

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

**DR. MARIO TOTTA**  
Prof. da Faculdade de Medicina

COMISSÃO DE REVISTA:  
**DR. DECIO MARTINS COSTA**  
Do Hosp. São Francisco  
SECRETARIO DA REDAÇÃO:  
**DR. LEONIDAS SOARES MACHADO**  
Da Diretoria de Higiene

**DR. WALDEMAR JOB**  
Do Hosp. São Pedro

EXPEDIENTE: A correspondencia deverá ser dirigida para a caixa do correio n.º 872

## VENTRE AGUDO EM GINECOLOGIA

(Considerações em torno de alguns casos)

por

**HUBERTO WALLAU**  
Cirurgião da Santa Casa

As crises abdominaes agudas são relativamente frequentes em ginecologia. Todos os órgãos que mais de perto interessam ao ginecologista, pôdem apresentar afecções agudas, que requerem intervenção cirurgica immediata. Reconhecer exatamente estes syndromas, pela avaliação cuidadosa dos seus sinais clinicos, é o nosso dever primordial. A mortalidade está na razão inversa da precocidade da intervenção.

Na pratica diaria não ha situação mais dramática do que a desencadeada pelas afecções agudas do abdomen, exigindo do medico, cioso de sua responsabilidade, o mais agudo senso de analyse e a mais pronta e decidida indicação.

Nesta situação, cada hora que passa tem importancia grande: "entre a hora do começo da molestia e a hora da morte, o tempo é tão curto, que não se pôde contar com uma observação demorada", diz Mondor. Esses doentes devem ser observados de hora em hora — cada hora que passa agrava a molestia e faz perder um tempo precioso, que não mais se pôde recuperar. E' preferivel abrir um ventre tão sómente com o diagnostico de abdomen agudo a esperar algumas horas para fazer, com os elementos que então aparecem e que não são senão sinais de agravação da molestia, um diagnostico exacto.

Nestas ocasiões sómente os sinais clinicos bem controlados e bem apreciados nos poderão servir, pois raramente poderemos assumir a responsabilidade de esperar os resultados de exames complementares de Laboratorio ou de Raios X. E naqueles mesmo, não é o numero que deve impressionar, mas sim a qualidade. "Não devem ser contados, mas sim pesados", diz Mondor.

Si bem que nem todas as afecções ginecologicas tenham os seus caracteres proprios, ha alguns sinais que nos pôdem orientar com segurança. Assim, na anamnese, não devemos descurar de nos orientar seguramente sobre afecções anteriores do aparelho genital, sobre a marcha da ultima menstruação e seus caracteres; no exame da temperatura devemos sempre tomar a axilar e a vaginal, pois, grande disparidade entre elas, sempre é indicio de uma afecção genital aguda.

A localização da dôr é outro elemento de valor, nas afecções ginecologicas ela é sempre no baixo ventre. Em todas as outras afecções abdominaes de começo violento, a séde primitiva da dôr está longe da pequena bacia.

O toque vaginal ou sua combinação com a palpação abdominal é que nos fornece a maior cópia de sinais, orientando-nos seguramente no diagnostico. Ha mesmo um sinal revelado pelo toque, "o grito do Douglas", que é tido por alguns como



patognomônico da gravidez ectópica rompida. Naturalmente, todos os outros sintomas habituais de ventre agudo, tais como o pulso, a temperatura, a pressão arterial, as alterações do fômites e do estado geral, e principalmente a contração, devem merecer a nossa cuidadosa atenção, e se o balanço dos sinais apresentados pela paciente não conduz ao diagnóstico exato, será suficiente para nos levar à indicação operatoria, única capaz de preservar a grande maioria das doentes, de uma morte certa.

Dos exames de laboratório, quando ha tempo para praticá-los, sómente a formulação leucocitaria e a velocidade de sedimentação das hemácias nos interessam, sem, entretanto, serem característicos para as afecções ginecológicas, tendo sempre, apenas, um valor relativo.

Tivemos ensejo de operar, nos últimos anos, uma grande serie de afecções agudas ginecológicas. Estas e os casos em que servimos como auxiliar, vão prestar-se para os nossos comentários. Assim, revendo nossas notas, encontramos cerca de 20 casos de ruptura de gravidez extra-uterina, 2 casos de torção de pedículo de quisto do ovario, 2 casos de hemorragia intra-abdominal abundante, um determinado pela ruptura de folículo maduro e outro pela ruptura de corpo amarelo quístico, 2 casos de ruptura e um de perfuração de piosalpinx e um caso de peritonite generalizada primitiva, provavelmente de origem gonococica.

### HEMORRAGIAS INTRAPERITONEAIS

A causa mais frequente das hemorragias intraperitoneais é a ruptura de uma gravidez ectópica.

Quando o acidente se faz acompanhar com todo o seu cortejo sintomático, o diagnóstico é fácil e um rápido exame associado a um ligeiro interrogatório é suficiente para esclarecer a situação; assim aconteceu no último caso por nós operado, com pleno sucesso, em companhia do Dr. Enio Marsiaj. Tratava-se de uma mulher de vinte e poucos anos que, pelas 19½ horas sentira uma dor violenta no baixo ventre, seguida de perda de sentidos. Pelas 21 horas examinámos a paciente e a encontramos extremamente palida, com mucosas descoradas, dilatação das pupilas, suores frios, profusos, pulso de 130, pequeno, fugidio, dor generalizada em todo o ventre, principalmente na fossa iliaca esquerda, ligeiro meteorismo, matidez nos flancos, ausencia de con-

tração. Pelo interrogatório sabemos que a paciente se sentira grávida ha cerca de dois meses. Com estes elementos fácil nos foi o diagnóstico, confirmado pela intervenção imediatamente praticada.

Nem sempre, porém, os casos se apresentam com uma sintomatologia tão impressionante, sendo necessario uma pesquisa atenta de uma serie de sinais.

Em primeiro lugar, devemos proceder a um interrogatório preciso sobre a menstruação, que é modificada na sua data de aparição, qualidade, quantidade e duração.

Quanto á sua aparição, ha, em geral, um pequeno retardamento; a qualidade do sangue é modificada, sendo escuro, cor de chocolate ou sepia; a quantidade é em geral diminuída e sua duração mais prolongada.

Entretanto, esses sinais podem faltar ou passarem despercebidos a doentes que sofrem de irregularidades menstruais.

O pulso é, em geral, rápido, ás vezes inconstante ou mesmo imperceptível. Entretanto, outras doentes, apesar da hemorragia abundante, guardam um pulso bem batido e normal. Metzger apresentou tres observações onde o pulso era de 60 — 70 — 72, e Mirto relatou um caso de hemorragia cataclísmica com pulso de 45. Nos casos por mim vistos, sempre o senti acelerado, salvo numa paciente na qual era normal, mas nessa a hemorragia era pequena.

A temperatura, em geral, não sofre alteração ou abaixa alguns decimos; é classico dizer-se que na ectópica rompida não ha temperatura, mas ás vezes, e eu já observei dois casos; se verifica, nas horas que seguem ao acidente, elevação de temperatura a 39 e mesmo 40 graus, e isto na ausencia de qualquer fenomeno septicó. Ao que parece, a unica causa desta temperatura é a reabsorção massiva do sangue derramado. É preciso ter bem presente que a temperatura se eleva nas horas que se seguem ao acidente e não imediatamente.

A dor tem, habitualmente, a sua sede no baixo ventre; é intensa e acusada por todas as partes; ha rápida irradiação para todo o ventre, principalmente para as regiões lombar e epigástrica. A dor em barra, no epigástrico, chamada sinal de Laffont, é considerada por alguns como manifestação de hemorragia intraperitoneal importante, tendo passado a esfera da pequena bacia.

É necessario diferenciar a dor pélvica primitiva da ruptura da dor tardia elevada, traduzindo um derrame supramesocólico e



uma irritação nos nervos sensíveis do frenico.

Esta dôr tardia elevada se manifesta, quasi sempre, após a dôr pelvica. Póde aparecer nos minutos que seguem esta dôr pelvica, porém, mais frequentemente se manifesta duas ou tres horas após. Sua precocidade é função de intensidade da hemorragia. "E' ela o grito de alarme que comanda a intervenção imediata" (Laffont). Em grande numero das minhas operadas pude constatar a veracidade desta asserção.

A palidez só é ausente nas pequenas hemorragias, mas a tendencia sincopal é presente na maioria dos casos.

O ventre é móle, depressivel, apesar da dôr, havendo nos derrames regulares, matidez nos flancos. A contractura nunca é presente.

O toque vaginal é quasi sempre doloroso e dá frequentemente uma sensação aveludada, imprecisa, de massa mole no Douglas. Mas encontramos por esta manobra um elemento essencial para o diagnostico "o grito de Douglas", sinal mais a miúdo observado e mesmo patognomnico para alguns autores. Seu autor, Proust, assim diz: "E' um sinal que não engana e que é capital porque é constante; si fizerdes o toque vaginal, a palpação profunda do fundo do sacco de Douglas e, sobretudo, a palpação dos fundos de sacco vaginal, não encontrareis coleção, porque o sangue liquido não póde ser percebido pelo dedo, mas determinareis um reflexo de Douglas, uma sensibilidade esquisita que, mesmo na mulher em sineope, provoca uma dôr intensa, da qual se queixa".

Dou a este sinál grande valor, pois sempre o encontrei nos meus casos, principalmente num em que fui chamado cerca de uma hora após o inicio da dôr; esta fôra fraca e localizada na fossa iliaca direita. A temperatura e o pulso eram normais. A palpação do ventre, encontrámos dôr fraca um pouco abaixo do ponto de Mac Burney, mas fazendo o toque encontrámos nitidamente o sinál de Proust que, aliado a um pequeno retardamento de regras, nos fez firmar o diagnostico de tubaria rompida, diagnostico este que foi ratificado pela intervenção imediata.

Os sináis de Cullen e o de Piscasek são muito inconstantes; nunca os verifiquei até agora. O primeiro se traduz por uma coloração azulada do umbigo e o segundo se manifesta por tenesmo vesical e retal.

Não é difficil, a meu vêr, o diagnostico

diferencial da extra rompida com a apendicite aguda ou com os outros syndromas pelvicos agudos. Na ectopica sempre predominam os sináis de hemorragia interna, que faltam nas outras afecções, e, se alguma duvida persistir, deve recorrer-se a uma manobra simples e inofensiva: a punção do Douglas que, quando positiva, trará absoluta certeza ao diagnostico.

Sou dos que não admitem demora na intervenção, uma vez diagnosticada a ectopica ou seu acidente. Tenho esta convicção desde o meu tempo de estudante, quando vi se salvarem duas doentes operadas pelo Dr. Moisés e que foram para a mesa quasi sem pulso. Da protelação só tenho visto resultar prejuizos graves e mesmo dois casos fatais, um ha cerca de dois anos, em que o diagnostico e a indicação da intervenção imediata foram feitos pelo Dr. Octavio, mas por desidia do marido, a paciente só foi operada 4 ou 5 dias mais tarde, já em plena peritonite; outro operado pelo Dr. Bruno Marsiaj, no decimo terceiro dia após o acidente, numa paciente que fôra acompanhada por um medico estrangeiro, desde o primeiro dia, e que aconselhava esperar mais um pouco.

Não ha, a meu vêr, razão que justifique a protelação, pois, si numa hemorragia externa procuramos jugular imediatamente a sua causa, numa hemorragia interna, com mais forte razão, devemos intervir, visto ignorarmos o calibre do vaso que sangra.

O argumento mais forte atirado contra a intervenção imediata é o estado de choque peritoneal; ora, sabemos que ele póde ser devido á presenca do sangue e muitas vezes vimos doentes melhorarem consideravelmente após a retirada deste.

Além disto, a diferença entre o choque peritoneal e a anemia é sutil e não ha, a meu ver, criterio seguro, para distinguir estes dois estados, associados como estão, numa mesma doente.

A operação deve ser conduzida o mais rapidamente possivel, estando a doente em posição de Tredelemburg. Limitamo-nos em todos os nossos casos, salvo num em que o eccellente estado da paciente permitiu a apendicectomia, á castração ou salpingectomia unilateral, rapida retirada dos coagulos maiores e drenagem do ventre com tubo de borracha.

Julgamos a drenagem indispensavel nas grandes hemorragias, pois tememos que o sangue aí retido se torne um excelente meio de cultura.



Além disto a reabsorção massiva de sangue pôde determinar graves acidentes.

O tratamento post-operatorio será o de todas as hemorragias graves — sôro, subcutanea ou intravenosamente, e, si possível, transfusão.

### RUTURAS DO FOLICULO OU DE CORPO AMARELO QUÍSTICO

Além dos acidentes da gravidez ectópica ha uma outra fórmula de hemorragia intraperitoneal que deve merecer a nossa atenção apesar de bastante rara: é a hemorragia intraperitoneal pela rutura de folículo ou de corpo amarelo quístico. No momento da rutura dum folículo ha ordinariamente um pequeno escoamento de sangue no ventre, mas em certas circumstancias ainda não positivamente determinadas, acreditando alguns autores serem devido á alteração dos vasos da teca interna ou grande desenvolvimento deles pelo retardamento da postura, este derrame pôde ser consideravel, atingindo a meio litro e mais. Ha mesmo dois casos fataes descritos na literatura. Em geral estas hemorragias provocam uma sintomatologia discreta: dôr aguda no baixo ventre, á direita, ligeira defesa, accleração do pulso, sem grande alteração da temperatura. A localização da dôr é interessante, mesmo quando a hemorragia provém de folículo do ovario esquerdo a dôr se manifesta á direita, por isto a afecção sempre foi confundida com a apendicite aguda nas solteiras e com a gravidez ectópica rompida nas casadas. E' uma afecção rara, tivemos ensejo de observar até agora sómente dois casos deste genero. Ambos foram operados pelo Dr. Moysés com o nosso auxilio. No primeiro tratava-se de uma rutura de corpo amarelo quístico, no segundo de uma rutura de folículo maduro. Ambas as doentes foram operadas com diagnostico de apendicite aguda. No primeiro um estudo atento do caso talvez podesse ter induzido ao diagnostico certo, mas no segundo a sintomatologia discreta apresentada pela paciente tornava, a nosso entender, o diagnostico exáto impossivel.

Descreverei abaixo resumidamente os dois casos:

**I CASO.** L., solteira, de 23 anos, sentiu, bruscamente, uma dôr aguda no baixo ventre. Remetida para o hospital, poucas horas após, apresentava o seguinte quadro: pulso 130, temperatura 36,8. Palidez, des-

coramento das mucosas, ventre mole, levemente distendido, dôr á palpação principalmente no ponto de Mac Burney. Aberto o peritoneo encontramos um grande derrame sanguineo proveniente de rutura extensa, de cerca de 2 em num corpo amarelo quístico, estando o ovario aumentado de volume, sendo a sua coloração quasi uniformemente amarela. Foi praticada rapida ablação dos anexos direitos e do apendice, que apresentava lesões crônicas. Drenagem do ventre com tubo de borracha. Cura em doze dias, sem incidentes.

**II CASO:** N. N., sentiu, pelas dez horas da noite, forte dôr no baixo ventre á direita. Chamado o Dr. Octavio de Souza, este diagnosticou uma apendicite aguda, adiando, entretanto, a intervenção para a manhã seguinte, dado o excelente estado geral da paciente.

Esta apresentava, ao entrar no hospital, pelas 8 horas da manhã, o seguinte quadro: bom estado geral, pulso 104, temperatura axilar 37,5, dôr leve no ponto de Mac Burney, ligeira defesa muscular á direita. Aberto o peritoneo, encontramos cerca de 200 cc de sangue liquido provenientes de rutura de folículo do ovario direito. O apendice parecia macroscopicamente são. Ablação dos anexos direitos e do apendice. Alta curada no 11.º dia.

Um interrogatorio posterior á intervenção nos mostrou que a rutura se dêra no 14.º dia após a ultima regra. Esta informação atua de acôrdo com os dados de fisiologia atuaes do ovario, pois se sabe que a rutura do folículo maduro se dá, geralmente do 8.º ao 16.º dia após a ultima regra. Procurando orientar-me melhor sobre o diagnostico e a etiologia destes casos, procurei a literatura ao meu alcance, não encontrando sinão ligeiras notas e citações de casos esparsos nas revistas de cirurgia. Quanto á sua etiologia Forsner acha que sempre é a gravidez ectópica que determina estes accidentes; ora nos dois casos por nós observados esta hipótese pôde ser afastada com toda a segurança e em observações com estudos histologicos, lidas por mim, os seus autores chegam á mesma conclusão. As causas geralmente apontadas são o levantamento de peso, os traumatismos diréto, os esforços de defecação, a cópula e a crosão de vasos calibrosos no momento da postura ovular.

