

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XXI

MAIO DE 1943

N. 5

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1943

Presidente

**ÁLVARO BARCELOS FERREIRA**

Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente

**HELMUTH WEINMANN**

Doc. Histologia

Secretário Geral

**JOSÉ GERBASE**

Doc. Cl. Dermatosifiligráfica

Tesoureiro

**ANTÉRO SARMENTO**

1.º secretário

**ADAYR EIRAS DE ARAUJO**

Doc. Cl. Urológica

2.º secretário

**ORLANDO BIANCAMANO**

Bibliotecário

**E. J. KANAN**

Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Direção científica

**TOMAZ MARIANTE**

Cat. Cl. Médica

**RAUL MOREIRA**

Cat. Cl. Pediátrica Méd

Redator-chefe:

**RUBENS MACIEL**

Doc. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Secretários da redação

**ALFREDO HOFMEISTER**

**FERNANDO V. ALVES**

Diretor-responsável:

**ALMANZOR ALVES**

### REDADORES

**GABINO DA FONSECA**  
**HELMUTH WEINMANN**  
**LUIS S. BARATA**  
**VALDEMAR CASTRO**  
**JACI MONTEIRO**  
**NINO MARSIAJ**  
**J. LISBÔA DE AZEVEDO**  
**MARTIM GOMES**  
**DECIO DE SOUZA**  
**RAUL MOREIRA**  
**J. L. T. FLÔRES SOARES**  
**CARLOS CARRION**  
**C. LUPI DUARTE**  
**ANTONIO LOUZADA**

**IVO CORRÊA MEYER**  
**MARIO TOTA**  
**E. J. KANAN**  
**PEDRO MACIEL**  
**MARIO BERND**  
**AMÉRICO VALERIO**  
**RAUL DI PRIMIO**  
**GUERRA BLESSMANN**  
**H. ANES DIAS**  
**PEREIRA FILHO**  
**J. MAIA FAILACE**  
**ÁLVARO B. FERREIRA**  
**JOÃO G. VALENTIM**  
**VALDEMAR NIEMEYER**

### ASSINATURAS:

Ano: Cr\$ 25.00 — 2 anos: Cr\$ 40.00 — Estrang.: ano — Cr\$ 40.00

Séde da Redação: rua dos Andradas, n.º 1.117 — Cx. Ps. 872

Porto Alegre — Rio Grande do Sul — Brasil



# Sumario

## Trabalhos originaes

|  | Pág. |
|--|------|
| TAVARES DE SOUZA — Sinergia funcional útero-ovariana....   | 87   |
| MARCELO LUCCHESI e OSWALDO LUCCHESI — O problema<br>higiênico-social do reumatismo e plano de luta anti-reumática<br>no Brasil ..... | 99   |

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

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



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

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas



## Sinergia funcional utero-ovariana

(Histerectomia sub total meno-conservadora)

CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL GAFFRÉE-GUINLE, A CARGO DO PROF. CLOVIS CORRÊA, AO I CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

Por **Tavares de Souza**  
Chefe de Clínica

Em julho de 1939 tivemos oportunidade de relatar perante a Sociedade Brasileira de Ginecologia, nove observações de doentes da 10.<sup>a</sup> Enfermaria do Hospital Gaffrée-Guinle submetidas a operação de histerectomia sub-total, nas quais foram enxertadas no canal cervical, fragmentos de mucosa do útero extirpado, com o intuito de preservar a manutenção do ciclo menstrual.

O resultado geralmente satisfatório dessa conduta, o aumento da caustística por operações efetuadas posteriormente induzem-nos aproveitar a oportunidade deste Congresso para rememorar fatos e acrescentar considerações que julgamos oportunas.

Outrora parecia que a conservação do ovário em operadas de histerectomia, por si só, bastava para assegurar equilíbrio endócrino á mulher, de modo a colocá-la ao resguardo das perturbações de carência próprias da castração.

Até há pouco, tinha-se como certo que o útero, por sua mucosa endometrial, obedecia passivamente ao comando do ovário que lhe determinava as modificações histológicas do ciclo menstrual, sem por sua vez sofrer o ovário a mínima influência do órgão sob sua regência.

Constatações de ordem clínica e modernas verificações de carater experimental fazem atualmente acreditar que, na ausência do útero, o ovário apresenta sinais de claudicação funcional representados por modificações de sua estrutura e sintomas subjetivos de ordem geral.

Assim, Tuffier, Asehner, Pankow, Lindig, Henker, Kogan, Derankova etc., verificaram em mais de metade das doentes submetidas à histerectomia com conservação dos anexos sinais de insuficiência ovariana. Tuffier, afirma, em consequência dessa observação, que a retirada do útero, mesmo com a conservação dos anexos, produz acidentes ulteriores semelhantes aos verificados após supressão dos ovários.

Villard, Tixier e Chalier tiveram oportunidade de reoperar doentes que já haviam sofrido histerectomia e nas quais encontraram posteriormente os ovários sede de degenerações, formando verdadeiros tumores císticos.

Polak, observando durante cinco anos 300 histerectomizadas com conservação dos ovários, conclue que esse tipo de cirurgia conservadora pro-



duziu 24% de degenerações císticas dos ovários que obrigaram la nova intervenção cirúrgica.

Wood e Cruz, em estudo clínico de três histerectomizadas com conservação dos anexos, nas quais pesquisaram o metabolismo basal e o quociente respiratório, verificaram, em todos índice de deficiência funcional.

Henckel é de opinião que existem relações funcionais, as mais estreitas, entre os ovários e o útero.

Para Serejukov o organismo feminino apresenta sinais de decrepitude, de depressão psíquica e podem ocorrer mesmo perturbações mentais após histerectomia.

Schmid entre outros, atribue grande importância ao efeito da função menstrual sobre a atividade ovariana.

Bordes, em 1898, já havia observado, por exames microscópicos, alterações da estrutura do ovário, tendendo e mesmo atingindo ao estado de esclerose, após histerectomia.

Cotte, verificou que, após histerectomia o funcionamento do ovário é profundamente prejudicado e, assim, externa a sua convicção de que quanto mais se aprofundar a análise dos processos funcionais do aparelho genital feminino, mais evidente apresentar-se-á a sinergia funcional existente entre o endométrio e o ovário, deduzindo daí a necessidade de conservar uma certa porção de mucosa uterina quando se pretender realizar cirurgia funcional.

Cruz Ramirez em 40 observações de histerectomizadas com conservação do ovário verificou 70% de casos apresentando sinais de carência ovariana.

Tamis, encontra 60% de histerectomizadas com sinais de insuficiência ovariana, si bem que existisse folicolina na urina de 77,7% das operadas, indicando esse fato, a seu ver, a necessidade do fator endométrio na manutenção do equilíbrio orgânico feminino.

Castañõ assinala a eventualidade da existência de útero despojado definitivamente de sua mucosa endometrial, como consequência das raspagens procedidas com desusada violência, comprometendo irremediavelmente a camada basal e assim impossibilitando a regeneração do endométrio, o que redundã na produção de sintomas de carência ovariana iguais aos da castração, não obstante a existência dos ovários e do útero com sua irrigação perfeita, mas sem endométrio e portanto sem menstruação.

Cita casos de amenorréias de lactação prolongada, conduzindo a um grau de hiper involução uterina que pode perdurar por tóda a existência, ocasionando a presença de sintomas imediatos de insuficiência ovariana semelhantes aos da castração. A despeito da presença do útero e ovários produziu-se nesse um transtorno trófico que impediu o ciclo menstrual e a menstruação por atrofia do endométrio.

Outras causas determinando a destruição do endométrio e impeditivas de sua regeneração podem conduzir tambem á amenorréia definitiva e ao aparecimento de sinais próprios da insuficiência ovariana.

Villard, teria sido o primeiro a atribuir ao útero uma função endócrina, afirmando ser esse indispensavel à vida do ovário; pois que, na ausência do endométrio, o ovário degenera, atrofia e produzem-se todos os sintomas de carência ovariana.



Brouha considera que se toda a cirurgia conservadora gravita em torno do ovário esse atua não sómente como órgão de secreção interna, mas também, por sua influência na função menstrual, de modo que ambas essas funções endócrina e menstrual, não podem ser separadas sob pena de romper-se o equilíbrio orgânico da mulher.

Vignes observa que após supressão do útero e conservação de um ovário as perturbações são habitualmente as mesmas que se constataam após castração total. Em seguida as operações que conservam o útero as perturbações desaparecem quando as regras retornam.

Para colocar a doente ao abrigo dos distúrbios da menopausa artificial bastaria, em princípio, segundo opinam Massabuau e Guibal, conservar um fragmento do ovário, porém, a simples conservação de tecido ovariano deve ser considerada insuficiente si não for possível preservar o útero in-totum, ou pelo menos em um fragmento, afim de que a sinergia útero-ovariana não seja perturbada.

Lecene e Gaudard são da mesma opinião, reputando indispensavel para a vitalidade do ovário a conservação de certa porção de mucosa endometrial supra-istmica nas histerecomias sub-totais.

