

Trabalhos originaes

Diagnostico da tuberculose pulmonar Trabalho da Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose

Dr. Aloysio de Paula

Assistente da 3.^a cadeira de Clinica Medica
Da Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose

1.^a memoria

- 1) Bases do diagnostico.
- 2) Inicio da doenca e diagnostico precoce.
 - a) Considerações gerais;
 - b) Inicio apical;
 - c) Infiltrado precoce;
 - d) Inicio agudo e insidioso;
 - e) A parte da radiologia.

Bases do diagnostico

Para que haja tuberculose pulmonar doenca é indispensavel a presenca de lesões especificas, dotadas de um certo grau de atividade morbida, no seio do tecido dos pulmões. Tais lesões, resultantes de um processo invasor do bacilo de Koch, determinam alterações da textura do órgão, evidenciaveis pelos meios fisicos de exploração.

O diagnostico fisico da tuberculose pulmonar tem por fim evidenciar tais modificações texturais operadas no seio dum órgão de estrutura especial. O processo inflamatorio pulmonar agudo dá lugar a uma alveolite exsudativa bem conhecida, que é a unidade do processo tuberculoso pneumonico. Em geral, tal processo é extenso, a tuberculose pneumonica tendo tendencia a invadir grandes zonas pulmonares, lóbulos inteiros, a ponto de ter como expressão frequente a tuberculose lobar ou lobite tubercular.

Esses tipos se apresentam clinicamente sob a apparencia classica da *sindrome de condensação*. Entretanto, a lesão pneumonica tem uma tendencia rapida a se excavar. Observada aos raios X uma pneumonia tuberculosa, vê-se que, uma vez constituída, rapidamente no seu centro apparece uma zona mais clara, de contornos indecisos, correspondendo a uma perda de substancia, por eliminação de material mortificado. E' a cavidade que se forma, constituindo-se assim uma *sindrome de rarefacção*, ou *sindrome cavitaria*.

Por fim, as lesões tuberculosas apresentam uma tendencia especial á fibrose. O tecido conjuntivo invade as zonas doentes, substitue-se a elas, preenche os claros resultantes das perdas celulares e, no fim de cer-

to tempo, observa-se que uma antiga zona de tecido pulmonar elastico foi substituida por areas de tecido fibroso, cicatricial e retraetil. Isto dá lugar á *síndrome de retração*.

Na exploração fisica do pulmão tuberculoso, não devemos nunca perder de vista as tres síndromes classicas, que se podem encontrar em estado puro ou se associar, frequentemente, com predominio de um ou outro tipo.

A exploração fisica do aparelho respiratorio, tal como hoje a fazemos, resultante da conjugação de todos os meios de indagação fisica de que dispomos, veio evidenciar a parte que cabe a cada uma dessas síndromes, no complexo da tuberculose pulmonar do adulto.

A atividade morbida dos focos tuberculosos dá lugar a uma serie de disturbios, locais ou á distancia, que se traduzem, clinicamente, por um conjunto de *sintomas* dos mais variados, cuja metodização foi, sobretudo, trabalho dos antigos clinicos, estudiosos da tuberculose. Vão da tosse, expectoração e hemoptises, aos suores noturnos e anorexia. São os que chamam a atenção do doente e fazem com que ele procure o medico, sendo, em ultima analise, uma tradução de atividade lesional. São os dados que o doente nos proporciona.

A atividade bacilar produz alterações e desequilibrio nas mais variadas funções do organismo, o estudo metodizado de tais desequilibrios fornece um conjunto de "tests" que permitem julgar da atividade bacilar, sendo mesmo possivel dar ao clinico, até certo ponto, a sua medida. Dentre eles, destacam-se pela sua universalidade os "tests" hematologicos que passaram para a rotina da especialidade.

Este conjunto de sintomas e provas nos dá elementos que permitem fazer um *diagnostico de atividade*.

Afinal, para que se possa afirmar o diagnostico de tuberculose é preciso a identificação do seu agente causador, o bacilo de Koch, fazendo-se assim o *diagnostico etiologico*. E' a assinatura da lesão, sem a qual não se poderá afirmar o diagnostico de tuberculose, que é muito facil, na pratica corrente, mas em alguns casos difficil, exigindo o emprego de tecnicas especiais, de manejo delicado.

Eis as grandes linhas do diagnostico de tuberculose pulmonar: diagnostico fisico, diagnostico de atividade, diagnostico etiologico.