Quanto ao diagnostico ha acôrdo entre os autores, todos acham o diagnostico diferencial com a apendicite aguda muito di-



ficil, declarando mesmo Boss e Fuch ser impossível por não existirem sinais clínicos suficientes para distinguir essas duas afecções. Hermann conseguiu reunir na literatura 89 casos e em todos eles o diagnostico foi feito durante a intervenção. Estas considerações dispensam maiores detalhes para provar a extrema dificuldade deste diagnostico. O tratamento é simples. Nos casos de ruptura de corpões amarelos quísticos deve-se sempre fazer a ablação do ovario atingido e nos casos de ruptura de folículo, quando o caso se mostra favoravel, a reseção em cunha da parte doente é aconselhada pela maioria dos autores. Como já dissemos, esta afecção sempre é confundida com a apendicite aguda, logo se opera com a incisão á direita. Verificado o erro esta incisão dá luz sufficiente nos casos de hemorragia proveniente do ovario direito, nos outros é necessario prolongar a incisão para baixo e para dentro no sentido da incisão alta de Pfannenstiel.

#### TORSÃO DE PEDICULO DE QUISTO DE OVARIO

Das complicações de quisto de ovario, a torsão do pediculo é o accidente mais frequente e mais bem estudado. Seu diagnostico é facil quando anteriormente já se conhece a existencia do tumor, mas quando este foi de evolução silenciosa e sendo a doente examinada algumas horas após o accidente, o diagnostico é bem difficil, sabendo-se que nesta afecção há, segundo Mondor, uma mistura de sinais de hemorragia interna, de reação peritoneal e de ileos.

O sinal capital é a percepção do tumor, com os caracteristicos habituaes do quisto do ovario e que repentinamente se tornou menos movel e extremamente doloroso, aliado a fenomenos geraes: alteração do facies, do pulso, com vomitos precoces e meteorismo.

O toque vaginal combinado com a palpação pôde completar o diagnostico. Além destes ha tres outros que estão descritos nos livros mas que raramente são encontrados: 1.º o atrito de bola de neve, descrito pelos alemães e produzido pelo atrito do tumor na serosa peritoneal; 2.º o sinal de Moulis: na ausculte e palpação do tumor, ha um sopro sistolico, sincronico á pulsação arterial e que se acompanha de uma ondulação em massa do tumor; é necessario, entretanto, que as arterias tenham ficado permeaveis, estando as veias esmagadas pelo tu-

mor para que se perceba este sinal; 3.º o sinal de Warnek: a percepção de um cordão duro ligando o tumor ao utero e sentido pelo toque combinado.

Descrevem-se, habitualmente, tres fórmas clinicas:

1.º) — a fórma pseudo-occlusiva, com os sinais capitaes: vomitos e paralização das fezes e gazes;

2.º) — a fórma pseudo-peritonitica: vomitos porraceos precoces, alteração do facies, paralisia intestinal, contratura da parede, hiperestesia;

3.º) — a fórma cataclismica de Lejars: dôr atroz no baixo ventre, palidez, pulso rapido, sineope.

Duas vezes operamos doentes portadoras desta afecção; no primeiro caso fomos chamados á noite para o hospital e encontramos em presença de um quadro tipico de oclusão intestinal: pulso rapido, dôr abdominal aguda, parada completa da emissão de gazes e fezes, meteorismo. A anamnese em nada nos orientou quanto á lesão, informando a paciente apenas que anteriormente nada sentia, tendo o accidente começado ha poucas horas por uma dôr aguda no baixo ventre. Em presença de tal quadro pensámos numa oclusão intestinal e por ter a dôr iniciado no baixo ventre praticamos uma laparotomia infra-umbelical, encontrando um quisto do ovario esquerdo com pediculo torcido. Posteriormente soubemos que o dr. Pitta Pinheiro nos remettera a paciente com o diagnostico exáto.

No segundo caso o diagnostico foi facil, a torsão se deu na nossa enfermaria. A paciente, grávida de tres meses, baixára á enfermaria apresentando os sinais habituaes de quisto do ovario. Na madrugada do dia escolhido para a intervenção, sentiu uma dôr violenta no baixo ventre logo seguida de vomitos e mal estar. Pelo exame verificamos que o quisto até então indolor e movel, se tornára extremamente doloroso e perdera parte de sua mobilidade. Na intervenção praticada imediatamente encontramos o pediculo do quisto torcido duas vezes, completamente. A parede interna do quisto apresentava pequenas hemorragias. A doente sarou em poucos dias, não havendo perturbações na marcha da gravidez que seguiu o seu curso normal, o que, aliás, é regra nestes casos em que a operação é precoce.

As intervenções geralmente são faceis e pôdem ser conduzidas rapidamente, pois sómente os quistos de pediculo longo e sem



velmente. Sabado, 22 de agosto, a paciente aderencias aos órgãos visinhos é que apresentam esta complicação.

A ablação precoce do quisto deve ser a regra, pois o quisto torcido e abandonado a si mesmo, se necrosa e rompe, falecendo a paciente em poucas horas, por peritonite.

### PERFURAÇÃO E RUTURAS DE PIOSALPINX

A perfuração ou rutura da trompa doente é um acidente terrível e que termina quasi fatalmente pela morte, caso não se intervenha imediatamente. Lenormant e outros insistem sobre a diferença entre a perfuração — resultado final de um processo inflamatório com esfacelo da parede tubaria por placa gangrenosa e a rutura — resultado de um traumatismo ou rutura por superdistensão. É um acidente felizmente raro e que se anuncia por meio de uma dôr subita no baixo ventre que rapidamente se generaliza, instalando-se imediatamente o quadro de uma peritonite por perfuração: dôr no ventre, contratura, meteorismo, alterações graves do facies, da temperatura e do pulso, vomitos.

O diagnostico de peritonite não oferece dificuldades, entretanto o reconhecimento do ponto de partida é difficil como em todas as peritonites por perfuração. A noção da existencia de uma anexite supurada anterior, os commemorativos poderão encaminhar o diagnostico. A dôr tem sua séde no baixo ventre. O toque vaginal nos fornece alguns esclarecimentos, dando-nos, apesar da dôr e da contratura, indícios de massas justauterinas; ele é extremamente doloroso. A anamnese cuidadosa que, permitindo eliminar as outras causas de peritonite, fôra da esfera genital, nos auxilia o diagnostico.

Tres vezes intervim por este acidente, conseguindo salvar duas das pacientes.

No primeiro tratava-se de uma mulher de 35 anos, que fôra enviada ao hospital com o diagnostico de apendicite aguda. Referiu-me ser portadora de uma anexite dupla, tendo tido já algumas crises agudas, nenhuma entretanto, tão intensa nem de começo tão subito como a presente. Seu aspéto era o habitual nas peritonites generalizadas: facies palido, ansioso. Pulso 130, temperatura axilar 39,5. Ventre distendido, muito doloroso, com maximo de dôr na fossa iliaca direita. Defesa generalizada. Vomitos de côr escura. O toque vaginal doloroso, não permitindo sentirmos exatamente lesões anexiaes.

Principalmente pelas informações da existencia anterior de crises anexiaes, puz em duvida o diagnostico do colega, pensando antes numa rutura de piosalpinx. Efetivamente, na intervenção, encontrei a trompa direita do tamanho de um punho, apresentando uma rutura de cerca de um centimetro, proxima ao istmo, donde se escorria pús fluido.

Havia pús livre na cavidade abdominal e placas de peritonite em diversas alças. Pratiquei a ablação da trompa direita, drenando o ventre com grosso tubo de borraça. A paciente teve alta vinte dias após a intervenção.

No segundo caso a doente chegou ao hospital em pessimas condições. Intervim com o diagnostico de peritonite generalizada, encontrando uma rutura da trompa esquerda. Pratiquei uma salpingectomia esquerda, drenando o ventre com um largo Mikulicks. A paciente faleceu no dia imediato.

No terceiro caso operei no dia 26-VIII com o auxilio do dr. Manoel Loforte Gonçalves que teve a gentileza de nos fornecer a observação por ele feita, relativamente ao caso, até a entrada da paciente no hospital e que passo a transcrever:

Clara de R., 31 anos. Branca. Casada. Deste Estado.

Antecedentes morbidos familiares: Pae e um irmão mortos por tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoaes: Não tem filhos. Foi regrada aos treze anos. Suas regras, que se prolongavam sempre até dez dias, eram muito dolorosas. Além das molestias comuns da infancia, a paciente informa que ha cinco anos teve um aborto, necessitando, nessa ocasião, ser curetada. Daí para cá teve sempre um forte corrimento vaginal, amarelo esverdeado, muito fetido, que a fez vir ao nosso consultorio, ha trez meses.

Observamos tratar-se de um metrite gonococica com provavel anexite direita (a fossa iliaca era dolorosa). O exame microscopico da secreção uterina, vaginal e da retirada por expressão das glandulas vulvo-vaginaes, confirmou a origem gonococica. Foi-lhe instituida a medicação apropriada (vacina, lavagens, diatermia). Recomendamos ainda o uso de oleo de figado de bacalháu e lhe fizemos injeções de sôro lipotonico feminino por estar muito magra e se sentir muito nervosa. A doente engordou e seu corrimento diminuiu considera-



não compareceu ao consultorio por lhe terem apparecido as regras, que, como era costume, lhe provocaram muitas dôres uterinas. A 23 as dôres se exacerbaram para melhorarem a 24. A 25 sentiu novamente fortes dôres que se localizaram na fossa iliaca direita, mas que, assim mesmo, lhe permitiram a sua ida ao consultorio. Examinada, observamos que havia leve reacção abdominal á direita e que o fundo do sacco direito estava cheio. As regras eram abundantissimas. Recomendamos repouso ao leito, bolsa de gelo, por não se querer recolher ao hospital. A 26 fomos chamados de noite, tendo encontrado a paciente com um ventre timpanico, temperatura de 37,5, forte reacção abdominal direita, soluços e facies peritoneal. Recomendamos, então, baixar ao hospital, o que foi feito minutos após.

De chegada ao hospital foi a paciente por nós examinada, verificando-se: pulso 109, temperatura axilar, 38,9. Facies abatido, peritoneal. Mucosas descoradas. Ventre doloroso, com maximo de dôr na fossa iliaca direita, onde havia hiperestesia cutanea. Contratura. Leve meteorismo. Não havia vomitos nem soluços. Pelo toque encontramos os fundos de sacco dolorosos, estando principalmente o esquerdo entumescido. O utero, levemente aumentado de volume, estava fixo por massas anxiaes, perfeitamente perceptíveis. A tentativa de mobilização do utero era extremamente dolorosa para a paciente. Deante desta symptomatologia, firmamos o diagnostico de rutura de trompa e operamos immediatamente. Aberto o peritoneo, encontramos as alças intestinaes distendidas e pús livre no ventre. Sobre a parte média do apendice encontramos uma grande placa. Julgando ter errado o diagnostico fizemos a ablação do apendice. Continuando a nossa exploração, verificámos que o utero, aumentado de volume, era ladeado pelas trompas, em fórma de retorta, e cheias de pús, apresentando á direita uma perfuração pequena, donde se escoava pús fluido de côr amarelada. Practicámos salpingectomia direita, drenando o ventre com dois tubos de borracha e uma mecha de gaze. A paciente teve alta, curada, no dia 9 de Setembro, não tendo apresentado, no periodo post-operatorio, acidente digno de nota.

Dada a extrema gravidade desta affection, a intervenção deve ser conduzida rapidamente, limitando-se o operador á ablação da trompa atingida e ampla drenagem com tubo de borracha ou sacco de Mikulieks,

de acôrdo com as suas inclinações particulares.

Apezar de sabermos que, teoricamente, a histerectomia sub-total com ablação dos anexos seria a operação mais satisfatoria, limitámo-nos, nos casos por nós operados, á ablação da trompa atingida e ampla drenagem. Assim procedemos, para abreviarmos o choque operatorio em doentes já tão seriamente ameaçadas pela peritonite.

#### AS PERITONITES AGUDAS GENERALIZADAS PRIMITIVAS

Essas peritonites são raras, necessitam do sua eclosão o concurso de factores patogenicos especiaes e que são: uma grande virulencia de germen — habitualmente o gonococo — e integridade absoluta do aparelho tubario, com permecabilidade dos dois crificios. Nestes casos as doentes apresentam o sindroma tipico da peritonite aguda generalizada. O começo é brutal, marcado por uma dôr violenta no baixo ventre. A difusão da dôr a todo o abdomen é rapida, acusando a paciente este sintoma de uma maneira muito intensa. O facies é caracteristico: nariz afilado, traços estirados, coloração ligeiramente plumbea, olhos escavados; a temperatura é elevada entre 39 e 40 gráus, acompanhando-se de calafrios e suores profusos. O pulso é de 120 a 140, pequeno, filiforme, rapido e de baixa tensão. A respiração é curta e superficial. Os vomitos são frequentes e precoces. O ventre meteorizado, hipersensível em toda sua extensão, estando os musculos contraídos. Esses sintomas têm tendencia a se exagerarem á medida que as horas passam. Em presença de tal quadro pensa-se necessariamente numa peritonite generalizada, mas sua origem pode levantar duvidas e causar frequentes erros de interpretação.

O diagnostico exato é difficil, muito difficil mesmo; no mais das vezes intervem-se pensando numa perfuração apendicular, não se verificando a origem tubaria senão á abertura do ventre. As perfurações do estomago apresentam um quadro clinico semelhante, sendo muitas vezes difficil á doente precisar, poucas horas após o drama da perfuração, os detalhes do principio. Certamente, numa doente cujos antecedentes gastricos accusam fenomenos dolorosos ou hemorragicos, o diagnostico é facil, mas a hesitação é permitida e o erro excusavel em presença de uma doente em que tudo nos faz pensar numa peritonite difusa sem



que nada venha precisar a origem. Aqui se impõe a laparotomia que cortará a questão. Ao lado das afeções do tubo digestivo pôde apresentar-se á confusão um bom numero de accidentes agudos que se desenvolvem no tractus genital feminino. Entre eles, está em primeiro lugar a gravidez ectópica. Entretanto, a riqueza dos sintomas particulares é grande e além disto devemos procurar com cuidado os pequenos sinâes que acompanham esta afeção.

A ausencia de temperatura é classica na gravidez tubaria rompida, sendo os phenomenos peritoneaes sempre menos intensos, menos brutaes e melhor localizados.

Antes de tudo, pensa-se numa apendicite aguda perfurada. Será conveniente procurar o começo das dôres no ponto de Mac-Burney e inquirir sobre a existencia de dôres anteriores. Mas na falta de outros sintomas o diagnostico pôde ficar exitante. A pesquisa de corrimentos é frequentemente negativa. A infecção, principalmente a gonococica, pôde, clinicamente, passar despercebida, quando a peritonite já está em plena evolução, sendo isto explicado pelos tres fâtores patogenicos a que acima alludi

O toque vaginal é negativo, encontrando-se apenas uma sensibilidade exagerada no fundo do sacco de Douglas, sinâl habitual em todas as peritonites, dando nas outras afeções ricos informes á solução do caso.

Nas salpingites agudas com pelvoperitonite, o processo é menos brutal, não se observando invasão da grande cavidade; o processo todo se limita á pequena bacia.

O tratamento destas peritonites é ainda bastante discutido. Querem alguns a abstenção operatoria com tratamento medico, outros a salpingectomia dupla, sendo outros favoraveis á simples drenagem.

No caso que observamos e no qual intervimos com o diagnostico de apendicite aguda perfurada, limitámo-nos, uma vez reconhecida a origem tubaria da peritonite, á drenagem com grosso tubo de borracha, conseguindo salvar a paciente sem lhe tirar a possibilidade de fecundação.

Tratava-se de uma moça de 24 anos e que baixou á enfermaria com o quadro completo de peritonite generalizada. O inicio da dôr fôra á esquerda e por isso praticamos uma laparotomia mediana, apesar de nos inclinarmos mais para o diagnostico de apendicite perfurada. Encontramos as duas

trompas ligeiramente aumentadas de volume, deixando sair, pela pressão, gotas de pús amarelado. O apendice não apresentava lesões que justificassem tal quadro. Com a simples drenagem obtive a cura da paciente em dezoito dias.

Essas são as considerações que me suggeriram os casos por mim observados. Si nalgum, pela cópia dos sinâes observados, fiz o diagnostico exáto, noutros sómente o fiz durante a intervenção.

Aliás, em cirurgia geral como em Ginecologia, penso que a preocupação do clinico não deve ser o diagnostico exáto, mas sim o reconhecimento precoce do sindroma agudo, que, por si só, é suficiente para a indicação operatoria.

