no intestino.

O Carbantren está indicado nas afecções intestinais e paraintestinais do tipo dispéptico, na gastro-enterite, enterite crônica, dispepsias fermentativas e pútridas, diarréias estivais, tifo, paratifo, etc., bem como nas afecções intestinais acompanhadas de manifestações hemorrágicas, como disenteria, colite ulcerosa, etc., em que as propriedades antihemorrágicas da pectina tornam particularmente eficaz a ação do preparado.

Com o Carbantren se consegue uma antiseptia intestinal eficaz, bem como uma limpeza mecânica, em virtude de serem arrastados pelas fezes os produtos de fermentação anormal da flora intestinal e as secreções patológicas; os intestinos recuperam seu funcionamento normal e o organismo é desintoxicado.

O Carbantren é apresentado em caixas com 50 grs. de um fino granulado de odor quasi nulo e sem sabôr característico.

Casa Carvalho

Fardamentos e Bonés para qualquer colégio, a
melhor confecção pelos menores preços.

Bandeiras Nacionais e de qualquer país, Estandartes para Sociedades e Signais.



CASA CARVALHO

Rua Marechal Floriano, 4 - esq. Octávio Rocha

Fone 4263

Pôrto Alegre

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

Medicados pela illustre classe medica

- Vitamina** — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin** — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina** — Diabetes.
- Synergon A. B. C.** — Bleorrhagia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigistivo** — Perturbações digestivas.
- Sêro Lipotonico (Mef)** — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sêro Liposedativo (Mef)** — Tonico 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. Thyreoide** — Insufficiencia thyreoideana.
- Cholelactina** — Desordens intestinaes.
- Encephalina** — Tonico 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** — Opothèrapia associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan** — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opothèrapico 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. Opothèrapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorragicas etc.
- Biocalcio** — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccões, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
- Ioformil** — Iodeto de utrotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxi-infeccões, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno** — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Polioptèrapia.

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