INICIO DA DOENÇA E DIAGNOSTICO PRECOCE

Considerações gerais

Nossas ideias sobre o diagnostico de tuberculose pulmonar foram sempre influenciadas pelos conhecimentos gerais a respeito do mecanismo especial da infecção bacilar.

Na historia da peste branca, a um periodo de confusão e caos seguiu-se uma fase mais científica, quando se pôde circunscrever, nas suas linhas gerais, os limites do problema. Isto foi possivel graças, sobretudo, a dois meios auxiliares, de inestimavel valor, a identificação do bacilo de Koch e o emprego dos raios de Roentgen.

Um primeiro trabalho foi dar á tuberculose a parte que lhe cabia,

afastando do seu quadro as alterações morbidas de outra natureza. Mas, o que logo os clinicos compreenderam foi que a identificação da doença declarada de pouca valia, pois, em tal caso, tal diagnostico era igual a uma sentença de morte. Nesse periodo o tuberculoso já tinha semeado o contagio em torno de si e até a sua morte, que se aguardava como uma fatalidade, nossa unica atuação era a profilatica, isolando o tuberculoso, lutando contra o contagio.

O que todos os medicos começaram a compreender foi que, sob o ponto de vista profilatico, e quem sabe tambem do ponto de vista terapeutico, o problema da tuberculose era igual ao da sua "depistagem" e, sobretudo, do diagnostico precoce. Foi isso, aliás, que aguçou a curiosidade dos clinicos e, tanto mais, quando começou a surgir a terapeutica baseada no tratamento da doença em inicio.

Assim, a questão do diagnostico precoce nos aparece intimamente ligada com o do inicio da tuberculose pulmonar.

INICIO APICAL

Durante muito tempo, o começo da tuberculose se confundia com a *predisposição morbida* e o candidato á tísica se reconhecia por certas características constitucionais. Os longos cilios, a alvura da pele, a finura do cabelo, o habito astenico, por isso mesmo chamado "habitus phtisicus", eis os estigmas dos tuberculosos futuros.

Tais idéas foram revogadas quando se estabeleceu que a tuberculose se contraía na infancia, a doença do adulto não sendo outra coisa que uma reviveencia da infecção infantil. Da infancia á idade adulta, duas alternativas: ou a criança sucumbia á primo-infecção, ou adquiria aquele estado especial de alegria, ficando em equilibrio instavel em face da doença. Em tal periodo, a infecção se localizava nos ganglios traqueo-bronquicos e assim permanecia até o inicio da idade adulta.

Sob a influencia de causas as mais variadas a tuberculose podia explodir, mas ela o fazia de um modo especial. A tuberculose pulmonar do adulto começava de maneira insidiosa pelo apice (como apice entendemos a porção supra-clavicular do pulmão) e progredia por contiguidade, de cima para baixo, no sentido apico-caudal.

O apice, eis o lugar onde devemos ir buscar as leões incipientes e traidoras da tuberculose. Não é de admirar, pois, que a ofensiva dos propedeutas se dirigisse contra essa parte do pulmão.

Data dessa epoca o complicado sistema diagnostico de Granchet. Graças a ele, era possivel ao medico surpreender os pequenos tuberculos em formação, no apice do pulmão e, assim, fazer o diagnostico do primeiro periodo da tuberculose que se denominava de *periodo de germinação*. Daí era facil acompanhar a marcha invasora das lesões, a conglomeração e depois, finalmente, a fuzão dos tuberculos. Hoje, muito poucos levam a serio as subtilizas propedeuticas de Grancher, não sendo necessario insistir sobre o que Rist chamou de "estetacústica transcendental".

Nesta mesma ordem de idéas, em 1908, um discipulo de Sergent, Stéphan Chauvet descrevia uma zona correspondente á projeção na parede posterior do torax, do apice do pulmão. Ao seu nivel, deviam ser

ouvidas as lesões iniciais da tuberculose e, por isso, tal território ficou conhecido como *zona de alarme*, de Chauvet.

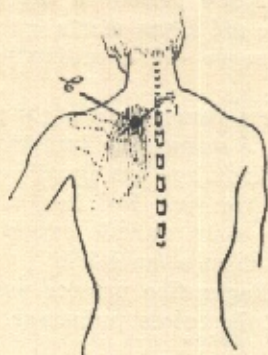


Fig. n.º 1

Zona de Chauvet: C corresponde exatamente ao ápice do pulmão (Romeiro).