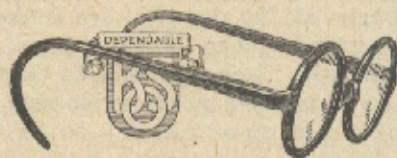
Quanto mais precocemente o reconhecermos, quanto mais cedo intervirmos, mais successos teremos e se, por circumstancias não conseguirmos curar a paciente, teremos a consciencia tranquila de bem termos cumprido o nosso dever, tudo tendo empenhado para salvarmos as nossas doentes, agindo como verdadeiros cirurgiões.

## Optica Moderna

**FOERNGES IRMÃOS**

Andradas 1504 Porto Alegre

Especialistas no preparo das lentes recebidas pelos snrs. Medicos-oculistas



Completo sortimento de

**Lentes Bi-Focaes** que combinam dous fôcos em uma só lente; um para longe e outro para perto.

**Lentes Zeiss-Punktal** que produzem imagens nitidas em todas as direcções que se olhe.

**Lentes Crookes** que eliminam praticamente os raios Ultra-Violeta e reduzem a intensidade da luz.

Thermometros Casella - Olhos artificiaes



## NEFROPATIAS SIFILITICAS.

por

ALVARO B. FERREIRA

Medico da Diretoria de Higiene do Estado

Meus Senhores.

O assunto escolhido para tema desta palestra é vasto, complexo e ainda grandemente controverso. Todas as questões referentes á sífilis renal são ainda objeto de discussões, de interpretações diversas, de pontos de vista muitas vezes até opostos, que mostram bem quão complexo e intrincado é o problema da sífilis renal.

Quizemos aproveitar um caso que tivemos para lembrar os principaes aspectos desta questão, especialmente a parte referente á terapeutica especifica, para fazer um estudo em conjunto, uma observação global das principaes particularidades das nefropatias sifiliticas.

Queremos fazer notar que nossa observação do caso é incompleta, porque as condições do paciente não permitiram os exames de laboratorio, que eram de desejar, e porque o paciente, sentindo-se grandemente melhorado, não mais nos appareceu. Serve, entretanto, de base para o trabalho que apresentamos á vossa apreciação e permite verificar os resultados do tratamento especifico empregado.

**OBSERVAÇÃO:** B. M., com 42 anos de idade, branco, casado, natural deste Estado, pedreiro. Apareceu-me no consultorio, queixando-se de enfraquecimento, abatimen-

to, desanimo, ostealgias e mialgias multipas, e cefaléa, principalmente noturna. Fez-me saber que desde ha dois para tres anos sofre de uma nefrite cronica, da qual sempre esteve em tratamento, estando em regimen descloretado todo este tempo. Fica, ás vezes, levemente edemaciado, nunca, porém, d uma maneira acentuada. Acrescentou que tem um Wassermann positivo, não tendo, entretanto, nunca feito tratamento especifico devido á sua nefrite.

Os antecedentes familiares nada apresentavam de importante.

Nos antecedentes pessoas accusava, além das molestias proprias da infancia, uma sífilis adquirida ha muitos anos e da qual nunca tratou-se.

Fuma pouco, não bebe e sua vida sexual é normal.

Ao exame, notamos um individuo astenico, palido, magro, anemiado, desanimado, incapaz de qualquer esforço profissional. Accusava, á pressão, esternalgia, tibialgia, emfim ostealgias e mialgias diversas. Apresentava adenopatia multipla, inguinal, epitrocleana, cervical, constituida por ganglios pequenos, duros, facilmente perceptíveis. Temperatura normal. Pulso tenso, vibrante. Tensão, ao Vaquez, Mx. 16 — Mn. 9. Segundo tom aortico fortemente retumbante, clangoroso. Fígado e baço normaes. Uma reação de Wassermann praticada foi fortemente positiva + + + O exame de urina revelou albuminuria inten-

Trabalho lido na sessão de 21 de Agosto.

**Medicos**  
**do**  
**Interior**



**Quando vierdes a Porto Alegre, visitaes a séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara 264, - 3.º andar.**

**Lá encontrareis um ambiente amistoso e agradável. Verificareis, tambem, como o Sindicato trabalha pela união e engradecimento da classe. Para isso ele necessita da colaboração de todos. Enviai sem demora, a vossa adesão.**



sa, numerosos cilindros hialinos e granulados e hematuria acentuada. A pesquisa de lipoides foi negativa. Infelizmente não foi possível fazer-se uma dosagem de uréa e creatinina e outros exames de sangue.

Estavamos, assim, em face de um paciente com uma afecção crônica renal e uma sífilis em plena atividade. Precisávamos em primeiro lugar determinar si se tratava de uma nefrose ou de uma nefrite.

A idade do paciente, 42 anos, é mais a favor de uma nefrite que de uma nefrose, que tem predileção pelos jovens. — Outro elemento contra a nefrose, e este de grande importância, é a quasi ausência de edemas, apresentada pelo paciente, pois sabemos que nas nefroses o edema é sempre muito acentuado, constituindo um dos seus característicos essenciaes, "o sintoma clinico mais patente e constante da doença" segundo Annes Dias.

A hematuria acentuada, verificada nos diversos exames de urina, é outro sinal desfavoravel á nefrose, que rarissimamente vem acompanhada de hematuria e nunca esta se apresenta abundante. A cilindruria acentuada, também presente, não é igualmente comum ás nefroses, sendo quasi sempre ocasional. A ausência de lipoides verificada, também se manifesta a favor das nefrites, muito embora, ás vezes, sejam necessarias varias pesquisas sucessivas para que resultado seja positivo. Da mesma maneira a hipertensão, apresentada pelo paciente, é um sinal a favor da nefrite, em que a hipertensão é comum, ao contrario da nefrose em que a tensão é normal ou abaixo da normal. A albuminuria acentuada é comum ás duas formas, bem como a astenia, a anemia, as lombalgias, etc. apresentadas pelo paciente.

De grande valor seriam os exames de sangue diversos (como pesquisas da lipé-

Pela análise desses diversos sintomas ureia, creatinina, cloretos, etc.) que infelizmente não puderam ser feitos.

Pelas análises desses diversos sintomas catalogamos a afecção renal como — nefrite.

Deveríamos, agora, filiar esta nefrite á sífilis ou tratar-se-ia de uma nefrite evoluindo num sífilítico?

A presença da albuminuria intensa, da hematuria acentuada, rebeldes ao tratamento dietético e não específico, feitos durante tempo prolongado, a coincidência com uma aortite e com os outros sinais geraes fizeram-nos filiar a nefrite á sífilis.

A prova terapeutica confirmou nosso diagnostico de nefrite sífilítica.

Resolvemos então instituir o tratamento anti-sifilitico, tendo-nos decidido a empregar no inicio exclusivamente o 914. Fizemos 2 injeções de 0,15 e uma de 0,30 com 5 dias de intervalo entre cada uma, sem o minimo acidente. Na segunda injeção de 0,30, porém, o paciente teve forte reação, com cefalalgia intensa, elevação de temperatura, mal estar, estado nauseoso, que, entretanto, cedeu rapidamente. Voltamos, então, á dose de 0,15 novamente, que foi muito bem suportada. O exame de urina, feito no fim dessas 5 injeções, revelou albuminuria reduzida a traços e hematuria ainda acentuada. A cilindruria desaparecera. O estado geral melhorara consideravelmente, as algias desapareceram, o desanimo, o abatimento decresceram, o paciente aumentou de peso. Infelizmente não me é possível completar a observação, pois o paciente sentindo-se muito melhorado, não mais voltou ao tratamento. Entretanto, já se pôde verificar quão util e proveitosa lhe foi a terapeutica especifica, mesmo para o estado renal, demonstrando que muito provavelmente sua nefrite era de origem luetica, como aliás já suspeitavamos ao analisarmos o caso.

Em presença de um caso assim o que importa, em primeiro lugar, é estabelecer si se trata de uma nefrite sífilítica ou de uma nefrite num sífilítico. Da solução desse problema depende a terapeutica e o prognostico, isto é, o futuro do doente. Esta distinção é importantissima porque das diversas especies de nefrites, a sífilítica é a unica, para cujo tratamento possuímos meios específicos, de resultados muitas vezes brilhantes, e cujo prognostico é frequentemente favoravel.

Não é, entretanto, facil, ás mais das vezes, fazer tal diferenciação por que a nefrite sífilítica não apresenta sinais proprios, particulares, patognomonicos que a caracterize e diferencie nitidamente das outras variedades de nefrites.

A lues pôde apresentar todas as variedades anatomicas, todas as formas clinicas das nefrites agudas, sub-agudas e cronicas. Ela pôde produzir a esclerose simples, a goma, a degeneração lipoidica, a degeneração amyloide, etc. Ela pôde apresentar o quadro da nefrose, da nefrite azotemica, hipertensiva simples, etc. Ela pôde lesar o rim em todos os seus periodos e mesmo na forma hereditaria.

1.º — A sífilis hereditaria renal pôde



afetar muitas e diversas formas, pôde ser precoce ou tardia, manifestar-se na creança, no adolescente, no adulto. "Sua marcha é caprichosa, com remissões e períodos de agravação, e geralmente lenta." (Annes Dias).

A fôrma precoce caracteriza-se, segundo Castaigne, por lesões atingindo o fígado e os rins, é a fôrma hepato-renal, que evolue rapidamente, si não se institue o tratamento específico e prolongado.

A fôrma tardia é uma albuminuria benigna da infancia, uma albuminuria ortostática, uma meiopragia renal emfim, constituindo o que Castaigne chama de "Debilidade Renal". Quando é constatada, principalmente na 2.<sup>a</sup> infancia, deve sempre fazer suspeitar a sífilis. É frequente, segundo Castaigne, apesar de outros autores a negarem completamente.

2.<sup>o</sup> — Já no período primário da sífilis se pôdem observar lesões renaes, que, entretanto, não são frequentes.

3.<sup>o</sup> — É no período secundario que se observa a nefropatia sífilítica em sua fôrma mais completa: albuminuria consideravel, edemas accentuados, com tendencia á generalisação, hematuria mais ou menos variavel, anemia, etc. Às vezes ha somente retenção clorurada, outras, porém, a impermeabilidade renal é total, podendo, então, surgir a uremia com toda sua sintomatologia. Às vezes sobrevem a morte, outras passa a nefrite á cronicidade, outras, emfim, sob a influencia do tratamento, obtem-se a cura. O tratamento necessita ser instituido precocemente e continuado por longo tempo, debaixo do maior cuidado. É neste período secundario que mais comumente se observa a nefrose lipoidica, que pôde entretanto apparecer tambem, segundo Annes Dias, no período terciario e mesmo na sífilis hereditaria.

A nefrose lipoidica, evidenciada ha não muito tempo, adquiriu notavel importancia, graças principalmente aos trabalhos de Munk. Caracterisa-se anatomo-patologicamente por uma degeneração lipoidica do epitelio dos tubuli contorti.

É menos comum que as nefrites. Pôde apresentar-se sob a fôrma pura, o que não é o mais frequente, (10% dos casos segundo Rosenberg) ou ser associada á nefrite. Neste ultimo caso verificam-se, então, ao lado das lesões tubulares, alterações glomerulares. Evidencia-se clinicamente por oliguria, albuminuria massiça, edemas accentuados, lipoiduria, lipemia, etc. A albuminuria, que

é constante, mantem-se em relação estreita com a retenção dos cloretos. O estado geral é atingido (astenia, palidez, indisposição, dores lombares, etc.) Algumas vezes observam-se perturbações digestivas e respiratorias, nota-se no sangue lipemia, hidremia, a taxa de hemoglobina mais ou menos a 50%, o numero de globulos vermelhos abaixados, a taxa de colessterina e fibrinogenio aumentada, o quaciente globulina-serina invertido em favor da primeira, as proteínas totaes diminuidas. Derrames cavitarios são frequentes, apresentando lipoides á pesquisa.

Rosenberg acha que a função renal se encontra completamente intacta nos casos de nefrose, havendo uma retenção extra-renal, aquosa e salina.

A nefrose é assim antes uma perturbação geral geral que uma afecção renal. É uma alteração profunda do metabolismo das gorduras e proteínas, em que só secundariamente o rim é lesado. A albuminuria depende do grande abaixamento da taxa proteínica do sangue, como o demonstrou Epstein, conseguindo sua desaparição com uma dieta rica em proteínas, o que não se daria si a albuminuria fosse renal. A lipoiduria depende da lipemia, a lesão renal sendo secundaria, como mostrou Kasthe Dawcy, que conseguiu lesões renaes semelhantes ás das nefroses, injetando endovenosamente uma emulsão de colessterina.

A nefrose se observa de preferencia na juventude e é especialmente frequente na infancia.

Sua etiologia é multipla, surgindo, entretanto, como primeira e principal causa a sífilis, vindo em seguida, com pouca frequencia de resto, a difteria, a tuberculose, a estafilococia, as disenterias, etc.

Algumas vezes é impossivel determinar o agente causal, sendo então a nefrose chamada genuina.

Rosenberg, em 39 casos, verificou 16 fôrmas genuinas, 16 lueticas, 3 diftericas, 2 disentericas, 1 tuberculosa.

O prognostico das nefroses é em geral bom. Suas complicações mais frequentes são a erisipela, os furuncullos, o antras, os flegmões e as septicemias decorrentes dessas complicações. A mais terrivel das complicações é a peritonite pneumococica, assignalada por Volhard.

4.<sup>o</sup> — No período terciario são geralmente as nefrites cronicas em todas suas fôrmas, que são encontradas.



Castaigne destaca, entretanto, dois tipos morbidos de nefrites que ele considera como particularmente especiaes á sífilis terciaria e que são: a) — a nefrite cronica albuminurica simples e b) — uma fórma hepato-renal em que a nefrite coexiste com uma hipertrofia esclerosada do figado, identica á produzida pela sífilis hereditaria. Pasteur-Vallery-Radot diz que o que caracteriza a nefrite sífilítica cronica é a albuminuria massiça com edemas acentuados e irreductiveis. O prognostico dessas nefrites varia com a maior ou menor precocidade na instituição do tratamento especifico. Quanto mais antiga a lesão e mais tardiamente fôr iniciado o tratamento tanto menos probabilidades de cura.

Diversos autores procuraram classificar as nefrites sífilíticas segundo sua feição clinica.

Assim Waldorf e Behr dividem-nas em cinco grupos, Citron e Munck em tres, Chauffard e Lederich, só na nefrite cronica, distinguem 3 grupos.

Por ahi se verifica que a classificaçã clinica não é uniforme, acha-se ainda sujeita á controversias, que as classificações anatomicas são bem precarias e que a sífilis deve, como diz Annes Dias, "apenas figurar na lista das razões etiologicas."

Como dissemos, a nefrite sífilítica não apresenta sinais proprios, caracteristicos, mas devemos sempre, com o maximo empenho, procurar despistal-a, o mais precocemente possivel, para obtermos um maior rendimento terapeutico.

Annes Dias acha que devemos pensar na sífilis:

- 1.º — Em toda albuminuria da 2.ª infancia.
- 2.º — Em toda nefrite hematurica.
- 3.º — Toda vez que defrontarmos uma albuminuria massiça.
- 4.º — Quando houver coincidência de poliuria com grande albuminuria.
- 5.º — Quando os edemas não cederem á dieta.
- 6.º — Quando existir lipoiduria.
- 7.º — Quando houver inversão da relação globulina-serina no soro sanguineo.
- 8.º — Quando houver lipemia acentuada.
- 9.º — Quando houver amiloidose.
- 10.º — Quando edema, grande albuminuria, hematuria e lombalgia coexistirem.
- 11.º — Quando uma nefrite coincidir com uma aortite.

Uma vez uma nefrite suspeita sífilítica

devemos recorrer a todos os meios possiveis para evidenciar-a, já utilizando as reações sorologicas diversas (Wassermann, Hecht, Jacobstal, Kahn e Meinicke), já pesquisando a lipemia e a lipoiduria, a albuminuria massiça, a hematuria abundante e tenaz, etc. Castex e Waldorf dão grande importancia a uma linfocitose acentuada na fórma leucocitaria. Pailhard aconselha, afim de evidenciar o estado de debilidade renal de Castaigne, fazer uma injeção de ovalbumina, que acarretará uma albuminuria acentuada sómente nos meopragicos renaes.

Encararemos, agora, a importantissima questão da terapeutica especifica, da escolha do medicamento mais indicado, sem entrarmos em considerações sobre o regimen dietetico, que fará sempre parte integrante do tratamento das nefropatias sífilíticas!

Qual o medicamento a que devemos dar preferencia no tratamento das nefropatias lucticas?

As opiniões aqui tambem divergem, dando uns preferencia ao mercurio, outros aos arsenicaes, outros enfim ao Bi.

Vejamus cada um separadamente:

### 1.º MERCURIO

Todos os autores reconhecem a acção toxica manifesta e intensa do Hg sobre o rim.