Sessums e Murphy observando dois grupos de operadas, em um dos quais foi praticada a histerectomia com extirpação de toda a mucosa endometrial e no outro se procedeu à retirada do útero, conservando determinada porção de endométrio, verificaram no primeiro grupo 60% de casos em que se manifestaram sinais de carência e no segundo apenas 32% apresentaram aqueles sintomas.

Ao par dessas observações já são outrossim, numerosos os estudos experimentais em animais de laboratório com o intuito de conhecer as modificações que se processam no ovário após extirpação do útero.

Si pesquisadores há que não conseguiram constatar qualquer alteração nesse órgão, entre êles Holzbach, Burger, Mandl, etc., muito maior já é o número dos que tiveram oportunidade de assinalar transtornos na gonada feminina em consequência da ausência do útero.

Keitlair e Zimmermann verificaram degeneração esclero cística nos ovários de coelhas que haviam sido anteriormente submetidas à histerectomia.

A semelhantes conclusões chegam Takakusu e Parfenoff após histerectomias praticadas em ratas e nas quais a observação de esfregaços vaginais demonstra, outrossim, irregularidade, espaçamento e mesmo mais tarde ausência do ciclo-estral. Em contraposição, o enxerto uterino praticado nesses animais operados impedia a atrezia dos folículos jovens e luteinização dos que atingiram a maturidade.

Max Cheval praticando enxerto de endométrio em cadelas histerectomizadas, obteve perfeito funcionamento dos ovários que apresentavam-se com seus folículos e reatividade normal.

Assim, admite que esses fatos experimentais depõem em favor de uma ação hormonal do enxerto de endométrio.

Westmann e Durand acompanharam a evolução do ciclo vaginal de ratas submetidas à extirpação do útero e verificaram, pelo método de Allen e Doisey, que esse se mantinha perfeitamente normal. Em contraposição Koek, Winter, Parfenoff, entre outros, obtiveram resultados in-



teiramente opostos, observando anomalias graves do ciclo vaginal, três a quatro meses após extirpação do útero e que se tornavam tanto mais notadas quanto mais tempo decorria da data da operação. Modificações igualmente se observam no aspecto histológico dos ovários, assinalando a extinção de suas funções.

Constatadas tais perturbações do ciclo ovariano e lesões de degeneração e atrofia do ovário cumpria distinguir se esses fenômenos tinham por causa a ausência do útero, agindo como órgão de secreção interna, ou se sobrevinham em consequência, apenas, do ato operatório responsável pela interrupção das conexões vaso-nervosas entre o útero e os ovários e pela formação de aderências capazes de perturbar a função ovariana.

Kock tende a admitir que a intervenção cirúrgica ocasionando fatalmente formação de aderências, essas podem comprometer os ovários e afetar-lhes as funções.

Vineberg e Kailter atribuem importância decisiva, nas alterações da função ovariana, à interrupção das relações vaso-nervosas entre os ovários e o útero, em consequência da histerectomia.

Zimmermann, Lindig, Gutner, consideram a atrofia ovariana, após histerectomia, resultado exclusivo da ausência do útero, que até então exerceria ação ineretora sobre os ovários. A séde da produção de hormônios no útero seria acamada endometrial segundo opinam Fellner, Ancell, Serdukof.

Kross praticando histerectomia em dois grupos de ratas, num dos quais preservou a irrigação do ovário e no outro interrompeu-a. pôde observar em ambos, os mesmos sinais de degeneração ovariana e assim deduz que tais alterações degenerativas não são devidas às perturbações circulatórias e sim à ausência do útero.

Com intuito de derimir a controvérsia de opiniões sobre os pontos acima enunciados, Verhatzky realizou pesquisas experimentais sistematizadas para certificar-se do seguinte:

I — Si sobrevêm realmente alterações dos ovários após histerectomia (degenerescência, atrofia).

II — Si essas alterações ovarianas dependem das relações vaso-nervosas entre o útero e os ovários, ou si ao envez, são devidas à perda da influência do útero no que concerne a sua ação como órgão ineretor.

III — Si é possível por auto-transplantação de endométrio, após histerectomia, prevenir a atrofia dos ovários e si essa influência é duradoura.

IV — Como sobrevive o auto-transplantado na cavidade abdominal e na parede muscular e de que modo o mesmo evolue ulteriormente.

As experiências foram procedidas em ratas uniformemente alimentadas e cuidadas antes e após a operação.

Os animais submetidos á prova dividiam-se em quatro grupos. Os do primeiro sofreram extirpação total do útero; nos do segundo foi procedida apenas a interrupção das conexões vaso-nervosas entre os cornos uterinos e os ovários; aos do terceiro, além da extirpação total do útero, foi praticado o enxerto de endométrio; o quarto grupo constituia-se dos animais testemunhas dos três grupos precedentes.

Desde o terceiro dia da operação e subseqüentemente, durante onze



meses eram examinados esfregaços vaginais de todas as ratas observadas. Ao fim desse período de tempo os animais foram sacrificados e os enxertos de endométrio, assim como os ovários, retirados para exame microscópico.

A verificação demonstrou que os animais do primeiro grupo não apresentaram evolução anormal do ciclo vaginal apenas durante os dois primeiros meses que sucederam a histerectomia. Do terceiro mês em diante tornou-se cada vez mais acentuada a sua anormalidade, que se evidenciava pela tendência gradativa á extinção dos ciclos, traduzindo-se por maior e sempre crescente duração dos estados intermediários, até terminar por um estado de repouso completo e definitivo. O exame histológico dos ovários concluiu pela presença de sinais de degeneração e atrofia, com ausência completa de folículos em estado de maturação.

O segundo grupo de animais demonstrou que o acido estral se processou sem maiores distúrbios durante os onze meses que sucederam á operação, revelando o exame histológico ausência de sinais de degeneração e atrofia do aparelho folicular, permitindo concluir que as alterações sobrevindas nos ovários após histerectomia não dependem da interrupção das conexões vásculo-nervosas, mas da cessação da influência do útero no que concerne á sua ação incretora.

No terceiro grupo de animais, quando o transplantado vingou, o ciclo estral permaneceu dentro da normalidade durante oito a nove meses seguintes. Todavia, nos casos em que o fragmento do endométrio foi reabsorvido, verificaram-se as mesmas alterações do ciclo vaginal e dos ovários observadas no grupo dos animais histerectomizados sem auto-transplantação de endométrio.

A ação estimulante do enxerto de mucosa uterina em relação ao ovário, não se processou, todavia, de maneira definitiva, tanto que, a partir do oitavo ou nono mês da operação, os períodos de cio começaram a espaçar, apresentando intervalo entre um e outro de nove a treze dias. Daí a conclusão que o auto-transplante de endométrio estimula a função ovariana e assim, de certo modo, pelo menos temporariamente, pode substituir a influência sobre o ovário pelo útero in-loco.

Serdjukof alude ás diferenças de manifestações que sobrevêm após a retirada do útero simplesmente, ou depois da extirpação do útero e ovário, ou ainda em consequência da ablação dos ovários sómente, que demonstrariam a atividade endócrina do endométrio, a seu ver, séde exclusiva da produção de hormônio no conjunto de tecidos constitutivos do órgão uterino (músculo, tecido conjuntivo, vasos, nervos, perimétrio). Assim o endométrio representaria a parte mais ativa do útero, contendo e produzindo substâncias lipoides e fermentos em quantidade variavel, segundo a época do ciclo menstrual e da gestação.

O mesmo autor cita, em abono de sua afirmativa, a constatação no útero grávido de coelhas de glândulas endócrinas; a influência fisiológica e tóxica dos extratos de tecido uterino provocando coagulação sanguínea, formação de trombus, devido á riqueza de endométrio, em tromboquinase; o aumento da pressão sanguínea e do fluxo menstrual, por efeito da administração de preparações opoterápicas uterinas e finalmente sinais clínicos, sintomas de auto-intoxicação com edema, tendência á formação



de cavernas vasculares nas paredes uterinas, manifestações estas a que denominou metropatias cavernosas.

Do que acaba de ser exposto sobre constatações de ordem clínica e experimental, parece evidenciar-se que o útero e o ovário, sob o ponto de vista funcional, formam um conjunto do qual a supressão de um elemento resulta nociva ao todo e pode perturbar o equilíbrio endócrino indispensável á manutenção da saúde feminina.

Si bem que falte a prova de existência de um hormônio uterino ainda não isolado, as manifestações de carência ovariana observadas com a retirada do útero e a preservação da sobrevivida desses sinais quando, pelo menos, um fragmento do órgão uterino com sua mucosa funcionando é conservada juntamente com o ovário, falam em favor, no mínimo, da existência de uma sinergia funcional, indispensável entre o útero e o ovário.

Dest'arte assiste, a nosso entender, toda a razão na conduta dos que se preocupam em poupar o órgão uterino, sempre que possível integralmente, ou pelo menos em parte e nos casos em que se impõe a extirpação do órgão com toda a sua mucosa funcionando praticar o enxerto de um fragmento de endométrio, de maneira a propiciar a preservação da correlação funcional endométria ovariana.