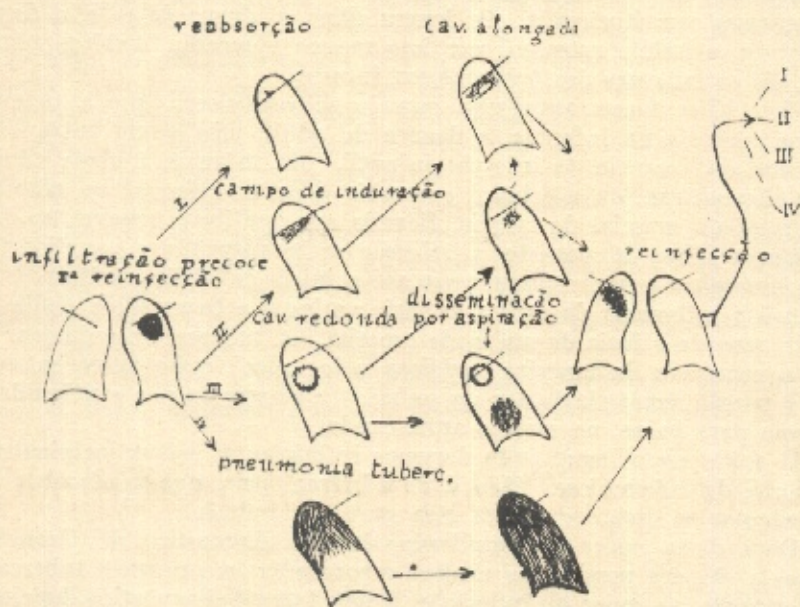


Fig. n.º 2

Esquema ilustrando os quatro modos de desenvolvimento possíveis da infiltração precoce escolhidos entre um grande número (Löfler).

A zona de Chauvet tem o seu centro no meio duma linha réta que parte do espaço compreendido entre as apófises espinhosas da 7.^a vértebra cervical e da 1.^a dorsal ao tuberculo do trapezio de Poirier. Tal zo-

YAMBI

MODERNO ESPECIFICO IODO BISMUTHICO LIPOSOLUVEL

Temos a satisfação de apresentar, á distincta classe medica, o nosso preparado em condições aperfeiçoadas.

Removidas as difficuldades technicas, conseguimos finalmente a solubilisação do sal em oleo de olivas purificado, tornando as injeções

◆ e de perfeita absorção. ◆
absolutamente indolores

Enriquecemos o composto com a introdução de lecithina, de acção tónica.

De nulla toxidez e perfeita tolerancia, o "Yambi" se comporta efficaç e decisivamente no tratamento de todas as formas da syphilis.

Para Adultos: Caixa de 10 amp. de 2 c. c.

Para Crianças: Até 8 annos de idade, dosagem especial,
em caixas de 6 ampolas de 1 c. c.



INSTITUTO PAULISTA DE BIOCHIMICA

São Paulo
Caixa Postal, 3329
Teleph. 7 - 2265

Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha, 151
Teleph. 2 - 5566

Representantes no Rio Grande do Sul:

FAUSTO SANT'ANNA BOHNS & CARNEIRO
Rua Siqueira Campos, 1257 Rua Marechal Floriano, 115
Porto Alegre Pelotas



INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA

Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026_{gs} DE BISMUTHO METALLICO
MEDICACÃO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCÃO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO



Injeções indolores
de

MERCURIO-GLYCEROPHOSPHATO-CACODIATO
PHOSPHARGYRIO

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

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

na correspondência exatamente ao ápice do pulmão. (1) O mais curioso é que os raios X foram postos ao serviço dessas idéas e, como era preciso encontrar adenopatias traqueo-bronquicas na infância, batizaram com esse nome os vasos normais do hilo. Quanto ao diagnóstico precoce somos obrigados a concluir que a radiologia não tinha sido empregada em tal sentido, uma vez que sua aplicação estava subordinada às concepções doutrinárias reinantes. O que se imaginava ser diagnóstico precoce já era diagnóstico da doença constituída.

Eram esses os dogmas da ciência oficial, presidida pela Anatomia Patológica da tuberculose.

Não é possível determinar-se, com certeza, como nasceu a reação contra tais idéas. Mas foi um movimento que, surgindo parelhadamente em vários países e em particular na França e Alemanha, acabou por explodir memoravelmente, em 1928, imprimindo uma orientação completamente diferente às concepções existentes sobre o problema da ti-siogenese.

Em França, era notada há muito uma reação contra a ideia do início insidioso da tuberculose pulmonar do adulto. E' difícil saber de quando data tal reação, pois ela pontilha as descrições dos velhos clínicos francezes, que opunham, áquele modo, o início agudo, ruidoso, com os caracteres típicos duma pneumopatia aguda febril, por eles chamado "início pneumônico".