Rosenberg evidencia os graves danos renaes provocados não só pelas doses elevadas, mas mesmo pelas doses terapeuticas habituaes das diversas preparações mercuriaes, incluida a pomada mercurial para fricções, que produzem uma degeneração mais ou menos profunda indo até a necrose do epitelio tubular. Não recomenda o uso da Hg no inicio do tratamento, mas somente na fase final quando a afeção renal estiver em vias de cura. Aconselha, então, neste periodo final começar com pequenas doses, vigiando cuidadosamente o paciente, e limita-se quasi sempre ás fricções, e algumas vezes, nas nefroses especialmente, ao novasurol e salyrgan por se eliminarem rapidamente.

Mac Farlan mostrou que o Hg, tanto injetavel como em fricções, é dos antisifilíticos o mais nocivo para o epitelio renal.

Marcel-Pinard e Lortat-Jacob acham o Hg perigoso para o rim.

Castaigne aconselha regeitar completamente os saes insoluveis de Hg e recorrer ao biliodureto e oxyeionureto, começando com pequenas doses que serão aumentadas



progressivamente se o doente suportar bem o tratamento, para o que deve ser cuidadosamente vigiado, evitando-se todas as causas que possam agravar sua albuminuria.

Loeper aconselha associar o Hg ao enxofre coloidal, pois verificou que certas formas de nefrite sifilitica que não eram melhoradas pelo Hg isolado curaram pela associação enxofre-mercúria.

Grenet, Levent, Pelissier acham que os accidentes toxicos são o apanagio principalmente dos saes insolúveis, pelo facto de ficarem enkistados nos musculos e libertarem-se em massa, e acham que o cyanureto, em razão de sua ação diuretica, é muito util.

Milian e Lelong consideram o cyanureto como um medicamento de escolha das nefrites sifiliticas. Milian cita diversos casos de cura com este sal, bem como Louste e Gaucher. Alguns autores alemães aconselham o uso dos saes solúveis de Hg nas verdadeiras nefrites.

## 2.º BISMUTO

Não se póde negar que tambem o Bi exerce uma ação toxica sobre o rim, embora menos intensa e aggressiva que o Hg.

Rosemberg acha que o Bi, embora possa tambem lesar o rim, é muito menos toxico que o Hg, devendo-se sempre preferir-o aos mercuriaes, principalmente nas nefroses lipoidicas.

Outros autores alemães emitem a mesma opinião, acrescentando que os saes solúveis são menos toxicos, sendo os preferiveis.

Lortat-Jacob é um fervoroso defensor e adepto da bismutoterapia renal, dando preferencia aos saes solúveis.

Grenet, Levent, Pelissier acham igualmente que os saes solúveis são muito bem suportados.

Marcel Pinard utiliza-se do Bi sómente quando os arsenobenzóes são mal suportados.

Lortat-Jacob, Roberti, Leri e Tzanck citam casos de nefrite cronica sifilitica não melhoradas pelos arsenicaes e mercuriaes, curarem sob a influencia da bismutoterapia.

## 3.º ARSENICAES

Ainda que não se possa afirmar a completa inocuidade dos arsenobenzóes sobre o rim, parece que a sua ação toxica é quasi nula, muita diminuta, que é o menos toxico dos anti-sifiliticos.

Rosemberg acha que o neosalvarsan é o especifico que se póde empregar com confiança nas doses renaes. Diz que nunca observou nenhum damno renal causado pelo neosalvarsan em 10.000 injeções praticadas. Considera-o como o menos perigoso dos anti-sifiliticos, aconselhando começar por ele a cura especifica.

Munek, entretanto, fala numa nefrose hemorragica que póde ser produzida pelo neosalvarsan. Sua ação toxica póde se manifestar seja com predominancia tubular, seja glomerular, seja emfim glomerulo-tubular. Esta ação toxica tem que ser muitissima rara na opinião de Rosemberg, pois nunca foi por ele observada.

Mae Farlan mostrou que os arsenobenzóes causam uma irritação renal ligeira, mas que na pratica eles não determinam accidentes, a não ser nos casos de intoxicação profunda, em que os disturbios renaes associaem-se á perturbações hepaticas, nervosas e eritodermicas.

Grenet, Levent e Pelissier acham que os arsenicaes são, dos medicamentos especificos os mais bem tolerados e concluem ser o arsenico o medicamento do rim.

Marcel Pinard, Debré, Fiessinger, Labbé e Louste obtiveram resultados muito satisfatorios utilizando o neosalvarsan.

Lortat-Jacob, porem, cita um caso em que o arsenico fez aumentar a azotemia e Bouteler um outro em que desencadeou graves accidentes agudos.

Em compensação, Marcel Pinard cita um caso em que o 914 fez baixar e desaparecer a azotemia num doente, antigo escarlatinoso, antigo sifilitico, cuja azotemia cahiu de 2 grs. 83 a 0 grs. 60, desaparecendo sua hipertensão e sua albuminuria.

## 4.º IODO E IODURETOS

O iodo e seus derivados devem ser empregados sómente como adjuvantes, pois como diz Castaigne, não é sufficiente para combater o mal. Este mesmo autor aconselha associar-o ao Hg na heredo-sifilis, na forma esclero-gomosa e na degenerescencia amiloide.

Rosemberg acha que no inicio o iodo deve ser usado com muita cautela pois póde provocar um aumento dos edemas. Aconselha começar com uma grama de KI, verificando sempre se não se produz um aumento de peso.



Póde-se concluir, assim, desse balanço de opiniões, que dos medicamentos antisifilíticos os menos toxicos, os que menos atacam o rim, os mais innocuos relativamente são os arsenicaes, especialmente o neosalvarsan. Parece, assim, que é ele o medicamento que deve ser empregado com mais confiança e menos receio, não excluindo, é evidente, o maior cuidado e vigilancia do doente.

Em conclusão, qual a orientação que devemos seguir quando deparamos com uma nefrite sifilitica?

Annes Dias, em suas "Lições de clinica medica", dá a seguinte orientação, tirada de autores alemães:

a) No caso de nefropatia sifilitica ou de outra origem num sifilitico, usar salvarsan nas nefroses, saes soluveis de Hg ou Bi si houver verdadeira nefrite.

b) Si a nefropatia fôr de origem toxica, suprimir toda medicação anti-sifilitica, para mais tarde oriental-a de acordo com as determinações expostas.

Achamos que, mesmo nas nefrites verdadeiras, a cura deve, na maioria das vezes, ser iniciada pelo neosalvarsan e mais tarde, quando os sintomas regredirem, as melhoras se acentuarem, empregar os saes soluveis de Bi e finalmente os saes soluveis de Hg, sempre debaixo do maior cuidado e vigilancia do doente. Um dos sintomas que mais custa a desaparecer é a hematuria, que parece que é mais influenciada pela bismuthoterapia.

Achamos que, mesmo nas nefrites verdadeiras, a cura deve ser iniciada pelo 914 por estar estabelecido que praticamente é ele o medicamento menos agressivo para o rim, que as lesões renaes dele dependentes são muito raras (Rosnberg) e que não sobrevivem senão em casos de intoxicação profunda (Mac Farlan). Além disso é ainda o 914 considerado pela maioria dos autores como o medicamento anti-sifilitico por excellencia, o mais eficaz e de ação mais rapida.

Assim seguindo e procurando cumprir o postulado medico, que devemos ter sempre presente "Primum non nocere" e procurando obter o maximo efeito medicamentoso é que achamos que devemos dar preferencia ao 914.

Naturalmente esta regra não tem um valor absoluto, dependendo, antes de tudo, o tratamento de circunstancias occasionaes,

apresentando cada caso uma feição mais ou menos particular, que deve ser rigorosamente observada e que comandará o tratamento a instituir.

Seu valor é unicamente geral.

Porque existem casos em que a arsenoterapia falha completamente ou tem uma ação muito passageira ou até exacerba as lesões ou é por qualquer circunstancia contra indicada. Taes fatos são tambem observados com arseno ou mercurio resistentes, arseno, bismutho ou mercurio resistente, arseno, bismutho ou mercurio recidivantes e arseno, bismutho ou mercurio exacerbantes. Nestes casos em que a infeção sifilitica não se deixa influenciar por um determinado agente especifico, apresenta, em compensação uma grande sensibilidade á ação dos outros.

Assim as arseno-resistentes são bismutho ou mercurio-sensíveis e vice-versa.

Diversas particularidades podem, pois caracterisar cada caso em si, devendo ser pelo medico reconhecidas para que o tratamento possa ser racionalmente instituido e aproveitado.

As regras que damos, repetimos, são geraes e, como tudo em medicina, tem sómente um valor relativo.

Chegamos assim ás seguintes conclusões:

1.º O neosalvarsan é o menos toxico para o rim dos anti-sifiliticos.

2.º O mercurio é o mais toxico e perigoso.

3.º O Bi é menos toxico que o Hg e mais que o neosalvarsan.

4.º Nos casos de nefropatia sifilitica ou evoluindo num sifilitico a cura deve ser iniciada pelo **neosalvarsan** quer se trate de nefrose ou nefrite verdadeira.

5.º A cura póde ser completada pelo Bi e Hg.

6.º O Hg deve ser usado sómente quando a afeção renal estiver em vias de cura.

7.º Devemos utilizar sómente os saes soluveis de Bi e Hg.

8.º A hematuria é um dos sintomas mais rebeldes ao tratamento, parecendo ser mais influenciado pelo Bi.

9.º Quanto mais precocemente fôr instituido o tratamento tanto mais probabilidades de cura.



## METODOS PELVIMETRICOS. RADIOPELVIMETRIA

por

ENNIO MARSIAJ

Assistente da Maternidade da Santa Casa (Hospital S. Francisco)

No ato da parturição, tres são os fatores que agem: força, movel e trajeto. A força e o movel, representadas respetivamente pelo esforço do musculo uterino, são variaveis em partos sucessivos, imprimindo de cada vês um aspeto clinico especial. Assim, a contração uterina pôde ser perturbada na sua intensidade, (hipercinesia, hipocinesia, acinesia) na sua propagação e sua séde (dis-cinias). Da mesma forma as diferenças notaveis que se observam quanto ao tamanho do fêto, e, particularmente, o que mais nos interessa, quanto ás dimensões do craneo fetal, influem poderosamente no enca-deamento dos diversos tempos do parto, reclamando a atenção do obstetra para uma terapeutica oportuna.

O trajeto, representado aqui sómente pela bacia ossea, se apresenta em obstetricia como um fator imutavel, pois, adquirido o seu completo desenvolvimento, suas formas e dimensões não variam mais. Por isso, o conhecimento exáto do valor da bacia é de suma importancia para o parteiro, pois as variações podem ser tais de impedir até um parto pelas vias naturaes. Felizmente, na maioria dos casos, as anomalias pelvicas não são tão acentuadas, mas, mesmo em gráo reduzido, elas trazem perturbações no mecanismo normal do parto, modificando seus diversos tempos, até exigir a intervenção do parteiro.

Por aí se deduz a necessidade da avaliação da forma e dimensões de uma bacia, para determinação de seu tipo e julgamento de seu valor obstetrico. E' a isto que se propõem os metodos pelvimetricos.

Quando o empirismo dominava os conhecimentos científicos, as noções sobre estreitamentos de bacia eram muito vagas. Já no seculo XVIII encontramos em Deventer passagens em que o autor se refere a bacias muito grandes, muito pequenas ou muito estreitas. Foi, no entretanto, sómente na metade do seculo passado, que, pelo progre-

dir dos conhecimentos anatomicos da bacia, sob o ponto de vista obstetrico, os processos de mensuração e de exploração começaram a se desenvolver.

Quasi todos os processos têm por objeto determinar a forma e dimensões principaes do estreito superior, sabido como é que esta parte da bacia é a mais importante, e que comanda por assim dizer as dimensões e a forma da escavação e muitas vezes até do estreito inferior.

Baseado sobre a noção de que ha certa relação entre as dimensões externas da bacia e suas dimensões internas, Baudeloque propoz a **pelvimetria externa**, metodo que ainda hoje traz o seu nome. Para tal fim, usa-se o pelvimetro, instrumento em forma de compasso, pelo qual mede-se as distancias externas, entre pontos de referencia fixos e convencionados. Assim temos: o diametro bi-espinhoso (B. E. 24 cm.) tomado de uma espinha ilíaca antero-superior á do lado oposto; o bi-erista (B. C. 28 cm.) da parte mais alta de uma crista ilíaca á outra; o bi-trocanteriano (B. T. 32 cm.) de um trocanter á outro, que apesar de não ser um diametro da bacia, apresenta no entanto uma certa proporção com os diametros internos. Estes tres diametros avaliam a extensão das dimensões transversais do estreito superior, fazendo supor uma redução destas, toda a vês que estiverem diminuidos de certa maneira. Para avaliar a distancia antero-posterior, Baudeloque mede a distancia entre o bordo superior do pubis e a parte superior da apofise espinhosa da 5.<sup>a</sup> vertebra lombar. E' este o sacro-pubiano externo (S. P. E. 20 a 21 cm.) chamado diametro de Baudeloque ou conjugado externo. Existe uma certa proporção entre o S. P. E. e o vicio pelvico, sendo tanto mais provavel este enquanto menor fôr aquele. O esquema de Litzmann nos mostra isto de uma maneira clara:

S. P. E.	menor que 16 cm.	vicio pelvico em 100% dos casos
"	entre 16 e 19	" " " 50% " "
"	entre 19 e 21	" " " 10% " "
"	maior que 21	não ha vicio pelvico



Por aí se vê muito bem que a pelvimetria de Baudelocque não se presta para uma avaliação correta da bacia. Este processo, que teve grande voga em sua época, devido principalmente ao renome do autor, hoje em dia não é muito usado, sendo sempre completado por outros métodos.

Um outro processo que não pôde ser propriamente rotulado de pelvimétrico, é o do **losango de Michaelis**. Consiste ele em formar um losango com lapis dermatográfico na parte posterior da bacia, sendo tomados como pontos de referencia laterais, as espinhas ilíacas postero-superiores, (assinaladas nas mulheres bem constituídas, por pequenas depressões) reparo superior a apofise espinhosa da 5.<sup>a</sup> lombar e inferiormente a extremidade superior da prega glútea. Traçado o losango com suas diagonais, temos elementos importantes para avaliar a forma aproximada da bacia. A diagonal transversal divide a figura em dois triangulos sendo o superior o mais importante para nós, pois, pela sua forma e dimensões, nos fornece dados relativos á orientação, forma e dimensões do sacro. A base do triangulo, geralmente de 10 centímetros nos dá a largura da base do sacro. Quando ela está diminuída, existe uma redução paralela das dimensões transversais da bacia. A altura deste triangulo, que mede 4 centímetros, corresponde á orientação do sacro, sendo que a sua diminuição vai ao par com certa anteversão do mesmo. Neste caso trata-se de uma bacia achatada ou lordotica, ou enlão, em casos mais raros, de uma bacia espondilizematosa ou até espondilolistezia. Os lados do triangulo são geralmente iguais nas bacias simétricas, dando-se o inverso nas assimetrias pélvicas.

São estas as sugestões que o losango de Michaelis pôde nos dar, e, como vemos, são dados muito relativos, que muitas vezes não correspondem á realidade. Além disto, ele nos dá noções aproximadas sómente quanto á forma, sendo por isto mais um processo pelvigráfico do que pelvimétrico.

Com a **pelvimetria interna** obtêm-se resultados mais concludentes. Pôde-se praticala com instrumentos ou com os dedos, sendo então instrumental ou digital. A pelvimetria instrumental pratica-se com instrumentos especiais (pelvimetros de Zweifel, Fernando Magalhães, Stein etc.) os quais introduzidos na vagina, medem os diversos diametros internos, principalmente o promonto-púbiano mínimo, que é o unico que se torna diretamente mensuravel por este

processo. Por ser pouco pratica e estar sujeita a causas de erro, é pouco usada.

A pelvimetria digital é executada com facilidade, sendo de uso corrente na pratica diaria. Sua tecnica é simples, consistindo em praticar um toque vaginal procurando atingir o promontorio com a ponta dos dedos, e em seguida marcar com o indicador da outra mão, o ponto em que o bordo inferior da sínfise púbiana toma contato com o bordo radial da mão vaginal. Retirada esta ultima, conservando sempre em reparo este ponto, é facil medir com o pelvimetro ou uma fita metrica, a distancia deste ponto até a extremidade do dedo. A cifra obtida representa a extensão do diametro promonto-sub-púbiano (conjugado diagonal) que vai servir para a avaliação do promonto-púbiano-mínimo, (conjugado verdadeiro). Para obtelo, pois que é o unico que nos interessa, temos que diminuir 5 a 30 milímetros do diametro medido, que é a diferença que se tem verificado na pratica. Esta diferença varia conforme diversos fatores, como a altura, espessura e inclinação da sínfise, assim como a menor ou maior elevação do promontorio em relação á esta ultima. Numa bacia normal o promontorio rarisimamente é acessivel, acontecendo o mesmo quando o promonto-púbiano mínimo é maior que 9 centímetros. Vê-se por aí, que quando se pôde medir o conjugado diagonal, a avaliação do conjugado verdadeiro fica sempre sujeita a determinados fatores, que são ás vezes dificeis de apreender e que estão subordinados á uma interpretação pessoal.