Em relação á maneira como se comporta o enxerto endometrial, experimentações sobre coelhas e cadelas feitas por Verhatzky, que implantou fragmentos de mucosa uterina em diversas regiões do corpo desses animais, tais como: — superfície do corpo uterino, espaço de Douglas, paredes do reto, da bexiga, da vagina e músculos da parede abdominal, permitiram-lhe concluir que o crescimento do endométrio é sempre considerável, independendo da zona de implantação e se processa no sentido de extensão, jamais sendo observada tendência infiltrante. Ao exame microscópico os transplantados apresentavam sempre todos os elementos da mucosa uterina, denotando perfeita atividade funcional.

Bykow conseguiu fazer a transplantação do útero de coelhas no epiloon e observou sobrevida normal dos transplantados durante oito meses. Os animais submetidos a essas experiências eram muito jovens e as verificações posteriores permitiram constatar que os úteros transplantados haviam atingido desenvolvimento normal como se estivessem in-loco.

Neumann implantou fragmentos de endométrio com miométrio na câmara anterior do globo ocular de 55 coelhas verificando perfeito crescimento dos transplantados, que apresentavam inflamatória da conjuntiva e da íris, a partir do segundo dia, atingindo o máximo entre o sétimo e décimo dia e assim persistindo durante trinta e quarenta dias; raramente, todavia, ocorreram formações de escaras e destruições do globo ocular. Só depois do desaparecimento da reação inflamatória, o enxerto era tido como coroado de êxito e aí submetido á observação.

Quadros nítidos demonstraram as modificações por que passava o transplantado durante o estro e a gravidez.

A vermelhidão que ocorre durante o período de estro aumenta durante 24 horas, na intensidade máxima mais 24 horas e desaparece nas 24 horas subsequentes. Durante a gravidez o enxerto se mantém em estado de certa hipertrofia torna-se edematoso e frouxo, segue-se hiperemia arterial, ativa e finalmente dupla, no momento do parto, sobrevem hiperemia ve-



nosa, voltando tudo ao normal em 48 horas após o esvaziamento do útero.

Injeções de "Progynon" ou de urina de mulher grávida produzem sempre reações nítidas que começam 36 minutos após a injeção atingem ao máximo e se estabilizam aos 44 minutos, para começarem a decrescer após uma hora, apresentando o transplantado aparência inteiramente normal quatro horas depois da injeção.

As injeções de Progynon" praticadas repetidamente redundam em aparecimento de formações císticas no endométrio enxertado.

Allen e Priest também praticaram transplantação de fragmentos de mucosa endometrial na câmara anterior do olho da coelha, indicando-a como ponto ideal para o estudo do desenvolvimento e da subordinação fisiológica do tecido transplantado, em virtude da facilidade de técnica, rápida nutrição e vascularização dos enxertos, divisibilidade completa; fatores esses que lhes permitiram considerar evidente o tecido endometrial possuir propriedades peculiares de proliferação do seu epitélio pela invasão dos tecidos adjacentes e formação de espaços glandulares típicos.

Assim, a mucosa transplantada não se desenvolve sómente no ponto do enxerto, porém cresce da zona de implantação na íris, se estende e invade a córnea onde se detem, apresentando então um rebordo alto e saliente.

A observação feita por Schmid de certos casos de endometriose natural verificados em pacientes submetidos á laparotomia nas quais o endométrio heceterotópico apresentava sinais nítidos de atividades funcional, permitiu-lhe asseverar que a eliminação regular e periódica de sangue através os órgãos genitais femininos não ficariam indissolúvelmente condicionada á presença do útero, podendo portanto, provir de endométrio heceterotópico desde que esse se mantivesse em conexão com a cavidade vaginal, afim de que o sangue pudesse fluir para o exterior.

Partindo desse preliminar, imaginou que a criação de uma endometriose artificial, pela implantação de retalho de mucosa uterina no fundo do saco vaginal da mulher histerectomizada, poderia realizar condições favoráveis a assegurarem a continuação do fluxo menstrual, a despeito da ausência do útero. Esse autor foi o primeiro a efetuar, em 1929, a autometidas á extirpação do útero, podendo observar alguns casos durante longo tempo e assim verificar que dos pequenos enxertos de mucosa uterina transplantação de endométrio no fundo do saco vaginal de mulheres subfluiu sangue duradoura e periodicamente.

A esse fato atribuiu Schmid a minoração dos efeitos desastrosos frequentes nas operações mutiladoras do órgão uterino.

Em nenhum caso de transplantação do endométrio verificou seu crescimento em profundidades, sob forma infiltrante, como já tem sido constatado na endometriose natural e cuja averiguação levou Wagner e Berg a discordarem dessa conduta de Schmid, citando casos em que quadros clínicos de endometriose espontânea se apresentaram com extrema gravidade, ocasionando perturbações sérias pelo comprometimento de órgãos importantes, como o reto e a bexiga e tornando impossível a operação radical em vista do crescimento profundo, além de extenso, do processo de endometriose.

Não obstante essas objeções Schmid retomou suas observações e publicou em 1934 mais 27 casos de auto-transplantação de endométrio no



fundo do saco vaginal de hysterectomizadas por causas diversas, nas quais conseguiu preservar a função menstrual sem que sobreviessem incidentes por efeito do auto-transplantado, nem jamais tivesse observado crescimento em profundidade do tecido de implantação; o que significa, a seu ver, a pouca probabilidade de comprometimento dos órgãos vizinhos pela ação do enxerto.

Os exames colposcópicos a que submeteu periodicamente suas operadas revelaram em todos os casos a durabilidade da enxertia do endométrio na vagina e o seu funcionamento regular, permitindo acompanhar as diversas fases do ciclo menstrual inclusive a de eliminação da mucosa até a camada basal, como se observa na verdadeira menstruação.

A técnica usada por Schmid se resume em eruentar a mucosa da vagina, desnudando-a do seu revestimento epitelial numa extensão apropriada às dimensões do retalho a implantar, deter por compressão eventual sufusão sanguínea e fixar por pontos de sutura o fragmento de mucosa uterina destinado ao enxerto.

A divulgação dos resultados dessas experiências e observações, assás concludente no sentido da conveniência em poupar pelo menos uma pequena porção do útero com sua mucosa endometrial, nas operações de hysterectomia, ou, na impossibilidade de assim proceder, enxertar fragmento de endométrio com o intuito de propiciar hemorragias menstruais e prevenir distúrbios que sóem manifestar-se em consequência da extirpação do útero, tem conduzido maior número de especialistas a lançarem mão de processos cirúrgicos visando respeitar a correlação funcional útero ovariana.

Fuchs em 1935 apresentou 10 casos de auto-transplantação de retalho de endométrio, obtido do útero extirpado, no canal cervical, por processo assim descrito: retirado o útero era conservado envolto em toalha humedecida e quente, enquanto o canal cervical era preparado para receber o enxerto, mediante a excisão em forma de funil de certa porção de tecido, bastante para dar lugar ao volume do fragmento de mucosa uterina a ser implantado. Em seguida, do útero extirpado era retirado um retalho de endométrio medindo cerca de 2x3cm. que ficava apenso em uma de suas extremidades por meio de um fio longo cat-gut, por sua vez amarrado ao orifício de uma sonda que era introduzida pela porção superior do canal cervical através da vagina, onde um assistente o tracionava até conduzir o transplantado ao leito que lhe fôra adrede preparado no canal cervical, onde era fixado por ponto de sutura.

Posteriormente Fuchs simplificou esta técnica limitando-se em 24 casos subsequentes a insinuar por meio de pinças de dissecação o retalho da mucosa uterina na luz do canal cervical, ampliada por prévia ressecção de tecido, mantendo-se in-loco por 2 a 3 pontos de sutura.

Clovis Corrêa, em 1936, realizou, em dois casos, hysterectomia sub-total com auto-transplantação de endométrio, operação que denominou — hysterectomia sub-total menoconservadora — valendo-se de retalhos pediculados da mucosa uterina pela secção in-loco do fundo do útero, feita transversalmente, sendo fendida a cavidade uterina de alto a baixo até ao nível do istmo e após prévia ligadura das uterinas nesse ponto. Afastadas por meio de pinças as duas metades do útero seccionado, era então descolada a bistrúria uma faixa retangular de mucosa endometrial com pe-



quena porção de musculatura do miométrio, na direção de cima para baixo, em ambas as paredes anterior e posterior do útero. Os retalhos endometriais obtidos eram facilmente insinuados no canal cervical, previamente dilatado por velas de Hegar até o número 13, onde ficavam em contacto pelas superfícies cruentas. Uma vez acamado o enxerto eram extirpadas as duas metades do útero seccionado e se procedia ao fechamento do cote uterino por pontos separados.

Em 1938, Matyás, publicou duas observações de transplantação do endométrio, usando retalho pediculado obtido da mucosa de revestimento da parede posterior do útero, após pinçamento das uterinas e incisão mediana da parede uterina anterior. O transplantado único de orna retangular era insinuado no canal cervical e aí fixado por sua extremidade livre, de modo a formar como que uma ponte pencil, depois de se lhe praticar uma botoeira com o fim de facilitar o escoamento sanguíneo.

Kraul, Franúl, Verhatzky, entre outros, também realizaram transplantações de mucosa uterina, adotando a confecção de retalhos pediculados, por maneiras aproximadas às já descritas.