Como acabamos de ver, a pelvimetria interna apresenta vantagens sobre os processos precedentes, pois seus resultados são mais positivos. Entretanto, como ficou dito, nem sempre podemos atingir o promontorio. Outras vezes encontramos falsos promontorios, que podem em certos casos se prestar para erros lamentaveis. Da mesma maneira o exame só pode ser feito convenientemente, depois de um adeantado estado de gravidez, quando a embebição gravidica das partes moles, o permitir.

Um processo de maior valor que o precedente, é a **pelvigrafia de Fochier**, que nos permite recolher um maior numero de dados. Consiste ele na exploração metódica da bacia pelo toque vaginal. Depois de introduzidos, os dedos vão tomar contato com a parte posterior do pubis, do qual imediatamente avaliam a espessura, altura, inclinação. Deslocando-se lateralmente desco-



brem uma superfície lisa, que se prolonga para os lados e para trás e que descreve uma curva representando o arco anterior da bacia. Neste deslizamento para os lados, os dedos procuram seguir o rebordo do estreito superior tomando contato com a crista petinial, eminência ileo-petinea, e linha inominada até onde puderem segui-la. De todo o exame o parteiro deve guardar uma impressão nitida, procurando avaliar o grau de curvatura do arco anterior, e para isso deve ter nitida na memória a sensação de uma bacia normal. Quando se trata de uma bacia nestas condições, o arco anterior tem uma curvatura de 6 centímetros de raio o que corresponde a um diâmetro transversal mediano de 12 cms. Um arco mais fechado, corresponde a um raio menor e por conseguinte a um transversal mediano também menor. Um arco mais aberto corresponde a um aumento do mesmo diâmetro. É esta uma maneira de calcular as dimensões transversais do estreito superior, que não é diretamente mensurável. Por outra, deve-se comparar as impressões colhidas de cada lado, para verificar a identidade de ambos, e descobrir uma eventual assimetria.

Proseguindo o exame procura-se apreciar a conformação do arco posterior da bacia. Os dedos perdem o contato com a linha inominada, por não poderem mais acompanhá-la, pois esta porção da bacia, que corresponde ao seio sacro-ilíaco, é dificilmente explorável. Eles vão então a procura do promontório, que quando é atingido se reconhece facilmente pelos seus característicos, evitando a confusão com os falsos promontórios. Mantendo um dedo em contato com o promontório, e afastando o outro até o ponto que corresponde á cavidade cotiloide, podemos ter uma ideia da distância sacro-cotiloide, diâmetro muito importante para a insinuação. Por último calcula-se a extensão do conjugado verdadeiro.

Esta parte do exame, que explora o estreito superior, é completada pela inspeção do resto da bacia, da qual observamos a extensão assim como a curvatura e altura da face anterior do sacro, desenvolvimento das espinhas ciáticas, arco isquio-púbico etc. . .

Uma vez de posse de todos estes dados procede-se á construção do esquema do estreito superior. Traça-se primeiro em um papel uma linha reta da extensão do conjugado verdadeiro. Depois, partindo de uma extremidade, desenha-se duas curvas

que se reúnem na outra extremidade e que procuram reproduzir o contorno do estreito, de acordo com os dados colhidos. Com a prática consegue-se obter imagens bastante fiéis.

O resultado do processo depende muito do observador. Da habilidade com que ele reproduz as sensações colhidas pelo dedo, decorrendo estritamente de sensações nítidas anteriores, que ele conserva na memória. Daí a necessidade de uma longa aprendizagem para que se obtenham bons resultados. Mesmo praticada por um observador hábil, os resultados podem variar em dois exames sucessivos, indicando assim a imperfeição do método.

Nada mais natural, pois que tentar precisar os dados obtidos, por qualquer processo que não apresente os inconvenientes citados. Foi o que foi feito pela primeira vez por Budin e Varnier, em 1897, apresentando no Congresso de Moscou as primeiras **radiografias da bacia**.

Estes primeiros ensaios não deram entretanto os resultados esperados. De fato, pela própria natureza dos raios (divergência, raios secundários etc.) as imagens radiográficas eram ampliadas, deformadas, e além disto com uma nitidez muito precária, devido á fraca intensidade das lâmpadas usadas. Porem, com o progredir da técnica, os diversos autores foram dispondo de aparelhagem cada vez mais perfeita, permitindo então a aplicação de métodos mais eficazes.

Atualmente diversos processos disputam a primazia. Alguns deles, apesar de serem excelentes, ainda não entraram na prática corrente, pela dificuldade de aplicação, pois necessitam de uma técnica especializada. Assim por exemplo, os processos estereoscópicos, de uma exatidão rigorosamente científica.

Procedendo a estudos sobre os variados processos usados para avaliação da distância pélvica, tivemos ocasião de fazer uma longa experimentação sobre os métodos comuns, e fomos assim levados, em vista dos resultados muitas vezes deficientes, a procurar auxílio na radiologia.

Entre os diferentes processos radiológicos, resolvemos iniciar o nosso estudo pelo de Fabre, que ao par de sua exatidão, oferece a vantagem de ser simples e de fácil aplicação prática.

Fabre teve a engenhosa ideia de radiografar ao mesmo tempo a bacia e um quadrado metálico dentado em centímetros,



colocado o mais possível no plano do estreito superior. A deformação e a ampliação da imagem do estreito superior são proporcionais á ampliação e deformação da imagem das reguas metálicas. Por meio de artifícios especiais consegue-se endireitar a imagem radiográfica.

Posteriormente, este autor verificou que o diâmetro **promonto-púbiano** mínimo está num plano um pouco superior ao plano ocupado pelo transverso, o que desde então coloca os lados do quadrado metálico em dois planos diferentes.

De início tivemos que remover diversas dificuldades por não dispormos de aparelhagem. Não conhecemos também publicações nacionais sobre o assunto, o que nos leva a crer não ter sido ainda aplicado este processo no Brasil.

Depois de um acurado estudo sobre a questão, e baseados em numerosas experiências feitas no vivo e no cadáver, construímos um aparelho que preenchesse as condições técnicas.

O nosso modelo (desconhecemos as minúcias da aparelho original) compõe-se essencialmente de uma peça de madeira servindo de base, sobre a qual está encaixada a regua púbiana. Na extremidade esquerda existe um encaixe de metal sobre a qual se fixam duas reguas metálicas, móveis graças á uma articulação especial. Na outra extremidade nota-se o mesmo dispositivo, porém a base sobre a qual se articulam as reguas, desliza sobre uma corredeira, permitindo seu deslocamento transversal. Nas suas extremidades livres existe um dispositivo de fendas, destinado a fixá-las sobre as duas outras reguas que completam o quadrado, a regua de metal e a de madeira, e que conforme a bacia são articuladas em alturas variáveis.

A técnica de aplicação, apesar de sua simplicidade exige entretanto bastante delicadeza. Uma fase importante é a determinação dos pontos de reparo externos. Conforme numerosas pesquisas feitas no cadáver, por Fabre e outros autores, ficou verificado que o plano transverso-púbiano corresponde na frente ao ponto de união do terço superior com os dois terços inferiores da sínfise e atrás ás espinhas ilíacas postero-superiores. O plano promonto-púbiano confunde-se com o precedente no seu limite anterior, sendo que posteriormente se acha mais elevado, devendo o ponto de referência estar situado de 2 a 6 cms. acima do precedente, de acordo com a menor ou maior ele-

vação do promontório. Como vemos, a determinação da altura do promontório é muito importante para a delimitação do seu reparo externo. Requer alguma prática por parte do parceiro, que se serve do toque vaginal como meio de exame. Convém até, como aliás sempre temos feito, praticar previamente a pelvigrafia de Fochier, que nos dá excelentes impressões sobre a disposição geral da bacia.

Demarcados estes pontos com lapis dermatográfico, prolonga-se o ponto púbiano para os lados, por meio de uma linha reta, o que facilita a colocação da regua púbiana. A paciente é, então, estendida em decúbito ventral sobre a mesa de exames radiológicos, tendo-se anteriormente colocado um chassis 30×40 ao lado da regua púbiana.

A figura n.º 2 nos mostra exatamente a posição da paciente, do aparelho, da lampada e da placa radiográfica. A regua púbiana fica colocada no ponto de reparo púbiano, em seguida encaixam-se as reguas laterais, que ficam em contato com a paciente, e que vão ser articuladas com as outras duas reguas. A de metal, denteada, é colocada sobre as espinhas ilíacas postero-superiores, e a de madeira, que é articulada com as reguas denteadas do plano promonto-púbiano, fica a alguns centímetros acima.

Quando o aparelho está em posição e a placa radiográfica por baixo do ventre da paciente, procede-se então á colocação da lampada na posição mais favorável ao exame.

Primitivamente Fabre costumava situá-la a 50 cm. de altura e a 20 cm. para atrás da regua púbiana. Mais tarde, para atenuar a deformação e ampliação, aumentou estas distâncias para 65 e 25 cms.

Guilleminot afastou ainda mais o tubo, colocando-o a 90 cm. de altura e a 35 cm. para atrás da regua púbiana. É a técnica melhor, pois amplia menos a imagem, tornando possível o emprego de placas 30×40.

Empregamos 140 volts, 60 miliampérs e geralmente 10 segundos de pose. Devem ser evitados os raios muito penetrantes que atravessem o promontório sem dar imagem.

Obtido o film, depois de revelado, fixado e lavado, é fácil então desenhar em tamanho natural o esquema do estreito superior. Em primeiro lugar reforça-se com lapis o contorno do estreito. Depois traçam-se linhas retas entre os dentes opostos, ficando então a imagem desenhada sobre uma malha quadriculada cujos quadrados deformados correspondem no plano do es-



treito superior a pequenos quadrados com 1 cm. de lado. Tomá-se então um papel quadriculado para desenho, que se encontra com facilidade no comercio, e reproduz-se a lapis a curva do estreito, tomando como reparo as intersecções com as linhas traçadas sobre o film.

O desenho obtido representa com fidelidade o contorno do estreito superior. Póde-se então medir diretamente os diâmetros transversos e o conjugado verdadeiro, que serão bastantes exatos para uma aplicação correta. A mensuração direta dos outros diâmetros, fornece resultados muito aproximados para serem tomados em consideração.

Nas bacias assimetricas ou melhor nas grandes assimetrias pelvicas, os resultados, pelo menos teoricamente, não são precisos, sendo no entanto mais do que suficientes para a pratica, pois os outros processos de que dispomos (pelvimetria externa e interna) são ainda mais deficientes.

Tivemos ocasião de radiografar doze bacias, obtendo sempre imagens bastante nitidas. Os resultados sempre estiveram de acordo com os dados colhidos nos exames externo e interno.

As figuras 3 e 4 representam uma ra-

diografia de uma bacia achatada no sentido antero-posterior, com o seu esquema.

As figuras 5 e 6 nos mostram a radiografia de cadaver, no qual verificamos por modelagem as cifras obtidas. Como se pode ver muito bem, a exatidão foi bastante rigorosa, demonstrando o valor do processo. O molde obtido do estreito superior, correspondia surpreendentemente ao esquema da radiografia.

O processo póde ser aplicado em qualquer gestante, pois a curta exposição aos raios é completamente inocua tanto para a mãe como para o feto. Nas proximidades do termo torna-se mais difficil obter imagens nitidas do promontorio, alem do que, muitas vezes é insufficiente a placa 30×40. É preferivel, pois, para obviar estes inconvenientes, praticar o exame antes do 7.º ou 8.º mez.

Uma das vantagens incontestaveis deste processo, é que permite a avaliação de uma distocia sem exame interno. Este fato é de grande importancia pratica, pois torna possivel, num exame prenupcial, determinar facilmente um vicio pelvico.

A radio-pelvimetria pelo processo de Fabre é, pois, um valioso auxiliar para o parteiro, controlando e precisando os dados fornecidos pelos processos habituaes.

# Casa Carlos Herrmann Ltda.

## Succ. de A. Brockmann & Cia., Porto Alegre

RUA DOS ANDRADAS N.º 1320 - Edificio La Porta  
Caixa Postal 153 - Telephone autom. 4725 - Endereço telegr.: CASERMAN

Deposito permanente e variado de

### Instrumentos e Aparelhos para Cirurgia Medica

Moveis asepticos para salas de Operações e consultorios

Sortimento completo de Seringas hypodermicas, nuas e completas.

Agulhas de aço, nickel e platina em todos os comprimentos e diâmetros.

### FILMS PARA RAIOS X

Sortimento completo e variado

### Artigos para Photographia e Odontologia

Cintos abdominaes, Meias elasticas, Esponjas, Filtros, Aparelhos e laminas Gillete, Pastas, Póes, Liquidos e Escovas para dentes.



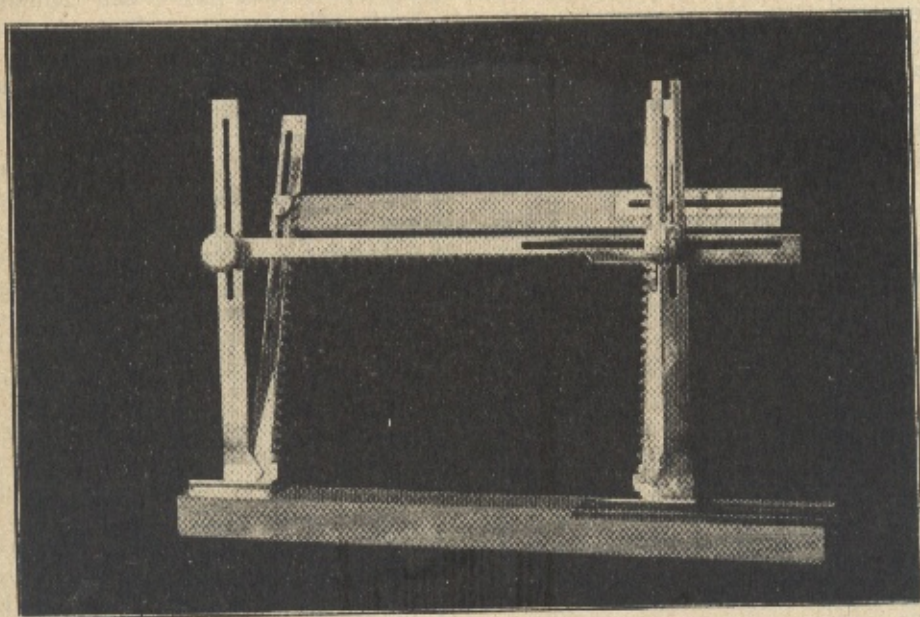


Fig. 1 — Nosso modelo do aparelho de Fabre.



Fig. 2 — Posição do paciente, do aparelho, da lâmpada e da placa radiográfica.



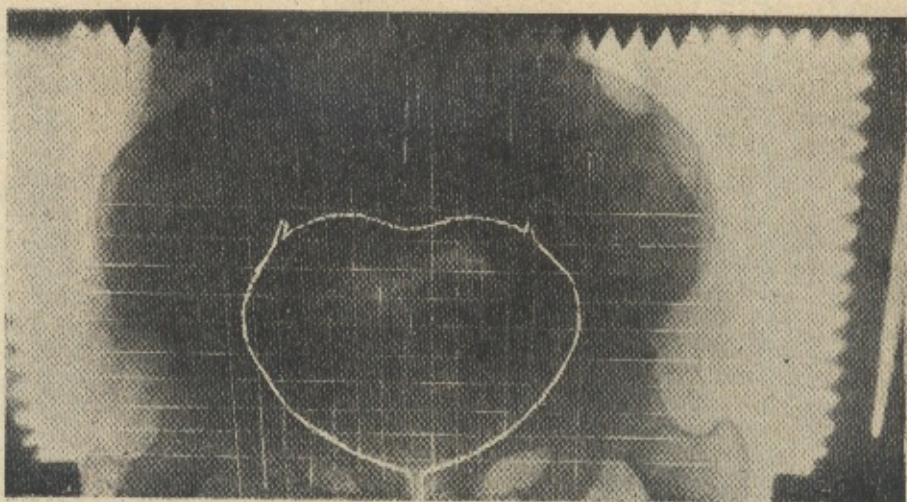


Fig. 3 — Pelvigrafia de uma bacia achatada.

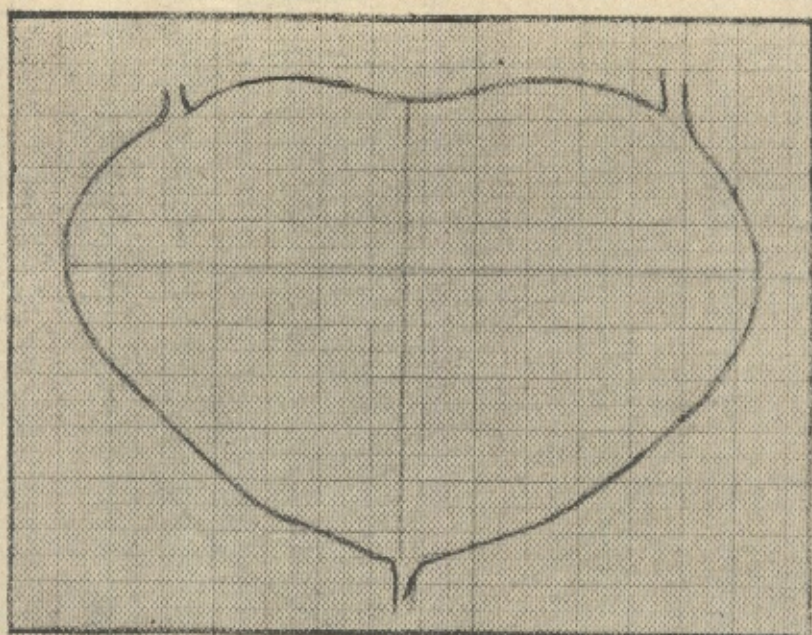


Fig. 4 — Esquema da radiografia anterior.

Promonto-pubiano-mínimo — 8,8 cm.

Transverso máximo — 13,5 cm.

A insinuação se dará em transversa.



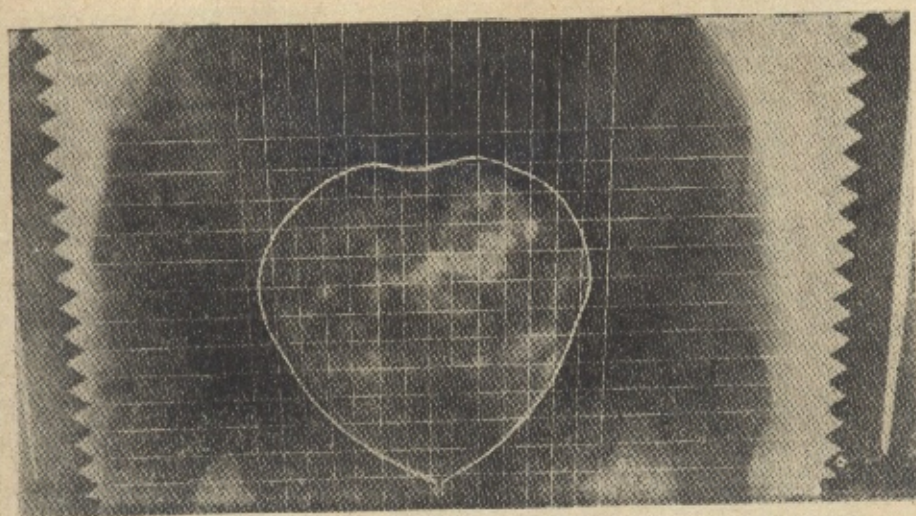


Fig. 5 — Pelvigrafia de um cadaver. Mulher branca de 24 anos.

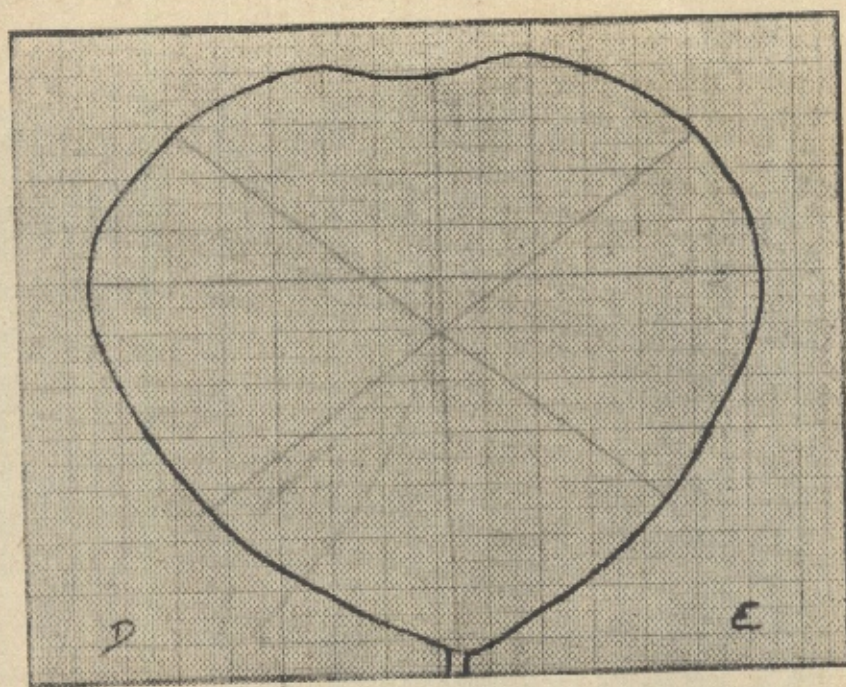


Fig. 6 — Esquema da radiografia anterior.

Esquema — C. verdadeiro - 11,0; T. maximo - 12,9; O. E. - 11,8 O. D. - 11,8  
 Molde do cadaver — C. verdadeiro - 11,0; T. maximo - 12,8; O. E. - 12,0; O. D. - 11,9



CLINICA DO  
PROFESSOR FERNANDO MAGALHÃES  
R. ALCINDO GUANABARA 24  
RIO DE JANEIRO

*A Luteo ovarina  
do laborator clinico Silva  
Araujo e um preparado  
que substitue com vantagem  
qualquer similar estrangeiro  
peis*

*Rio 22 Março 1928  
Fernando Magalhães*

A Luteo Ovarina do Laboratorio  
Clinico Silva Araujo é um preparado  
que substitue com vantagem qualquer  
similar estrangeiro.

Rio, 22 de Março de 1928.

(assignado)

Fernando Magalhães

## Luteo-Ovarina

Fenomenos criticos da  
"menopausa" e da  
"puberdade"  
(irascibilidade, dôres  
de cabeça, neuraste-  
nia, enxaquecas, on-  
das de calor na cabe-  
ça etc.)

## Insuficiencia ovariana

Irregularidades da  
menstruação. — Re-  
gras dolorosas.  
Suspensões. — Vomi-  
tos da gravidez, etc.

Regulador da saude  
feminina em todos os  
seus periodos.



### **CARLOS DA SILVA ARAUJO & CIA.**

Caixa Postal, 163 — End. Telegr.: "BIOLABO"

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Escritorio Central e Sec. de Propaganda:

RUA DO MERCADO, 22 — 2.º andar

Drogaria e Deposito:

RUA 1.º DE MARÇO, 15 — loja

Fabrica:

Rua Dr. Paulo Araujo 199 A e 201

(Engenho de Dentro)

### DEPOSITOS:

em Porto Alegre:

**Fausto Sant'Anna**

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 1257

(antiga Rua das Flores)

em Pelotas:

**Bohns & Carneiro**

RUA MARECHAL FLOBIANO, 115

A' venda em todas as farmacias e drogarias



## Atualidades terapeuticas

# O Sarampo

Pelo dr. Mario Rangel,  
do Rio de Janeiro.

Os nossos bons colegas dos tempos idos, os nossos predecessores, de quem herdamos o mourejar de hoje nas lides da clinica, estavam por certo muito mais desarmados que nós em face do sarampo.

E' bem verdade que esta entidade infecto-contagiosa continú a desafiar a argucia da ciencia, sem ter ainda revelado o misterio de sua etiologia. E continuará, quiçá por muito tempo ainda, a ser enroupada com denominações mais ou menos amplas, que escondam em parte a nossa ignorancia, não ainda vencida, a seu respeito.

Entretanto, no que toca ao capitulo da terapeutica, progressos sensíveis têm sido registrados. A tal ponto, que poderemos vangloriar-nos hoje de que o sarampo, com as suas temíveis complicações, das quais sobressaem as infeções respiratorias, não é mais aquele espantallo de outr'óra, que enchia de terror o coração das mães e cobria de apreensões o espirito do medico dedicado.

A profilaxia do sarampo é um fáto que entrou para o dominio da pratica, apenas limitada pela escassês do agente necessario: o sôro de convalescente.

10 centímetros cúbicos de sangue de um convalescente, de 20 a 40 dias de data da doença. Repouso por 24 horas em tubo de ensaio, na geladeira, asepsia rigorosa, aspiração do sôro e injeção por via intramuscular. O poder immunisante é forte até 2 meses, medio até 4, mediocre até 6.

Quem negará o alto valor deste metodo, em face, p. ex., de surtos epidemicos com carater grave, com exaltação do virus?

Injetado o sôro de convalescente num individuo já portador de sarampo em periodo de incubação, esta febre eruptiva se manifesta e evolúe de modo incomparavel-

mente mais benigno. E não se trata de teorias, sinão de fatos perfeitamente verificados, pelo acompanhar da molestia em diversos grupos de doentes numa mesma occasião epidemica, uns tendo tomado sôro de convalescente, outros não.

Dado o caso de dificuldades de obtenção do sôro de convalescente, ha ainda ao alcance do clinico outro meio, tambem de valia: a hemoterapia materna. A tecnica é das mais simples: 10 cc. de sangue aspirados de uma veia do antebraço materno, injeção immediata na região glútea do doentinho.

A evolução é sempre favorecida para o bom sentido.

Finalmente, uma arma curativa que nenhum medico de hoje desdenha, com cujos efeitos poderemos contar sempre, e que nossos avós não tiveram a ventura de conhecer: a proteinoterapia.

Com a formidável exaltação das forças defensivas do organismo que acarreta, elevando ao maximo as probabilidades de victoria sobre o elemento infectuoso, qualquer que seja ele, a proteinoterapia tem um de seus mais belos triunfos na luta contra o sarampo.

De uma vista de conjunto sobre mais de uma centena de casos de sarampo, de media e de alta gravidade, em crianças de 1 a 10 anos, que nos tem sido dado apreciar, e nos quais sempre recorremos ao emprego de Protinjetol (inegavelmente o expoente ideal da proteinoterapia), podemos afirmar a constancia de sua ação, o debelar rapido das complicações, a convalescência breve, a ausencia de sequelas, a mortalidade nula.

Rio, dezembro de 1931.

Dr. Mario Rangel.

## Já aderiu ao Sindicato?

Faça-o sem demora para compartilhar  
da proxima grande victoria da classe.



Dr. Octavio de Souza

Professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina



Galeria dos „Arquivos“



# Prof. Octavio de Souza

Nasceu, em Porto Alegre, a 25 de Novembro de 1875.

Formou-se em Medicina na Faculdade do Rio de Janeiro em 1899.

Médico da Brigada Militar do Estado em 1903.

Membro do Congresso Médico de Buenos Aires em 1903.

Cathedrático de Clínica Propéutica em 1903 e mais tarde da 1.ª cadeira de Clínica Médica, que até hoje professa.

À enfermaria onde trabalha ha 30 annos, quando da reforma por que passou a Santa Casa, foi dado o nome de DR. OCTAVIO DE SOUZA.

Na gripe hespanhola que assolou Porto Alegre em 1918, foi-lhe conferida a direcção de um hospital.

Presidente da Sociedade de Medicina em 1910.

Vice-director da Faculdade de Medicina, em 1912.

Director da Faculdade de Medicina, em 1914.

Presidente da Sociedade de Medicina em 1931.

Presidente eleito do Syndicato Médico do Rio Grande do Sul, para o segundo período do anno de 1933.

## TRABALHOS PUBLICADOS

Sobre um caso de botriomyose humana (Rev. dos Cursos, 1915).

Meningite cerebro-espinal epidemica (Rev. dos Cursos, 1921).

Leontiasis ossea (Rev. dos Cursos, 1927).

Convulsões na infancia (Hygia, 1927).

Falsos bronchíticos (Hygia, 1928).

Do diagnostico, principaes causas de erros (Aula inaugural da abertura dos cursos, Rev. dos Cursos, 1929).

Esclerodermia progressiva com melanodermia (Arch. Rio Gr. de Med. 1929).

Sobre um caso de abcesso fétido do pulmão (Arch. Rio Gr. de Med., 1930).

Estudo clinico das hematurias (Arch. Rio Gr. de Med. 1931).

Relatorio sobre ensino medico, apresentado ao Primeiro Congresso Syndicalista, reunido no Rio de Janeiro. Relator official. (1931).

Esplenomegalias chronicas do adulto. Monographia apresentada ao 9.º Congresso Médico, reunido em Porto Alegre, em 1926).



# Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Sessão de 30 de Outubro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. Secretario ad-hoc dr. Huberto Wallau. Estavam presentes 38 socios e 3 visitantes. Foi lido o projeto da Regulamentação do Exercício da Medicina no Brasil, enviado pelo dr. Belisario Penna. Antes, o dr. Saint Pastous por largo espaço de tempo discorreu sobre: "O estudo anatomo-clinico e radiologico das apendiculites, foliculites e apendicites propriamente ditas", apresentando um quadro com uma classificação propria destas afecções. O dr. Saint Pastous foi muito aplaudido e felicitado, sendo o seu trabalho elogiado e comentado pelo dr. Octavio de Souza. Em seguida o secretario ad-hoc leu o projeto de Regulamentação da profissão medica. Comentaram-na os drs. Blessmann, Gabino, Mario Totta, Annes Dias e Octacilio. Por proposta unanimemente aceita do dr. W. Job, ficou deliberado que a Sociedade telegrafasse ao dr. Getulio Vargas, chefe do Governo Provisorio, solicitando pronta assinatura do respectivo decreto e ao dr. Belisario Penna con-

gratulando-se pelo mesmo decreto e que a comissão mixta composta de socios da Sociedade de Medicina e do Sindicato Medico do R. G. do Sul se reunisse em breve, para estudar minuciosamente o projeto e numa sessão extraordinaria apresentasse parecer com as emendas que julgasse necessarias introduzir.

Sessão de 6 de Novembro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. Secretario dr. Nino Marsiaj. Foram lidos telegramas do dr. Belisario Penna agradecendo as congratulações da Sociedade de Medicina, pela regulamentação do exercicio da medicina no Brasil e do dr. Rodolpho Josetti comunicando o seu embarque no Rio, para cá. O dr. Plinio Gama apresentou, após, cumprimentos do dr. Josetti á Sociedade de Medicina de Porto Alegre. Leu, tambem, um officio da Sociedade Brasileira de Tuberculose, dirigido ao dr. Josetti e assinado pelo dr. Antonio Fontes, presidente, pedindo áquele que representasse a S. B. de T. em Porto Alegre, delegando-lhe poderes para isso.

## INSTITUTO DR. PEREIRA FILHO

**Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica** — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

**Secção de Parasitologia e Histologia pathologica** — Reconhecimento dos parasitos vegtaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

**Secção de Microbiologia** — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina antigonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-estaphylococcica.

**Secção de Sôrologia** — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

**Reacção de Wassermann (methodo classico).**

**Reacção de Weinberg-Parvu** — diagnostico do kysto hydatico.

**Reacção de Abderhalden.**

TELEPHONE N.º 4.813

Rua Pinto Bandeira, esquina Voluntarios da Patria

PORTO ALEGRE



Foi aceito socio efetivo o dr. Nicolino Roco e socio correspondente no Rio de Janeiro o dr. Ary Borges Fortes.

Em seguida o dr. Guerra Blessmann leu o parecer da comissão mixta da Sociedade de Medicina e do Sindicato Medico do R. G. do Sul sobre o projeto da "Regulamentação do exercicio da medicina no Brasil", o qual foi unanimemente aprovado. Após o dr. R. di Primio leu um trabalho sobre "Alastrim e variola", fazendo considerações sobre as teorias dualista e unicista, mostrando-se francamente partidario desta ultima. Apresentou grande numero de fotografias e quadros estatísticos. Comentaram o trabalho os drs. Thomaz, Decio M. Costa, Octavio de Souza e Ygartua.