A maioria dos casos que esses autores puderam acompanhar e nos quais adotaram a técnica de enxerto pediculado ou a de retalho livre de endométrio, apresentou resultados completos traduzidos pela continuação da função menstrual e ausência de sinais de carência ovariana.

Para controlar a vitalidade do enxerto no canal cervical e sua maneira de funcionamento Verhatzky praticava simultaneamente transplantações de endométrio nos fundos de sacos vaginais e na portio, as quais eram retiradas dois a quatro meses decorridos da operação e examinados ao microscópio, revelando sempre nítida atividade funcional.

Matyás procedeu à titulação dos hormônios do lobo anterior da hipófise, da foliculina e luteína com resultados satisfatórios nos casos de histerectomizadas com auto-transplantação de endométrio.

Nos 34 casos de enxerto de endométrio no canal cervical após histerectomia, relatados por Fuchs, em apenas 6 não se verificou a sobrevivência da menstruação, a que esse autor atribue, em duas ocasiões, haver utilizado decidua de útero grávido e em duas outras oportunidades, os transplantados terem escapado do canal cervical, perdendo-se através da vagina, fato que, aliás, lhe permitiu aduzir como prova de ser a mucosa implantada que produz a perda sanguínea menstrual.

Em nosso comunicado á Sociedade Brasileira de Ginecologia em 1939, relatávamos também a observação de 7 casos em que foi empregada a técnica de transplantar retalho livre de endométrio no canal cervical de maneira semelhante á usada por Fuchs.

Tivemos oportunidade de acompanhar a sequência tardia dessas operações em 6 pacientes, verificando 3 resultados completos traduzidos pela persistência do ciclo menstrual e ausência de sinais de carência ovariana; nos casos restantes, si bem que não tivéssemos conseguido a sobrevivência das menstruações, todavia, as enxertadas mantinham-se em boa saúde, sem apresentarem sinais subjetivos de carência.

Podemos agora acrescentar mais seis casos de enxerto de retalho de



endométrio no canal cervical aos já relatados e cujas observações em resumo são as seguintes:

Papeleta 1.427 — A. S. A. — Diagnóstico: — Mioma do útero, ane-xite esquerda com hidrosalpinx. Operada em 9-10-1939. Tratamento: his-terectomia sub-total menoconservadora; salpingo ovariectomia esquerda.

Até janeiro de 1940, quando compareceu pela última vez ao serviço, não havia sido ainda menstruada; não obstante, não acusava sinais sub-jetivos de insuficiência ovariana. Sentia-se bem.

Papeleta 1.399 — M. C. P. — Diagnóstico: — mioma do útero. Ope-rada em 10-8-1939. Tratamento: — Histerectomia sub-total menoconser-vadora.

A despeito de reiteradas solicitações, a paciente não mais voltou ao serviço.

Papeleta 1.501 — R. L. — Diagnóstico: — mioma do útero. Operada em janeiro de 1940. Tratamento: Histerectomia sub-total menoconserva-dora.

Em agosto do corrente ano, compareceu ao serviço informando que continuou a menstruar; as perdas sanguíneas duram 1 a dois dias em pe-quena quantidade; apresenta-se em bom estado geral; ausência de pertur-bações de carência.

Papeleta 1.523 — M. D. G. — Diagnóstico: — Mioma do útero. Ope-rada em 9-2-1940. Tratamento: — Histerectomia sub-total menoconserva-dora.

20-3-1940 compareceu pela última vez ao Serviço, informando que ainda não havia sido menstruada, não apresentava sinais de carência, con-servava o libido e voluptas.

Papeleta 1.628 — M. A. S. — Diagnóstico: — Mioma do útero; sal-pingo ovarite direita. Operada em 8-8-1940. Tratamento: — Histerecto-mia sub-total menoconservadora; salpingo ovarioectomia direita.

Até o momento em que escrevemos esta observação não havia tempo para que se verificasse a sobrevivência do fluxo menstrual.

Papeleta 1.502 — H. M. S. — Diagnóstico: — Mioma do útero. Ope-rada em janeiro de 1940. Tratamento: Histerectomia sub-total menocon-servadora.

Compareceu em 10-8-1940, informando que tem sido menstruada re-gularmente, durante dois a três dias, com pequena quantidade de sangue. Acrescenta que atualmente encontra-se em boa disposição geral.

Nas operações acima relatadas foi introduzida pequena modificação na técnica de auto-transplantação do endométrio, que consistiu em en-xertar, em vez de um, como usávamos anteriormente, dois fragmentos de mucosa uterina, que eram implantados respectivamente nas paredes an-terior e posterior do canal cervical, após dilatá-lo mediante excisão de duas porções de tecido de forma a dar espaço suficiente para acamar os transplantados, que eram então fixados por pontos de sutura com cat-gut fino.

Dessas observações não nos foi possível conhecer os resultados media-tos em dois casos; nos quatro restantes duas vezes o êxito foi completo com sobrevivência das perdas menstruais e boa disposições geral apresentada



pelas pacientes; nas duas restantes, si bem que se não verificassem as menstruações, as pacientes não apresentaram sinais de carência ovariana, conservando o libido e voluptas.

Neste grupo de observações, como no que apresentamos anteriormente em 1939, a indicação de hysterectomia menoconservadora foi imposta todas as vezes pela existência de mioma do útero e conseqüente impossibilidade de conservar. Dada a localização do tumor miomatoso, uma certa porção do órgão capaz de assegurar a função menstrual.

Operações desse gênero, todavia, podem ser indicadas por motivos outros, realmente muito mais raros, tais como os conseqüentes à ruptura do útero, por causas diversas e traumatismos que atingem o órgão uterino, ocasionando-lhe lesões de caráter irremediável.

Si bem que Schmid aconselhe a auto-transplantação de endométrio inclusive em casos de cancer do colo em início, afirmando que nesta fase da lesão cancerosa não há perigo de comprometimento da mucosa endometrial, não nos animamos a seguir essa conduta.

Serdjukoff realiza também a hetero-implantação de mucosa endometrial de mulher sã no cavum uterino de indivíduo portador de amenorréia conseqüente a metrite dissecante ou a causas outras tais como curetagens intempestivas, que comprometem definitivamente a camada basal e assim impossibilitam a regeneração do endométrio. Nessas eventualidades, o enxerto, segundo afirma esse autor, proporciona resultados satisfatórios.

Seria certamente inútil tentar a persistência do ciclo menstrual pela auto-transplantação de endométrio em indivíduo cuja mucosa endometrial fosse sede de afecção acarretando sua definitiva incapacidade de se regenerar. Outrossim, presença de sintomas nítidos de insuficiência ovariana, constatação de atrofia e lesões degenerativas no ovário, ocorrência de processos inflamatórios e de supuração dos anexos, formam entre as contra-indicações oriundas da gonada feminina ao processo de auto transplantação de endométrio.

Constituem condições primaciais para o sucesso do ato de enxertia, além da boa técnica, o bom estado de funcionamento da mucosa a implantar e a segurança de funcionamento normal do ovário.

Concluimos em face do que ficou exposto, constituir a hysterectomia sub-total menoconservadora processo a eleger sempre que estejam presentes as condições acima descritas, além da impossibilidade verificada de realizar hysterectomia sub-tota alta, que permita deixar in-loco uma certa porção do órgão uterino com mucosa funcionante, capaz de assegurar a menstruação.

Essa prática, a nosso ver, constitue no momento o que é possível realizar visando, pela preservação da função menstrual de relevante valor psíquico para a mulher, manter a sinergia funcional útero ovariana, que constatações de ordem clínica experimental parecem indicar como indispensável ao funcionamento e sobrevivência normal do ovário e ao equilíbrio endócrino feminino; obedecendo, outrossim, á tendência conservadora da ginecologia hodierna, sem correr risco, pela poupança de órgão irremediavelmente doente, de tornar incompleto o ato curativo a que se propõe a intervenção cirúrgica.



# HEMO-HORMON

Hormônio hematogênico obtido  
segundo estudos do Dr. Silva Campos.

Indicações da transfusão  
sanguinea.

Estimula a hemopoiese e  
as defesas orgânicas.

Carência sanguínea post-hemor-  
rágica.

Anemias agudas e crônicas.  
Estados infecciosos. Estados de  
choque.

Manejo fácil - Efeito rápido.

Uma injeção de 5 cm<sup>3</sup> de  
HEMO-HORMON equivale à  
ação hemopoética de 200 cm<sup>3</sup>  
de sangue transfundido, com  
10% de hemólise.

Rigorosa verificação biológica.

HEMO-HORMON  
apresenta-se em caixas de 6  
ampólas de 2 e 5 cm<sup>3</sup>, para  
uso muscular ou venoso.



## LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAUJO

CAIXA POSTAL 163 - RIO DE JANEIRO



# OSTRAT:

Tratamento moderno pela ostreiterapia intensiva.

Único remineralizador polimetálico e vitaminado, constituído de elementos extraídos das ostras, e obtidos por processo original.