### Sessão de 11 de Novembro de 1931

(extraordinaria)

Presidente dr. Octavio de Souza. Estavam presentes cerca de sessenta socios, diversos visitantes, alguns cavalheiros e senhoras. O dr. Octavio convidando o dr. Rodolpho Josetti para sentar-se á mesa, apresentou este distinto colega ao numeroso auditorio, chamando-o de mestre na sua especialidade e manifestando a satisfação com que a Sociedade de Medicina o recebia em seu seio. Tomando a palavra o dr. Josetti saudou os colegas e iniciou a leitura da sua longa, valiosa e interessante conferencia sobre "Colapsoterapia cirurgica da tuberculose pulmonar". Durante mais de duas horas o orador prendeu vivamente a atenção dos presentes; fez um estudo comparativo dos diversos processos cirurgicos para tratamento da tuberculose pulmonar, projetando numerosos graficos, foto e radiografias. Ao terminar, o dr. Josetti foi saudado com calorosa e prolongada salva de palmas. Por fim, fez uso da palavra o dr. Octavio de Souza, felicitando a Sociedade de Medicina pelo brilhante trabalho que teve oportunidade de ouvir.

### Sessão de 13 de Novembro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. Secretario dr. Nino Marsiaj. O dr. Elyseu Pagnoli leu uma conferencia sobre: "A cirurgia nos grandes centros europeus". Discorreu sobre os modernos processos cirurgicos que teve ocasião de observar nas clinicas de Berlin, Paris e Bolonha e terminou exaltando a cultura e o valor da classe medica

brasileira. Fizeram considerações a respeito os drs. Jacy Monteiro e Octavio de Souza. Em seguida o dr. Gaspar Faria falou sobre o pneumotorax, suas vantagens, indicações e contra-indicações, apresentando um caso de sua clinica particular, com radiografias e diapositivos. Comentaram o assunto os drs. Guerra Blessmann e Carlos Bento.

### Sessão de 20 de Novembro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. O secretario, dr. Nino, leu um officio do sr. Secretario do Interior, dr. Sinyal Saldanha, solicitando á Sociedade de Medicina indicar o seu representante para fazer parte do Conselho Consultivo do Estado, criado pelo Governo Provisorio. Exposto e discutido o assunto, foi feita a eleição. Por grande maioria, foi eleito o dr. Plinio da Costa Gama. Deliberou-se comunicar o resultado ao dr. Secretario do Interior. Tomando a palavra, o dr. Hugo Ribeiro opinou que a eleição devia se fazer em uma sessão extraordinaria, no que foi secundado pelo dr. Jacy Monteiro. Apoiada pela maioria, a mesa manteve a sua atitude.

A seguir pediu a palavra o dr. Leonidas Soares Machado, para lêr um resumo de seu trabalho sobre "A mortalidade infantil em Porto Alegre", a ser publicado nos "Anais" da Sociedade. O dr. Thomaz Marianne, em seu nome e no do dr. Pedro Maciel, fez considerações a titulo de "nota previa", sobre um novo syndrome, designado por eles de "síndrome de cardio-baso-arterite". Ele compreende os casos de associação de aortite com pulmonarite e a sua descrição baseia-se, por ora, na observação de 7 casos clinicos.

O dr. Nino Marsiaj communicou um caso de aneurisma da aorta descendente, na altura das 11<sup>o</sup>, 12<sup>o</sup> dorsais e 1<sup>a</sup> lombar, com destruição vertebral e amputação da ultima costela. Deste aneurisma o dr. Saint Pastous conseguiu ótima radiografia, que o orador apresentou. A respeito fez considerações de ordem radiologica, o dr. Pedro Maciel, que citou os trabalhos do dr. Manuel de Abreu, do Rio de Janeiro. O dr. Hugo Ribeiro citou um caso de tinha que observou; apresentou fotografias e salientou a relativa raridade do mal entre nós.

A titulo de nota previa, o dr. Ary Viana fez considerações sobre: "A reflexoterapia abdominal nos casos de atonia gástri-



ca”, apresentando alguns casos com resultados apreciáveis.

Por fim o dr. Jaey Monteiro comunicou um interessante caso de tumor do ventre em que uma laparotomia revelou tratar-se do lobo esquerdo do fígado, muito desenvolvido e extremamente movel. Fez considerações a respeito o dr. Bruno Marsiaj.

#### Sessão realizada em 4 de Dezembro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. O secretario, dr. Nino, leu o expediente, que constava de um officio do dr. Plinio da Costa Gama agradecendo e accitando a sua eleição para membro do Conselho Consultivo do Estado, e de uma carta assinada por “Medico gaúcho” acompanhada de um trabalho sobre “A mortalidade infantil no Rio Grande do Sul”, em 5 copias datilografadas e com o qual o autor deseja concorrer ao “Premio Pedro Benjamin de Oliveira”. Lido pelo secretario o regulamento do referido “Premio” e estando preenchidas as formalidades exigidas, inclusive a remessa do verdadeiro nome do concorrente em um envelope, tipo

comercial, fechado, o qual ficou em mãos do sr. presidente, este procedeu á eleição da comissão que vai julgar o trabalho e respectivos suplentes. Procedida a apuração verificou-se o seguinte resultado: Comissão: drs. Igartua, Raul Moreira, C. Hofmeister, Raul di Primio e Decio Martins Costa. Suplentes: Maya Faillace, Utinguassú e Lisboa de Azevedo, sendo este por voto de Minerva. Em seguida o dr. José Riealdone leu um trabalho sobre: “O pneumotorax na cura da tuberculose”. Comentou os trabalhos ultimamente apresentados sobre a terapeutica cirurgica da tuberculose e que na sua opinião foram injustos para com o pneumotorax. Relatou as opiniões das maiores autoridades no assunto, descreveu com minucias a tecnica da toracoscopia e da operação de Jacobaens, expondo grande numero de gravuras e radiografias e terminou apresentando um caso que operou na Santa Casa. Uma salva de palmas saudou as ultimas palavras do orador. Discutiram o assunto os drs. Carlos Bento e Gaspar Farias.

## A NOVA

# Farinha lactea Nestlé

CONTEM EXTRACTOS VITAMINADOS  
DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU  
(SEM MODIFICAÇÃO DO SEU CHEIRO,  
COR OU SABOR).



==== AMOSTRAS E BROCHURAS GRATIS ====

# COMPANHIA NESTLÉ

RUA 15 DE NOVEMBRO, 27  
TEL. 4993

CAIXA POSTAL, 602  
PORTO ALEGRE



# PAGINA DA REDAÇÃO

## Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Chegados que somos ao fim do corrente ano, é com entusiasmo e contentamento que constatamos o modo raro e brilhante como decorreram os trabalhos da Sociedade de Medicina neste ano, sob a acertada e superior direção do dr. Octavio de Souza, o qual deve de estar plenamente satisfeito, por vêr recompensados os grandes e inteligentes esforços que fez, afim de que a sua gestão não desmerecesse das precedentes e fosse eficiente e produtiva. Que o conceituado professor conseguiu tal desideratum são testemunhas todos os membros da Sociedade de Medicina. Uma linda serie de conferencias, assistencias numerosas, communicações de interesse, trabalhos de valor, publicados nos Arquivos Rio Grandenses e nos Anais da Sociedade. Tres fatos, além dos precitados, tornaram mais saliente a presidencia do dr. Octavio de Souza: a delegação á Sociedade, por parte do General Interventor, da nomeação de um membro para fazer parte do Conselho Consultivo do Estado, a publicação dos Anais, obra de grande vulto e real valor e a apresentação, pela primeira vês, de um trabalho concorrente ao "Premio Pedro Benjamin de Oliveira", instituido ha seis anos. E' de justiça salientar que o illustre presidente da Sociedade, nos seus esforços e realizações, foi dignamente secundado e auxiliado pelos outros membros da directoria, sendo digna de menção a incessante atividade das secretaria e tesouraria. Os "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", órgão da Sociedade, circularam novamente, de Agosto em diante, agradando aos numerosos leitores e conseguindo reconquistar o lugar que ocupavam na imprensa medica da America do Sul.

A atuação do dr. Octavio de Souza e de seus companheiros de directoria foi tão eficaz e agradou tanto, que não duvidamos seja realizado o desejo de grande numero de socios, para não dizermos da unanimidade, de que, na eleição de 18 do corrente, seja reconduzida a atual directoria, para que ós trabalhos da Sociedade de Medicina, em 1932 se revistam do mesmo brilhantismo dos do corrente ano.

P. Alegre, 14 de Dez.º de 1931.

L. S. M.

## Conselho Consultivo do Estado

Conforme se vê da sessão do dia 20 de Novembro, cujos trabalhos saem publicados neste numero, o dr. Secretario do Interior solicitou á Sociedade de Medicina que indicasse o seu representante para fazer parte do Conselho Consultivo do Estado. Por grande maioria de votos foi eleito o dr. Plinio da Costa Gama, destacado membro da Sociedade. Comunicada ao eleito a sua escolha, o mesmo respondeu, com data de 27 de Novembro, nos seguintes termos: "Accuso o recebimento do officio em que me communicaes ter sido eu eleito em sessão de 20 do corrente representante da Sociedade de Medicina no Conselho Consultivo do Estado. Cumpre-me agradecer aos collegas que tanto me honraram indicando meu humilde nome para o desempenho de tal missão. Aceito-a tão somente por consideral-a uma imposição a qual não me é dado furtar-me. Sou com toda consideração e estima o collega e admirador" (ass) Plinio da Costa Gama.

A escolha não podia ter sido mais acertada, pois tanto a Sociedade de Medicina como a classe medica muito podem esperar do eminente associado e brilhante colega, possuidor que farte das qualidades e predicados necessarios para cabal desempenho da missão que lhe foi confiada. Ao conceituado clinico e nosso amigo dr. Plinio da Costa Gama, enviamos os nossos cumprimentos e votos de felicidade no exercicio da nova e alta função.

## "Premio Pedro Benjamin de Oliveira"

Como já foi publicado, o dr. Gastão de Oliveira, querendo prestar uma homenagem a seu extinto pae, Pedro Benjamin de Oliveira, instituiu um premio a ser conferido ao melhor trabalho sobre medicina social ou patologia regional, apresentado até 30 de Novembro de cada ano, em cinco copias, inédito e elaborado especialmente para concorrer ao premio. Apesar de instituido em 1926, ainda não houvera concorrentes. Neste ano, porém, dando maior realce á presidencia do dr. Octavio de Souza, um concorrente que se ocultou sob o pseudonimo de Medico Gaucho, concorreu ao premio, apre-



sentando á Sociedade de Medicina, na sessão de 4 do corrente, um trabalho sobre "A mortalidade infantil no Rio Grande do Sul". Para julgar do merito do trabalho foi eleita uma comissão de cinco membros e que são os drs. Florencio Izartua, Raul Moreira, Carlos Hofmeister, R. di Primio e Decio Martins Costa. São suplentes os drs. Maya Faillae, Utinguassú e Lisboa de Azevedo. O parecer da comissão será apresentado numa das ultimas sessões do ano, quando será aberto o envelope que encerra o nome do concorrente.

### III Congresso Internacional e Terceira Exposição Internacional da Technica Sanitaria de Higiene Urbana

Depois de Praga e Milão, a cidade de Lyon foi designada para o Terceiro Congresso Internacional da Technica Sanitaria e de Higiene Urbana, o que terá lugar nos dias 6, 7, 8 e 9 de Março de 1932.

Este congresso será acompanhado, segundo o uso estabelecido nas precedentes manifestações, de uma Exposição Internacional que se verificará de 7 a 20 de Março de 1932, durante a Reunião da Feira de Lyon.

Para toda a classe de referencias, os interessados deverão dirigir-se ao commissario geral do Congresso e da Exposição, senhor dr. Garin, professor agregado da Faculdade de Medicina, Rua Menestrier, Lyon, França.

#### Fernando Widal

As jornadas medicas de Bruxelas, realizadas em Junho do corrente ano, foram consagradas em homenagem e em memoria de F. Widal, que até ha pouco occupou um lugar eminente na medicina contemporanea. A fisionomia da obra scientifica do grande clinico foi apreciada e dissecada pelos seus alunos, tendo Abrami, na sessão inaugural, falado sobre a "Virtude da Ignorancia". Bezaçon, em belo discurso, estudou o conjunto da obra de Widal e insistiu sobre os seus trabalhos referentes ao bacilo de Eberth, a immunisação experimental contra este microbio, ás infecções estreptococcicas e ao sôro-diagnostico da febre tifoides, precioso auxiliar da clinica.

Ravaut evocou as horas quando, de sua colaboração com Widal, nasceu o cito-diagnostico.

Uma serie de conferencias foram consagradas á patologia renal.

Abrami deu a conhecer as suas pesquisas ainda inéditas que abalam o fragil edificio da nefrose lipoidica mas que trazem uma confirmação á opinião de Widal sobre a retenção renal do cloreto de sodio no curso de certas nefrites.

Merklen, precisou a significação das hipocloremias sobrevindas em certos brigh-ticos e os resultados fornecidos pela terapeutica rechlorurante.

Lemierre, após relembrar as experiencias graças ás quaes Widal demonstrou o papel do cloreto de sodio na patogenia dos edemas, passou em revista as-circunstancias onde o regimen descloretado se mostra eficaz e nos em que ele pôde fracassar.

Pasteur Vallery-Radot concluiu, a proposito das nefrites azotemicas, que de todos os processos propostos desde 25 anos para diagnosticar a retenção dos detritos azotados no organismo e medir-lhes a extensão, a dosagem da uréa sanguinea, preconizada por Widal, é o unico que subsiste na pratica e que utilizado segundo regras bem definidas, fornece os melhores elementos de prognostico das nefrites cronicas.

Ambard, por fim, deu os resultados de suas pesquisas recentes e particularmente curiosas, sobre o metabolismo azotado no homem, pesquisas fundadas no estudo da taxa da uréa plasmatica e do "debit" urinario dessa substancia.

Em algumas horas, os que assistiram a essa serie de conferencias, puderam vêr se desenvolver diante deles, a obra quasi inteira de Widal.

Foi uma justa e bela homenagem a que foi prestada a Widal nas jornadas medicas de Bruxelas, cuja parte principal consistiu na importante serie de conferencias a que acima aludimos.

Pela sua obra Widal conseguiu um lugar de eminencia na medicina franceza e de todo o mundo.

Widal honrou a medicina e engrandeceu a sua Patria.

#### Secção de Vacinoterapia do "Laboratorio Nutrotherapico"

Dando cumprimento ao seu programa de constante progresso, acaba o "Laboratorio Nutrotherapico, do Rio de Janeiro, de montar uma nova e importante secção de Vacinoterapia e Bacterioterapia, achando-se prestes a apresentar á classe medica bra-



sileira os primeiros produtos fabricados no novo departamento.

A parte bacteriológica do Laboratório Nutrotherapico está sob a direção do Prof. Dr. Mario Magalhães, acatado cientista patrio, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e laureado com prêmios de viagem, chefe do Laboratório da Saúde Pública.

O nome do eminente bacteriologista seria por si só suficiente penhor do êxito do empreendimento, si não tivesse ainda a coadjuval-o a reputação inabalável que firmou para o Laboratório Nutrotherapico a pleiade de esforçados técnicos que o dirigem, e a extensão e perfeição das novas instalações.

Serão dados a consumo, dentro de breve tempo, os seguintes produtos: **Vacina antiptiogenica polivalente** (Antiptiovacin), **Vacina antigonococica** (Neisservacin), **Filtro antiptiogeno** (Lóco Antiptiovacin), **Filtro estáflococico** (Lócoestáflovacin), **Vacina Anticoli por via bucal** (Colivacin), **Lactáse** (Fermentos lácteos).

#### Centro Medico do Rio Grande

Em 19 de Junho do corrente ano, foi fundado o Centro Medico da cidade do Rio Grande, com personalidade jurídica e que tem como objetivos:

a) — congregar, prestigiar e defender a classe medica da cidade do Rio Grande, procurando estreitar e manter a mais perfeita solidariedade entre seus membros;

b) — combater superiormente todo aquele que, direta ou indiretamente, concorrer para o seu desprestigio;

c) — adotar o Codigo de Deontologia Medica, aprovado pelo 1.º Congresso Medico Sindicalista Brasileiro e dele fazer propaganda junto á classe medica do Rio Grande do Sul;

d) — combater o charlatanismo, o curandeirismo e a pratica deshonestá da medicina;

e) — promover junto aos poderes publicos e sociedades congêneres a unificação e execução pratica das leis que regem o Brasil o exercicio da Medicina;

f) — resolver de modo digno e pratico as questões profissionais que tenham relação com a classe medica;

g) — estreitar as relações sociais entre os membros da classe;

h) — cuidar dos problemas medico-sociais de maior vitalidade, tendo por finalidade principal a Saude Publica e por mira o engrandecimento do Rio Grande, a prosperidade do Estado e o progresso do Pais;

i) — estudar assuntos medicos estimulando, assim, aos associados, á produção e intensificação de conferencias, observações, notas clinicas, etc.

Só poderão fazer parte do Centro medico: a) os medicos diplomados pelas escolas officiais ou equiparadas do Pais; b) os medicos diplomados em Faculdades estrangeiras, habilitados de acordo com as leis federais.

As sessões serão extraordinarias e ordinarias, sendo que estas serão mensais.