## Injetavel

(Caixa com 10 empôlas de 3 cm<sup>3</sup>)

Cada empôla contém:

|  |       |
|--|-------|
| Matérias graxas extraídas da carne da Ostra (contendo vitaminas A e D e compostos de ácido glicerosfosforico-Lecitina) .....   | 0,20. |
| Elementos provenientes da calcinação da Ostra e lipo-solubilizados (cálcio, magnésio, potássio, sódio, cobre, cobalto, zinco, manganês, fósforo, iodo, arsênico) ..... | 0,02. |
| Colesterina .....  | 0,10. |
| Cinamato de benzilo .....  | 0,05. |
| Cânfora natural .....  | 0,10. |
| Essência de niouli .....   | 0,05. |

◆  
"INSTITUTO CHIMICO CAMPINAS"

RUA FERREIRA PENTEADO, 1.023 — Caixa Postal, 350

CAMPINAS — ESTADO DE SÃO PAULO

— Brasil —



# IODOBISMAN

DOSE PRIMITIVA (0,03 bi metal),  
DOSE DUPLA (0,06 bi metal) e INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

# TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALESCENTES

ESTERES MARRUICO E CHALUMOGNICO SUPER SATURADOS de TIPOIS TOTAISS do CERE BRO.

LITERATURA e AMOSTRAS a DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA DO ROSARIO, 158  
RIO DE JANEIRO

S. PAULO - Soc Dist de Prod. Farm. Ltda.

Rua da Liberdade 1041  
TEL. 7-3614

O mais energético medicamento contra  
os **espasmos dolorosos** do  
pyloro, do colon, da vesícula biliar, dos bronquios  
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

# ATROVERAN

**SEM ENTORPECENTE**

A base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo.  
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab. <sup>rio</sup>Gross - Rio

# DEXTROSOL

(Glucose-d)

*"O Sol de Novas Energias"*

Solicite amostras à:

**REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.**

CAIXA 2972 \* CAIXA 748 \* CAIXA 638 \* CAIXA 3421  
SÃO PAULO \* P. ALEGRE \* RECIFE \* RIO





## O problema higienico-social do reumatismo e plano de luta anti-reumatica no Brasil

*Dr. Marcelo Lucchesi e Dr. Oswaldo Lucchesi*

(Da Liga Brasileira Contra o Reumatismo)

Talvês não haja, dentro da Medicina, uma entidade patológica cujos aspectos e problemas assumam tão grandes proporções e consequências como o reumatismo.

Esta afecção, pela sua cronicidade, pela longevidade dos seus portadores e pelas deformações e invalidês que determina, transformando indivíduos úteis em aleijões incapacitados para o trabalho, o que constitue onerosa carga familiar e social, converteu-se em sério problema a ser estudado e resolvido. Não só pelos seus maiores prejudicados diréto — as fábricas, pela perda de numeroso e prolongado periodo de trabalho, e as companhias de seguro e institutos de aposentadoria, pela indenisação e subvenção que pagam a esses incapacitados temporarios ou invalidos definitivos — como tambem pelo Governo, auxiliando e favorecendo o combate ao reumatismo para amparar a integridade física e produtiva dos seus cidadãos e para salvaguardar o interesse financeiro nacional.

Já não é admissivel, na época atual, que o reumático crônico seja condenado, a priori, a uma invalidês, permanente, fadado a tornar-se não só um inutil como, mesmo, um pêso aos seus semelhantes, sômente pelo fato da classe médica me geral, em osso meio, mesmo a de nivel cultural científico o mais elevado, afirmar que o reumatismo articular crônico é incuravel, e que nada poderemos fazer, dentro de uma condúta honesta, para prevenir a afecção, realizar a sua cura ou impedir a sua invalidês.

Esta falsa noção, originada pelo desconhecimento à Reumatologia e à terapêutica adequada e oportuna das diferentes modalidades de reumatismo é, ainda, a grande responsavel pelas suas graves consequências, pois a realidade é que todos os reumatismos articulares crônicos são curaveis ou francamente melhoraveis desde que sejam convenientemente tratados.

Tal convicção de incurabilidade acha-se tão arraigada na idéia do médico que ele está propenso a considerar como deshonesto e ridicularizavel todo aquelle que afirma e se propõe curar a fórmula mais grave do reumatismo articular crônico, pelas consequências deformantes e invalidantes do seu periodo terminal: a artrite reumatóide.

Estes enfermos, desiludidos com a ineficacia médica sobre Reumatologia, e financeiramente esgotados ou cansados da sua peregrinação estéril pelos consultorios e pelas estâncias termais, cujas águas por si só são impotentes para curar o mal ou, mesmo, muito prejudiciais pelo seu



emprego incorreto e estemporâneo, são os maiores incrédulos do seu restabelecimento e os grandes resignados pela sua desventura.

Semelhante situação desacredita o nosso grau cultural e social não só perante nossos próprios olhos como, principalmente, no estrangeiro, relegando-nos a País cientificamente incapaz, nos domínios da Reumatologia, e organisadamente inferior, o combate ao reumatismo.

Muito embora ão se conhecendo a situação real do reumatismo, no Brasil, pela falta de estatísticas sobre a sua incidência e gravidade, é fácil a cada um de nós, isoladamente, avaliar a sua gravidade e a relevância de tão importante problema levando em consideração, tão sómente, o reumático observado em nossos consultórios e em nossos serviços hospitalares.

O reumático é um enfermo abandonado a si mesmo e à sua própria sorte, nem sempre auspiciosa. Não tem a guiá-lo, em nosso País, uma organização devidamente especializada para protegê-lo, ampará-lo e traçar-lhe as diretrizes honestamente científicas da sua terapêutica, pela impressão reinante em nosso meio em relação aos mais prementes conhecimentos sobre reumatismo. Esta situação é realmente desalentadora, principalmente levando-se em consideração os progressos dessa especialidade nestes últimos anos, e o que já têm realizado vários países, principalmente na Europa e nos Estados Unidos.

O reumatismo não alarma tanto quanto a tuberculose por ser uma enfermidade aparentemente menos dramática. Porém, nestes últimos 50 anos a incapacidade por tuberculose decresceu, ao passo que a causada pelo reumatismo aumentou. Na Alemanha ha 3 vezes e meia mais reumáticos que tuberculósos; em Connecticut, para cada canceroso ha 12 reumáticos.

O problema do reumatismo, considerado em suas justas proporções e encarado como entidade higienico-social, é uma questão de interesse internacional. A primeira iniciativa para a unificação da Reumatologia e plano de combate ao reumatismo foi devida a Van Breemen que, já em 1913, procurou investigar, no Congresso Internacional de Fisioterapia, em Berlim, a situação de vários países em relação ao reumatismo, o que não foi levado a efeito devido à guerra de então. Anos mais tarde, em 1925, o próprio Van Breemen, na reunião anual da Sociedade Internacional de Hidrologia Médica, em Paris, insiste em seus propósitos, ficando então constituído um Comité Internacional para o estudo e problemas do reumatismo.

Devido à grande repercussão que teve tal iniciativa, ficou resolvida a fundação da atual Liga Internacional Contra o Reumatismo, com sede em Amsterdam e, neste momento, sob a presidencia de Ralph Pemberton. Devido à situação creada pelo presente conflito mundial, a sede da Liga Internacional foi transferida para Filadelfia.

Têm sido inúmeros, desde então, as atividades da Liga na luta anti-reumática, através de uma revista própria oficial, a Acta Reumatológica, através de propaganda, por intermédio de sua bibliotéca especializada, com mais de 4.000 volumes, emprestaveis a todos os médicos de qualquer país, e por intermédio de Congressos Internacionais, tendo já sido realizados, até agora, os seguintes:



Budapest — Outubro de 1929  
Liège — Setembro de 1930  
Paris — Outubro de 1932  
Moscou — Maio de 1934  
Lund — Setembro de 1936  
Oxford — Maio de 1938 e  
Filadélfia — Junho de 1940.

Citaremos alguns dados estatísticos internacionais que demonstram a gravidade do problema do reumatismo, que assume o aspecto de 1935-1936, examinou 800.000 famílias em 83 cidades de 19 Estados, um verdadeiro flagélo social.

*Estados Unidos* — O Serviço de Saúde Pública, no período de total de 2.800.000 pessoas, e verificou que o reumatismo ocupa o 1.º lugar entre as enfermidades crônicas, sendo o 2.º na determinação de incapacidade, invalidês permanente e morte. Segundo Hench, dos 600.000 assegurados pela Metropolitan Life Insurance Co., 9% é portador de reumatismo, isto é, o dobro de casos que a tuberculose e outras enfermidades orgânicas consideradas conjuntamente. Calcula-se que em 1932 as enfermidades reumáticas crônicas ocasionaram a perda de 7.500.000 semanas de trabalho, o que significa um prejuízo de 200 milhões de dolares. Em 1935-6 o Serviço de Saúde Pública verificou que entre as enfermidades crônicas — exceção feita para as moléstias mentais e nervósas — o reumatismo provôca a perda de maior número de dias de trabalho (97.200.000), superando as enfermidades cardíacas (95.200.000 dias). Produz o dobro de inválidos que a tuberculose (41.400.000 dias) e inválida mais (147.000 pessoas definitivamente invalidas) que qualquer outra doença, exceção feita para as moléstias nervósas e mentais (269.300).

Em 1937, entre os 137.000.000 de habitantes, havia 6.850.000 reumáticos, isto é, mais que o dobro de cardiopatias (3.700.000), de arterio-esclerose e hipertensão (3.700.000), 7 vezes superior ao cancer e outros tumôres (930.000), 10 vezes superior à tuberculose em todas as suas formas (680.000) e mais de 10 vezes maior que o diabete (660.000). O Serviço de Saúde Pública, que levantou essa estatística, encontrou 147.600 incapacitados por reumatismo, número maior que qualquer outra enfermidade (cardiopátias, 144.200; tuberculose, 77.900; arterio-esclerose e hipertensão, 60.900; diabete melitus, 34.300; nefrite e outras moléstias renais, 31.000 e cancer e outros tumôres, 28.100). Calculado em ..... 100.000.000 o número de dias de trabalho perdidos anualmente, por incapacidade, o prejuízo anual é orçado em 300 milhões de dolares, o que vale dizer, 6 milhões de cruzeiros. Por este motivo o reumatismo é por eles considerado como inimigo público n.º 10.

Os Estados Unidos estão bem aparelhados para a assistência ao reumático. Possuem 5 casas para convalescentes de enfermidades reumáticas: Irvington House, Martine Farm, Nichols Cottage, Pelham House e Mary Zinn Home. No Presbyterian Hospital, French Hospital, Ruptured and Crippled Hospital, Cornell and New York Medical School and Hospital existem "Arthritics Clinic", e são numerosos os hospitais que possuem departamentos especializados: Albington Memorial Hospi-



tal, de Filadelfia; New York Hospital, de Nova York; Rockefeller Institute; Medical Center of Columbia University; Boston City Hospital; Massachussets General Hospital, etc.

*Inglaterra* — O reumatismo é o causador de 1/6 do total de invalidês industrial. No ano de 1922 o reumatismo custou à produção inglesa 3.000.000 de semanas de trabalho. Glover demonstrou, em 1924, em suas investigações por conta do Ministério de Higiene, que entre . . . . . 13.500.000 assegurados existiam 372.000 reumáticos que motivaram a perda de 3 milhões de semanas ou 60 mil horas de trabalho, por ano. Nesse ano, 17% das aposentadorias concedidas foram devidas ao reumatismo, o que acarretou uma despesa de 1.840.000 libras.

No Congresso de Bath, em 1928, Walter Kincar demonstrou que em 1927 foram perdidas por incapacidade pelo reumatismo, 5.500.000 semanas de trabalho; Copeman calcula que tal fato significa um prejuizo anual de 17 milhões de libras, isto é, 1 milhão e setecentos mil contos de réis! O Ministério de Saúde Pública publicou uma estatística da despesa de medicamentos anti-reumáticos fornecidos em 1936 aos assegurados da National Health Insurance: 2.242.519 libras ou quasi 225 mil contos de réis.

De todos os enfermos hospitalizados, 6% o são devido ao reumatismo. Calcula-se que morrem anualmente, na Inglaterra, devido à enfermidade reumática, 1.500 crianças, e que outras 50.000 são atingidas pela doença.

A luta anti-reumatica, na Inglaterra, é muito bem organizada e está dirigida por especialistas de grande projecção na Reumatologia mundial: Fortescue Fox, Timbrell Fischer, William Willecox, Leonard Hill, Philip Helman, Francis Bach, etc. O primeiro Centro anti-reumático foi inaugurado em 1930, sob os auspícios da Liga Inglêsa Contra o Reumatismo, constituindo o British Red Central Clinic for Rheumatism, que póde atender, diariamente, 500 pessoas, e o seu corpo clínico compõe-se apenas de 5 médicos, com os seus respetivos assistentes. Essa organização, ao mesmo tempo que realisa a parte terapeutica tambem cuida da investigação científica e restitue à utilidade trabalhista 70-80% dos reumáticos. Existem, em Londres, outros Centros anti-reumáticos, e são o Light and Eletrical Clinic e a Charterhouse Clinic. Em diversos outros pontos do país, além de Londres, existem Centros especializados, como por exemplo o Instituto Edgar Allen, em Sheffield, que atende diariamente a 300 enfermos, a London General Omnibus Company, em Chapham Common, e que é uma instituição particular, havendo outros em Kensington e Woolwich.

Junto às organizações termais (spa hospital) existem, igualmente, hospitais especializados para o tratamento do reumatismo crônico. São eles: o Royal Mineral Water Hospital (National Hospital for Rheumatic Diseases), em Bath, com 160 leitos; o Devonshire Hospital, em Buxton, com 300 leitos, e o Royal Bath Hospital, em Harrogate, com 150 leitos. Estes são os maiores, havendo ainda inumeros outros de menores proporções.

*Suecia* — Uma investigação realizada em 1922 para verificar o número de inválidos por artrite crônica demonstrou que 30.000 pessoas,



isto é, 6% da população, apresentavam, invalidês permanente com uma despesa, para as caixas de aposentadoria, de 6 milhões de corôas.

Em 1923 Kahlmeter demonstrou que, na Suecia, o reumatismo articular crônico era a causa mais frequente de invalidês precôce, constituindo uma verdadeira enfermidade nacional, mais importante, sob o ponto de vista econômico, que a tuberculôse: 9,1% dos casos eram devidos ao reumatismo, ao passo que a tuberculôse acusou a percentagem de 5,8%.

O próprio Kahlmeter demonstrou, em 1929, em nôva estatística, que enquanto a cifra de invalidês por tuberculôse diminuia para 5,4%, a de reumatismo aumentava para 12,4%.

Concedem-se anualmente, na Suecia, 5.000 aposentadorias por invalidês reumática, calculando-se em 50.000 o número de invalidôs pelo reumatismo. Por este motivo é ele considerado como sendo a afecção mais onerosa para a economia nacional suêca, pois geralmente o reumático vive muito mais que o tuberculoso ou que o canceroso. O custo anual do tratamento ao reumatismo crônico, para a Junta de Pensões, é de 1.750.000 corôas.

E' este outro país cuja luta contra o reumatismo é bem orientada e muito bem amparada pelos Poderes Publicos que dispuseram de 40 milhões de libras, isto é, 4 milhões de contos de réis para o financiamento de hospitais, em colaboração com os Conselhos Regionais. Essa respeitavel soma, fornecida como empréstimo durante 50 anos, é amortizada em seus 2/3 pelas Caixas de Aposentadorias e 1/3 pelo enfermo ou pela sua paróquia. Passados os 50 anos, esses hospitais serão propriedade definitiva dos Conselhos Regionais, embora eles nada tenham gasto para a na construção. Com esse dinheiro edificaram-se, no periodo de 1916 a 1922, e edificios apropriados para o tratamento do reumatismo: em Tranas, na região das florestas; em Nynas, à beira mar e em Are, na região montanhosa.

Devido ao fato de Kahlmeter haver afirmado, por intermédio de estatísticas bem documentadas, que o reumatismo era a afecção mais dispendiosa para a economia nacional, e tambem porque esses edificios já se tornavam insuficientes parao número crescente de enfermos que a elas se dirigiam, a Junta de Pensões resolveu ampliar os serviços para reumáticos, creando verdadeiros hospitais especializados. Atualmente já existem 7, cada qual com 50 leitos, e ha projéto para a construção de 40 hospitais, com um total de 1.000 leitos, e crear 3 Centros para o estudo do reumatismo nas universidades, principalmente nas de Estocolmo e de Upsal. Todos os hospitais das grandes e médias cidades possuem clínicas especializadas em reumatismo.

Os beneficios desta luta anti-reumática bem orientada deram, em 1935, os seguintes resultados, os mais satisfatórios possíveis: 60% de curas ou de restituição integral à capacidade de trabalho, 25% de melhorias com reaquisição parcial de capacidade ao trabalho e 15% de estados estacionários.

*Alemanha* — Em 1928, Zimmer realizou o primeiro estudo sobre a importancia do reumatismo como fator econômico e social, em colaboração com o Ministério do Trabalho, verificando que no operariado ele é 8,2 vezes mais frequente que a tuberculose, ocasionando 3,4 vezes mais



dias de enfermidade e 1,4 mais casos de invalidês. Calcula-se que já durante a idade escolar a invalidês por reumatismo é maior que a tuberculôse, e que na idade de 20 anos é 5 vezes maior. Uma companhia de seguros, em Berlim, a Allgemeine Ostkrankenkasen, que conta com 67% do operariado berlinense, assinalou 25.000 casos anuais de reumatismo e a perda de 100.000 semanas de trabalho.

Os "Estabelecimentos de Seguros da Alemanha" gastaram, no ano de 1925, 49 milhões de marcos para a terapeutica do reumatismo entre os seus associados.

A Alemanha possui institutos para o estudo e cura do reumatismo em Aix-la-Chapelle, Elster, Berlim, Hamburgo, Dresden, Breslau, Stuttgart, etc., o primeiro dos quais com 350 leitos e propriedade das Companhias de Seguro Social da Renania e adjunto à Faculdade de Dusseldorf. As Krankenkasse (associações de socorros mútuos) estabeleceram grande número de hotéis nas principais térmias e muitos Centros em diversas cidades para a assistência e tratamento dos seus associados.