Os estatutos do Centro Medico do Rio Grande foram aprovados em sessão extraordinaria realizada em 16 de Outubro ultimo. Integraram a comissão organizadora os drs: Euclides Miró Alves, Paulino de Mello Dutra, Mario Lacerda Werneck, Isnard Poester Peixoto e Vicente C. Espinola.

O Centro Medico do Rio Grande adotou o Codigo de Deontologia Medica aprovado pelo Congresso Medico Sindicalista, reunido no Rio de Janeiro em Julho deste ano.

#### Anais da Sociedade de Medicina de Alegre

Está a sair do prélo, o numero 1 dos Anais da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, importante volume, magnificamente impresso, contendo todos os valiosos trabalhos lidos nas sessões ordinarias da Sociedade, durante o corrente ano.

De muitos municipios do Rio Grande e alguns Estados do Brasil tem chegado pedidos de remessa da obra. Os drs. Wailau e Nino Marsiaj tem trabalhado ativamente na elaboração dos Anais, que constituirão uma das maiores realizações da imprensa medica brasileira e grande é o interesse geral pelo seu aparecimento. Mais alguns dias e todos terão o justo desejo satisfeito.

Toda a correspondencia deverá ser dirigida para a caixa postal n.º 872.



# Sindicato Medico do Rio Grande do Sul

Está prestes a se findar a presidencia do dr. Gabino da Fonseca, que a exerce desde 28 de Junho deste ano.

O actual presidente do Sindicato Medico do R. G. do Sul deve de estar satisfeito pela maneira como decorreu a sua gestão, difficil por ser a de fundação e organização do Sindicato e durante a qual se cuidou do congraçamento da classe medica e agitou a momentosa questão da regulamentação do exercicio da medicina no Brasil.

Deixaremos ao órgão do Sindicato a tarefa de publicar um relato relativo ao 1.º semestre de existencia do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Ao dr. Gabino da Fonseca, enviamos os nossos cumprimentos pelo modo brilhante como se houve nos 6 meses de presidencia

e pelos notaveis resultados conseguidos pelo Sindicato.

## Boletim do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul

Está sendo distribuido o numero 1 do Boletim do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, sob a direção dos drs. Thomaz Mariante, Carlos Hofmeister e Decio Martins Costa. O artigo de apresentação é da autoria do dr. Mario Totta. O novo órgão será publicado trimestralmente e terá larga circulação.

Ao Boletim nada falta para que tenha grande e franca accitação, o que sinceramente lhe desejamos.

## ANAIS DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Se quizerdes um exemplar, fazei desde já o vosso pedido para a Caixa Postal 872. Os interessados são muitos e a edição é reduzida. - Copiosa e seleta materia. - Medicina, cirurgia e especialidades.


# INSTITUTO DE Radiologia Clinica

Secção Radiodiagnostico:  
DR. SAINT PASTOUS — DR. PEDRO MACIEL


Secção de Radioterapia superficial e profunda  
DR. ARTHUR GRECO

PRAÇA SENADOR FLORENCIO N. 21  
Edificio Wilson - Tel. 5424  
PORTO ALEGRE





# REVISTA DAS REVISTAS



Traduzimos da "Gazette des Hopitaux", n.º 5, de Julho 931.

**A Vacina de Friedmann.** Léon Bernard relatou á Academia, um manifesto recentemente publicado pelo Comité Central alemão de luta contra a tuberculose, manifesto assinado pelas notoriedades da tisiologia alemã, onde não sómente faz-se justiça das caluniosas imputações lançadas a essas altas personalidades por certos adeptos da vacina de Friedmann como, tambem, são lembradas as conclusões de todos os trabalhos experimentaes e clinicos que demonstraram a inefficacia preventiva e curativa deste produto.

L. S. M.

**Sobre la leche descremada, acidificada con acido lactico — por la dra. Maria Luisa Saldun** (Archivos de Pediatria del Uruguay, n.º 4, abril de 1931.

A autora faz brilhante estudo dos leites acidos usados e do leite acidificado com acido lactico e previamente descremado. Usa-o em vez do babeurre e, afirma, com resultados completamente satisfatorios. A tecnica da preparação é muito simples e facilita a preserção em domicilio. Descrema-se o leite, ferve-se e retira-se logo do fogo, deixando-o esfriar até 36 ou 37°. Junta-se então, para cada litro de leite, 6 a 8 cc de solução de acido lactico a 75%. Ao usar, adiciona-se assucar a 5%.


A principal indicação do leite acido é nos transtornos nutritivos com diarréas agudas. Póde-se usar com farinhas a 2%, ficando uma sopa agradável.

### Conclusões:

O leite acido é um excelente alimento para criancinhas, indicado nos seguintes casos:

- 1) No tratamento dos processos diarréicos de origem digestiva, em lactantes submetidos á alimentação artificial.
- 2) Na alimentação de criancinhas, prematuros ou debeis congenitos, quando não seja possivel administrar-lhes leite de peito.
- 3) Nos transtornos nutritivos sem diarréas, como alimento complementar do leite de peito.
- 4) Adicionado ao leite de peito, em doses repetidas, para abreviar o periodo de reparação nos casos de distrofias graves.
- 5) Nas crianças que não toleram o leite de vaca natural.
- 6) No tratamento dietetico de alguns casos de vomitadores habituaes. Aqui os resultados são variaveis e dependem de diversos fatores.

L. S. M.



## Cylargyl

**INJECCÕES INDÓLORES**

DE CYANETO DE MERCURIO

TRATAMENTO EFFICAZ

DE TODAS AS FORMAS

E PERIODOS DA SYPHILIS

Producto do  
**Laboratorio Moura Brasil**  
Rio de Janeiro.

Queiram os Srs. Clinicos pedir  
amostras a

**A. S. LOUREIRO**

Galeria Municipal, 15 - P. Alegre



### Tratamento das artrites tuberculosas pelas injeções de sulfato de zinco.

N. von Hedry (2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica de Budapest).

(Archiv für Klin. Chirurgie, 43, 1929).

Em uma série de casos de tuberculose do cotovelo e do punho, Von Hedry conseguiu notáveis melhoras e uma boa percentagem de curas, pelas injeções intra-articulares de uma solução glicerinada de sulfato de zinco a 10%. Tempo médio de tratamento, 3 meses.

Após desinfecção rigorosa da região e anestesia local pela novocaina, a injeção é praticada através de uma fistula, e, na ausência dela, pelos tecidos, sob controle pelos raios X.

A dose máxima dessas injeções é de 2 a 3 cc. Repetição ao cabo de 15 dias. Após a terceira aplicação as fungosidades começam a atrofiar-se, diminuindo também a secreção. Frederico G. Falk.

### Epididimites e clorureto de calcio

Inspirando-me numa pequena noticia publicada ha uns 3 anos, no Münchener Wochenschrift, introduzi na Enfermaria Dr. Wallau o tratamento das epididimites, de qualquer natureza, pelo clorureto de calcio.

O tratamento é muito simples. Em dias

alternados applica-se ao paciente uma injeção intra-venosa de 10 cc de clorureto de calcio a 10%. Tratando-se de um sal de calcio, a injeção naturalmente deve ser feita de modo lento.

Bastam 3 a 4 injeções para se obter a cura. Por enquanto, o metodo foi coroado de exito em todos os casos. Apenas na clinica particular tive um insucesso em epididimite traumatica. Em todo caso, não houve supuração, mas o calcio não conseguiu abreviar a marcha do processo inflamatório. Talvez concorresse para o insucesso o fato de eu ter empregado um preparado estrangeiro, quando, na S. Casa sempre empregamos soluções recentemente preparadas. Frederico G. Falk.

**Paludismo no Uruguai.** — Tabil communica que até 1927 não se haviam observado anófeles na Republica do Uruguai; mas depois foram encontradas varias especies; sem embargo, não existe, absolutamente, o paludismo autoctono, devido á zoofilia predominante nos vetores locais, á pouca densidade da população rural, á raridade dos portadores de germens e ás condições meteorologicas do paiz.

(Bol. da Off. San. Panam. — Maio 1931).

L. S. M.

EXIJA

o

*Café Nacional*

como garantia de  
um produto puro





**A Higiene do leite em San Domingo**

(Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana — Maio de 1931).

Por uma resolução de 7 de Fevereiro, e com o fim de exercer maior control sobre o leite vendido á população de São Domingo, a "Secretaria de Sanidad, Beneficencia y Obras Publicas" vac analizar em seus laboratorios todo o leite que entre na cidade, distribuindo-o dali aos diferentes mercados. Os mercados que não se conformem com as condições exigidas pelo Código Sanitario, serão fechados. Os vendedores ambulantes de leite serão suprimidos em absoluto.

L. S. M.

**Paludismo — Um caso autoctono a 3.442 metros de altura.** — Mazza e Calera Vital descreveram um caso autoctono de paludismo em La Quiaca, Argentina, a 3.442 metros acima do nivel do mar, observado em uma menina de 4 annos de idade que jamais abandonara a terra natal. (Bol. Off. San. Panam. Maio 931).

L. S. M.

**Tratamento do paludismo infantil. —**

Por M. Gesteira. (Rev. Sud-Amer. Méd. & Chir., setembro 930). Gesteira recomenda o tratamento do pediatra japonês Suziki para o paludismo na criança. Segundo as experiencias de M. Gesteira, a via retal é nitidamente superior á bucal, igual á intramuscular e só cede á venosa, como demonstram numerosas observações de paludismo infantil. Suziki recomenda o emprego de soluções de 1 por cento. O autor experimentou o metodo em 3 casos e o resultado foi excelente, pois não sómente os enfermos toleraram admiravelmente os clisteres, como se curaram completamente. Modificou-o levemente, juntando 10 a 15 centigrs. de azul de metileno, para reforçar a ação do quinino e observar, pela cor da urina, a absorção da lavagem. O preparado quinínico que prefere é o clorhidrato neutro.

(Extraído do Bol. da Off. San. Panamr.)

L. S. M.

Instituto de Radiologia

**Dr. Nestor Barbosa**

Diretor do Gabinete de Radiologia  
da Santa Casa de Misericordia

Com curso de especialização em Paris e Berlim



Consultorio:

Galeria Chaves - Rua dos Andradas

Telephone n. 5239



Lemos nos "Archivos de Biologia", n.º 162:

**Póde o suor do operador ser causa de contaminação do campo operatorio?**

O Dr. Mario Romeo ("Giorn. di Batt. e Immun." Novembro 1930, pag. 1675) fez uma serie de pesquisas com o fim de estudar o conteúdo bacteriano do suor e as propriedades patogenas dos germes nele contidos.

O A. verificou que as gotas de suor recolhidas na frente dos cirurgiões, durante a execução de intervenções praticadas em lugares quentes, eram estereis, na maior parte dos casos (69,2%). Nas outras observações (30,7%) obteve o desenvolvimento de um numero escasso de colonias (5-10). Em todos os casos, o germe isolado foi o estafilococcus albus, uma só vez registou-se a associação do bacillus subtilis. Tanto um quanto o outro não mostraram ser patogenos para o ratinho.

Lemos nos "Archivos de Biologia" n.º 162:

**Novo reativo para a pesquisa da glicose a frio.**

Fr. Leti ("Il Policlinico, Sez. prat." 1931 n. 2) descreve um reativo que revela a glicose nas urinas, a frio. O reativo é

obtido fundindo em capsula, de prata, hidrato de sodio e subnitrito de bismuto e pulverizando o produto. O pó assim obtido é higroscopico e termogeno. Coloca-se em um provete um pouco de pó (30-40 centgrs.) e derramam-se em cima 1 a 2 cc. de urina. Si a urina contem glicose, o pó toma uma cor preta.

Lemos nos "Archivos de Biologia n.º 162:

**Tratamento da asma pela anestesia geral.**

Troisier e Boqueu ("Soc. Med. des Hôpitaux", Fevereiro 1931) propõem tratar os asmaticos graves, rebeldes á terapeutica comum, pela anestesia geral com a mistura de Schleich. O doente é preparado antes com um tratamento de vitamina e recebe uma ultima injeção uma hora antes da anestesia.

Esta deve ser completa e prolongar-se por tres quartos de hora.

Os AA. viram o mal asmatico desaparecer imediatamente e o doente ficar curado durante diversos meses. A explicação destes resultados favoraveis não é facil. Entretanto, sabe-se que Besredka conseguiu suprimir o choque anafilatico nas cobaias sensibilizadas com o soro de cavalo, praticando a injeção provocadora sob anestesia.

# INSTITUTO MEDICO

**Dr. Carlos Bento**

**Dr. Nicolino Rocco**

CLINICA MEDICA E DE CRIANÇAS  
AFFECÇÕES PULMONARES  
EX-INTERNO DO PROF. ANNES DIAS  
ASSISTENTE DO PROF. THOMAZ MARIANTE  
ASSISTENTE DE CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
MEDICO DA SANTA CASA  
PRATICA DOS HOSPITAES DO RIO DE JANEIRO

CLINICA MEDICA  
TUBERCULOSE-SYPHILIS  
PRATICA DOS SANATORIOS  
DE MINAS GERAES E  
HOSPITAES DO RIO DE JANEIRO

RAIOS ULTRA-VIOLETAS · DIATHERMIA · ALTA-FREQUENCIA

**RAIOS X**

RADIOTHERAPIA SUPERFICIAL

TUBERCULOSE: Prophylaxia e Tratamento pelos Methodos Modernos

Methodo de FRIEDMANN e PNEUMOTHORAX THERAPEUTICO

REGIME HYGIENICO DIETETICO

CONSULTORIO - RUA ANDRADE NEVES 275 das 15 ás 19Hs.



# Gravissimo caso de decomposição alimentar

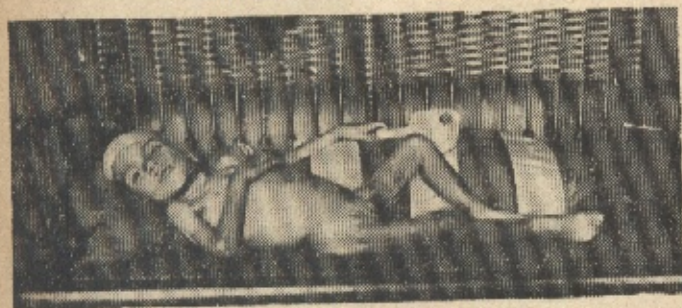
## Centenas de casos identicos

Doentinho da clinica do Dr. Oswaldo Pontes —

Praça Pedro 2º n.º 1. — Manaus.

Estado do Amazonas

ANTES DO TRATAMENTO



Eurico Sergio, aos 16 mezes de idade

Manaus - Agosto de 1930. (a) Dr. Oswaldo Pontes.



Eurico Sergio, aos 24 mezes de idade  
Depois do tratamento pelo "Cazeon" nova fórmula

**CAZEON**  
NOVA FORMULA

ACÇÃO ENERGICA  
DIGESTIVA  
ANTI-VOMITIVA  
ANTI-DIARRHEICA

Mistura-se ao leite ou qualquer alimento

**Diarréas e Vomitos alimentares da criança**

**Gazeon**

NOVA FORMULA

Fosforocaseinato de calcio nascente e Citrato de sodio nascente

Tem as mesmas indicações do leite albuminoso, Buttermilch, etc.

Poderoso antidiarreico, antivomitivo e digestivo. Fortificante devido ao fosforo e calcio e alimenticio pela caseina.

A nova formula do CAZEON é muito bem imaginada e cientificamente preparada. O caseinato e o citrato se encontram reunidos em proporção quimica exata para a necessaria reacção e combinação, porém o primeiro não é de calcio e nem o segundo é de sodio. Somente depois que se junta o pó á agua ou leite, é que se formam estes dois sais; daí serem considerados nascentes.

Filial em **PORTO ALEGRE** :

**Rua Vigario José Inacio 552**

**Telefone 5284 Automatico**

ADULTOS

**CAZEOMALTE**

Super-Alimento - LAB. NUTROTHERAPICO-RIO

Esta nova formula foi largamente experimentada com grande exito em diversos servicos clinicos de crianças.

É uma preparação unica no genero e a sua superioridade sobre os demais caseinatos é tal que dispensa maiores justificativas. Extraido do leite fresco, alem dos sais de fosforo e nucleinas deste, contem apreciavel dose de fosforo combinado á caseina e tem valor alimenticio, mereê desta.

Mistura-se facilmente ao leite, e tem, alem de outras propriedades, a de neutralizar a fermentação dos acidos graxos inferiores, presentes nos estados diarrheicos.

O caseinato de calcio nascente atua eficazmente como antidiarreico e o citrato de sodio nascente, alem de sua conhecida acção antivomitica, muito importante nestes casos, (intoxicação alimentar em geral), tem propriedades antidiarreicas, quando administrado em pequenas doses, como acontece em CAZEON.