*Russia* — Neste país a frequência do reumatismo é o dobro da tuberculose e a incapacidade de trabalho que ele provôca é maior que a devida a acidentês. Só na província de Leningrado houve, em 1925, uma perda de 2.350.953 dias de trabalho motivada pelo reumatismo, com prejuizo de 7.000.000 de rublos, pagos por indeniso.

Grandes medidas sanitárias foram pôstas em prática na Russia, principalmente em relação às habitações, que são classificadas e registadas segundo suas possibilidades reumatôgenas. Projéta-se erigir, em Moscou, um Instituto Central de Reumatismo, em um de cujos pavilhões serão estudados climas artificiais, quer dizer, microclimas, em todas as suas variações, para deduções e applicações terapêuticas.

Existem presentemente, na Russia, 40 comités anti-reumáticos que crearam mais de 150 dispensários, ambulatórios e enfermarias para reumatismo, nas usinas e minas, principalmente em Moscou, Karkov, Leningrado, Kiev, Tomsk, Suerdlon, Tiflis e Odessa.

A Russia conta com 144 estações balneárias cujos sanatórios possuem um total de 64.000 leitos, e nos quais 136.000 enfermos tratados, isto é, 25% da totalidade, eram reumáticos. Dá-se grande valor ao tratamento nas fontes termias, principalmente com as águas sulfurôsas, nas quais são enviados, anualmente, mais de 100.000 doentes. Calcula-se que nos Soviets o tratamento anti-reumático dos enfermos invalidos proporciona uma economia anual de milhões de dias de trabalho.

*Hungria* — O que ha de muito interessante a assinalar-se é que na Hungria atribui-se grande importancia ao estudo do reumatismo, motivo pelo qual foi instituida, em Budapest, uma cátedra de Clínica do Reumatismo, única no mundo, e regida por Lajos von Pap. Segundo este, anualmente ha 200.000 reumáticos numa população de 8.700.000, o que representa 10% sobre o total de invalidês nos assegurados, com uma perda média, por incapacidade reumática, de 48 dias de trabalho para cada um. Aqui, como em todos os outros países da Europa, existe grande número de hospitais para o tratamento preventivo e curativo dos reumatismos, tais como os de St. Geller Baths, em Budapest, com 280 leitos,



e que só em 1935 atendeu 1.800 enfermos, St. Lukas Bad, com 60 leitos, Kaiserbad, Hevitz, Gijor, Balaton.

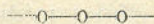
*Holanda* — Neste país, onde 9% dos pagamentos por invalidês são destinados aos reumáticos, a luta contra o reumatismo foi iniciada ha mais de 30 anos e continúa a ser dirigida por Van Breemen, que é o Secretario Honorário da Liga Internacional Contra o Reumatismo.

Em Amsterdam existe o "Dispensário para Reumáticos", considerado como um dos mais completos de todo o mundo e destinado exclusivaente aos póbres; esse dispensário iniciou suas atividades ha 30 anos, quando o próprio Van Bremen fundou o Instituto for Physical Treatment. Esse dispensário continúa sendo dirigido pelo próprio fundador, que é coadjuvado por 3 assistentes, e onde são observados, anualmente, cerca de 4.000 casos.

Além da assistência diréta ao reumático, muitos problemas econômicos e sociais são aí considerados, tais como o estudo da prevenção do reumatismo pelo tratamento precóce, tratamento funcional e re-educacional, o cuidado do reumatismo nas fábricas e indústrias, etc.

O mesmo diga-se em relação a outras regiões da Europa — Austria, olonia, Italia, Chescoslovaquia, Belgica, França, Dinamarca — que possuem sanatórios ou Centros anti-reumáticos e hospitais especializados, principalmente termais, para a assistência e cura do reumático. Em Viena existe um serviço para tratamento do reumatismo, sob a direção de Freund, e por onde passam mais de 3.500 enfermos anualmente, e na Belgica, só no Brugmann Hospital, de Bruxelas, sob a direção de Günsburg, são vistos, em média, 3.800 reumáticos por ano.

Em nosso continente foi a Argentina o primeiro país a organizar-se para o combate ao reumatismo, por sugestão de Van Breemen. Conta com um Centro anti-reumático em Buenos Aires, agregado à Faculdade de Medicina, e que, em seu primeiro triênio de atividades, atendeu a 1.333 reumáticos, que perfizeram um total de 27.207 consultas.



O que ficou exposto é, em linhas gerais, a situação real do reumatismo, cuja gravidade constitue um sério problema social.

Após essas referencias aos países estrangeiros perguntamos:

O que se tem feito no Brasil, neste sentido?

Qual a incidência e as consequências das diferentes modalidades de reumatismo?

Qual a sua frequência entre a classe operária e qual a influência do micro-clima e de suas condições higienico-alimentares na determinação do reumatismo?

Qual a perda de trabalho por incapacidade reumática e quanto custa ela ao País?

Qual o número de indivíduos que se invalidam anualmente pelo reumatismo?

Qual o número da mortalidade infantil devida às diferentes localizações da enfermidade reumática, ou quantos conseguem ultrapassar a adolescência sem sucumbirem ou serem invalidados pelas cardites reumáticas?



Pouco sabemos e não poderemos referir muito a respeito, porquanto o problema permanece esquecido e relegado a plano secundário, e isto principalmente devido à crença de que os reumatismos articulares crônicos são incuráveis. O problema, entre nós, é igualmente importante e agravado pelo fato de nada se ter feito para esclarecê-lo e solucioná-lo. Não se creia, como geralmente se faz, que no Brasil a incidência do reumatismo é insignificante e, portanto, desmerecedor de maiores atenções particulares ou governamentais.

Si, de um modo geral, somos favorecidos pelas condições de nosso clima, o que nos colóca em posição vantajosa em relação a outros países cuja percentagem de reumáticos é preocupadora — Inglaterra, Estados Unidos, Russia, Alemanha, Suecia, etc. — de outro lado estamos sujeitos aos mesmos problemas de alimentação, habitação, causas orgânicas, hereditariedade, constituição, classe social, higiene individual e trabalhista, etc., fatôres estes de relevante importância na eclosão de um reumatismo.

As suas causas produtoras são multiplas e complexas, e num grande número de vezes difíceis de se determinar. Não são apenas as causas tóxicas e infecciosas (focal ou geral) os únicos fatôres etiológicos do reumatismo; ha um conjunto de outros agentes adicionais e acumulativos, tais como as influências nutritivas (desequilíbrios metabólicos, avitaminoses e alimentação imprópria), a fadiga (física, mental e desequilíbrios emocionais), traumatismos, desordens circulatórias, fatôres climatológicos (frio, calôr, humidade, pressão barométrica) e suas variações bruceas, desequilíbrios endócrinos, intoxicações endógenas e exógenas, alergia bacteriana e alimentar, etc.

Estes fatôres reumatógenos, predisponentes uns e determinantes outros, associam-se na maioria das vezes na produção de um reumatismo. Por este motivo celebrou-se a frase de que "não tem reumatismo o que quér, mas sim o que pôde".

Desde ha muito que nos vinha preocupando a persistência dessa lacúna no amplo capítulo da clínica médica e a necessidade de nós, brasileiros, organisarmos-nos, tambem, para o estudo experimental, clínico e terapêutico do reumatismo e para a elaboração de um plano de luta anti-reumática em nossa terra. Com esta finalidade um de nós dirigiu-se à Argentina, em outubro de 1941, onde, no Centro anti-reumático de Buenos Aires, esteve durante mês e meio estudando a sua organização assim como a da Liga Argentina Contra o Reumatismo, estudos que serviram de base para a formação da entidade brasileira homônima.

Após uma longa série de preparativos preliminares, e sob os auspícios de Ralph Pemberton, presidente atual da Liga Internacional Contra o Reumatismo, de Anibal Ruiz Moreno, presidente da Liga Argentina Contra o Reumatismo, de Fernando Herrera Ramos, presidente da Liga Uruguaia Contra o Reumatismo e de Raul Leitão da Cunha, Reitor da Universidade do Brasil, fundámos nós ambos em São Paulo, a 25 de junho p.p., a Liga Brasileira Contra o Reumatismo que é, no gênero a 4.<sup>a</sup> da América do Sul e a 5.<sup>a</sup> de todas as Américas.

A Liga Brasileira Contra o Reumatismo, surgida, assim, sob tão alto patrocínio, está amparada pelas personalidades de maior relevância científica da medicina brasileira, e destacando-se os vultos de Jairo Ra-



mos, de Anes Dias, de Hélión Póvoa, de Genival Londres, de Gesuino de Albuquerque e de Rafael Pardellas, que a prestigiam com o seu apóio por compreenderem as suas altas finalidades.

Vai se concretizando por grandes etapas o nosso maior objetivo, que é o de fundir em um grande bloco nacional as grandes capacidades médicas do País afim de que sejam devidamente estudados, em todos os Estados, os problemas espóistos, e tomadas medidas de acóordo com a sua relevância, tal como se faz, por exemplo, com o combate à tuberculóse, à malária, ao cancêr e ao penfigo foliáceo.

As finalidades da nova Liga são coordenar e unificar o estudo do reumatismo e favorecer a sua expansão, promovendo e incrementando a luta anti-reumática no território nacional, e contribuindo assim, com todos os meios ao seu alcance, para o progresso da Reumatologia.

### PLANO DE LUTA ANTI-REUMÁTICA NO BRASIL

Os objetivos imperiósos que motivaram a criação da Liga Brasileira Contra o Reumatismo, serão desenvolvidos através da realização de um plano de luta anti-reumática, por nós elaborado, de acóordo com as necessidades nacionais. E' necessário acentuar, porém, que para o cumprimento integral do plano em questão é indispensável a colaboração íntima entre os Poderes Públicos e a Liga Brasileira Contra o Reumatismo afim de que seja possível a sua realização.

O plano de luta anti-reumática será desenvolvido dentro dos 3 pontos seguintes:

- 1) EDUCAÇÃO SANITÁRIA
- 2) CENTRO ANTI-REUMÁTICO e
- 3) ASSISTÊNCIA SOCIAL.

1) *EDUCAÇÃO SANITÁRIA*: Este ponto implica considerações sobre 6 importantes e diferentes itens:

- a) junto à classe médica
- b) junto ao povo
- c) junto às fontes termas
- d) instituição de Comitês estaduais
- e) realização de congressos
- f) Revista Brasileira de Reumatologia.

a) *junto à classe médica* — E' o ponto primordial e essencial do problema, por onde deverá iniciar-se a campanha de divulgação dos conhecimentos básicos da Reumatologia, para que os médicos possam reconhecer todas as suas fórmats e encaminhar os reumáticos para os serviços especializados. A adoção de uma nomenclatúra única, estandar, para que possa ser reconhecida e uniformizada a modalidade de reumatismo, e os conhecimentos básicos gerais dos quadros clínicos para possibilitar o diagnóstico, são os elementos imprescindíveis para uma perfeita compreensão e orientação por parte do médico.

A propaganda anti-reumática, neste setôr, será realizada mediante publicações científicas, conferências, cursos de especialização, etc.



b) *junto ao povo* — Não basta o conhecimento do médico si o reumático não souber interpretá-lo e compreendê-lo. O enfermo deve saber que todos os reumatismos são curáveis ou melhoráveis, desde que o tratamento seja precóce e bem orientado. Deve ter conhecimento da sua cronicidade e de que o tratamento é contínuo e prolongado, devendo ser feito por especialista, e que o reumatismo abandonado a si mesmo ou mal curado é causador de morte, deformações e invalidês. Estas noções serão divulgadas ao povo por intermédio de folhetos, cartáses, palestras radiofônicas, etc.

c) *junto às fontes termas* — Devido à existência de inúmeras e famosas termas em nosso país, principalmente nos Estados de Minas Gerais e de São Paulo, e devido ao número crescente de reumáticos que a elas se dirigem anualmente, em busca de sua cura, deve ser feita intensa campanha para que não sejam desprestigiadas as suas virtudes terapêuticas e não sejam desvirtuadas as suas indicações.

O tratamento pelas águas sulfurózas constitue um verdadeiro processo de defesa orgânica com dupla finalidade: preventiva e curativa. E' bem conhecida a ação do enxofre das águas como elemento terapêutico de multiplas indicações, prestando-se elas a variadas e importantes indicações derivadas desse elemento, associado às demais constantes fisico-químicas das águas "in situ": termalidade, gases, mineralisação, etc., emprego hidrológico e, principalmente, direção médica competente.

As águas sulfurózas oferecem a gama terapêutica sedativa, excitante, congestiva, resolutive, em relação à termalidade, estado em que se encontra o enxofre, gases que contêm e os demais elementos componentes. E' a água sulfuróza medicação estimulante, tônica, desintoxicante, antiséptica, desensibilizante, etc. Contudo, a terapêutica por essas águas não é tão simples como geralmente se crê, pelo contrário, é de ação profunda que, bem manejada (harmonizando a composição do complexo termo-mineral, o uso e a técnica empregados, enfermidade e enfermo), proporciona benefícios terapêuticos indiscutíveis. A hidroterapia, por exemplo, é contra-indicada na fase aguda da artrite reumatóide devido à probabilidade de produzir fadiga extrema e de aumentar a atividade da doença.

Já nos estádios sub-agudos ou crônicos, evidenciados pelos exames de laboratório, quadro clínico, tumefação articular, capacidade à movimentação, é a hidroterapia, pela sua termalidade e teor sulfuroso, uma arma valiosa. As águas das fontes termas empregadas em balneoterapia levam ao organismo um determinado benefício ou prejuízo, segundo o critério do seu emprego. A forma reumática, o momento de evolução e os fatores individuais assinalam as diretrizes que o reumato-crenólogo deverá saber interpretar e adaptar a cada caso.

As águas sulfurózas e o enxofre coloidal constituem tratamento dos reumatismos, porém a balneoterapia e o calor das águas originam reações orgânicas que tanto podem levar à cura como também à piora do enfermo. A diferença de poucos graus na temperatura do banho, o número de sessões e o seu tempo de duração podem ser a causa de conseqüências nefastas.

Os médicos encarregados de zelar pelos reumáticos, nas termas,



não só devem conhecer muito bem a ação das águas como também deverão ser profundos conhecedores da Reumatologia, sem o que estarão desvirtuando e comprometendo o prestígio e reputação da estância termal. Deverão ter conhecimento exáto de que o calôr e as sessões de mecanoterapia, usualmente empregados, são não só prejudiciais, em certas modalidades de reumatismo, como também formalmente contra-indicadas.

d) comités estaduais — A Liga Brasileira Contra o Reumatismo fomentará e incrementará a constituição de comités estaduais, a ela filiados, para a difusão da luta anti-reumática em toda a União.

e) *congrêssos* — Anual ou bi-anualmente serão realizados congrêssos regionais ou nacionais afim de reunir os reumatólogos dos diferentes comités para o estudo em conjunto dos problemas da Reumatologia e para a sua coordenação e unificação entre nós.

f) *Revista Brasileira de Reumatologia* — A Liga Brasileira Contra o Reumatismo editará a Revista Brasileira de Reumatologia, seu órgão oficial, com a finalidade de divulgação científica de todas as suas realizações.

2) *CENTRO ANTI-REUMÁTICO*: O Centro Anti-Reumático é uma organização indispensável e primordial para o combate ao reumatismo. Deverá estar devidamente aparelhado e organizado para atender a todos os reumáticos financeiramente necessitados, e que serão examinados, diagnosticados e submetidos a tratamento ambulatorio.

Cada Centro terá um corpo clínico especializado e será dotado de Raios X, laboratório para análises clínicas, gabinete de fisioterapia e seção de ortopedia. Contará, também, com uma seção onde serão realizados os trabalhos científicos, experimentais.

3) *ASSISTÊNCIA SOCIAL*: A Assistência Social deverá estar diretamente subordinada ao Centro Anti-reumático e será confiada a um corpo especializado de educadoras sanitárias para a desincumbência de tal missão. E' um elemento de relevância para completar os infórmes clínicos obtidos e coligidos no Centro Anti-reumático.

A assistência social investigará e assinalará a classe social do enfermo, as condições de sua habitação (frio, umidade, ventilação e insolação, etc.), a sua profissão e as suas condições higiênicas, alimentares, etc.

A educadora sanitária será o elemento de contáto entre o médico e o reumático, pois a assistência social prolonga-se mesmo após a cura do enfermo, para prevenir recidivas resultantes de seus habitos ou para eliminar possíveis fatôres reumatógenos.

— o — o — o —

Desta maneira expusemos, em linhas gerais, a importância do problema higiênico-social do reumatismo e plano de luta anti-reumática capaz de saná-lo, ao menos parcialmente, esperando dos competentes poderes do País que a compreensão da sua gravidade seja devidamente considerada.



## CONCLUSÕES

1) O problema do reumatismo, encarado como uma enfermidade social, deve ser amplamente estudado entre nós.

2) Os poderes públicos da União devem auxiliar, ativa e eficazmente, a luta anti-reumática no Brasil.

3) A Liga Brasileira Contra o Reumatismo, em íntima colaboração com os Poderes Públicos, federais e estaduais, será o organismo encarregado de superintender e dirigir a luta anti-reumática no Brasil.

4) A criação de Centros anti-reumáticos é de capital importância para a realização da luta anti-reumática.

5) É necessário aprofundar o estudo das aplicações terapêuticas anti-reumáticas das nossas águas minerais.

Aproveitamos a realização dos Congressos de Porto Alegre e de Bagé, quasi simultaneos, para convidar a classe médica do Rio Grande do Sul a organizar o seu Comitê Gaúcho Contra o Reumatismo, composto de 5 membros e filiados à Liga Brasileira Contra o Reumatismo.

Idêntico convite será levado aos outros Estados para que possamos realizar, dentro em breve, o 1.º Congresso Brasileiro de Reumatologia, sob o patrocínio da Liga Brasileira Contra o Reumatismo.

Endereço: Alameda Campinas. 576 — São Paulo Capital.

Injeções indolores  
de

**PHOSPHARGYRIO**

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

Laboratorio Cross - Rio de Janeiro