Citam-se entre os antigos clínicos Lorain, que declarou ser a tuberculose "uma sucessão de pneumonias", frase genial que resume a própria tuberculose.

Os modernos, Bezaçon e Rist, em artigos memoráveis, vinham, aliás, mostrando de há muito a importância, frequência e características dessa forma inicial da doença. O artigo fundamental de Rist e Ameuille, em 1922, cristalizou essa tendência da medicina franceza.

O INFILTRADO PRECOCE

Desde 1925, começaram a se avolumar na Alemanha uma forte corrente de opinião, contrariando as doutrinas reinantes, consagrada na celebre publicação de Assman, de 1927 e no Congresso de Wildbad no ano seguinte Assman examinando aos raios X alunos e assistentes da clinica donde era radiologista, que apresentavam apenas discretos sinais subjetivos de tuberculose notou neles a frequência de um quadro radiológico especial, que constava de uma "opacidade uniforme, arredondada, de contornos indecisos, tamanho variavel, sob a clavícula e parte lateral do torax, o resto do pulmão e, especialmente, os ápices livres". Como si-

(1) A zona de Chauvet passou a ser um lugar comum em Propedeutica, entretanto, em 1929, na sua tese de doutoramento no Rio de Janeiro, inspirada pelo Dr. Velho da Silva, o Dr. Mozart Furtado Nunes se insurgiu contra essa concepção. Em estudos clínicos e radiológicos muito bem conduzidos esse colega mostrou que a correspondência entre o ápice do pulmão e a zona de Chauvet só se observa nos individuos de habito astenico (longilíneos), a separação se fazendo cada vez mais, á medida que caminhamos para o tipo antitético (hiperstenico-brevilíneo).

nais clinicos, quasi nada; apenas, num ou noutro caso, uma hemoptise em pleno estado de saúde. O exame do escarro de taes pacientes mostrava uma expectoração ricamente bacilifera, mesmo quando não era abundante a quantidade de secreção emitida.

Este achado radiologico provocou grande sensação na Alemanha, não tardando a repercutir intensamente em outros paizes. Em 1928, a Sociedade alemã de Tuberculose, do Congresso realizado em Wildbad, discutiu o problema que então se apresentava, tendo tomado parte no debate os maiores tisiologos alemães. Dentre todos, sobresaiu um medico de Dispensario, Redeker, que retomando as verificações de Assman, erigiu sobre elas uma nova *tisiogenese*. O infiltrado precoce, pois assim foi denominada aquela forma da tuberculose, teve assim ligada á sua historia, o binomia Assman-Redeker.

Redeker, que logo foi seguido por grandes especialistas, revoltou-se decididamente contra o inicio apical da tuberculose. Para ele, a tuberculose pulmonar do adulto iniciava-se, abaixo do apice, na região infra-clavicular, e seguia uma marcha variavel, de acordo com o tipo clinico da infecção. Contra as ideias revolucionarias, insurgiram-se os grandes nomes da anatomia patologica que reivindicaram, para os focos apicais, o inicio da doença, tal como era classicamente admitido.

Na doutrina do infiltrado precoce entram conhecimentos varios, a maioria dos quais já consagrados, porem articulados de maneira diferente.

Redeker admite o cancro de inoculação como lesão primaria, representado pelo complexo ganglio-pulmonar. Os resquícios do acidente inicial se encontram, ás vezes, como descoberta radiologica, fato universalmente conhecido, sob a denominação já consagrada de complexo primario duro (radiografia n.º 1).

A tuberculose póde aparecer sob a forma de focos, em torno dos polos do complexo primario extinto, é o que Redeker chama infiltração secundaria. O que se erigiu em torno da infiltração secundaria, não nos vai preocupar no momento, por isso que é talvez a parte mais discutivel da doutrina. A infiltração secundaria explicaria certas formas de tuberculose infantil, conciliando alguns pontos de vista caros aos especialistas alemães.

Na grande maioria dos casos, o inicio da tuberculose do adulto representa a fixação de bacilos de Koch, em parenquima pulmonar são, porem em individuo alergico. Graças a esse estado alergico, o individuo reage a tal foco bacilar pela maneira inflamatória aguda. Temos assim constituído o infiltrado ou infiltração precoce, que, em ultima analise, é um foco de bronco-pneumonia especifica e cuja significação intima é a reação dum organismo sensivel á fixação de germens, em parenquima pulmonar são. Como via de entrada, a reinfeção exógena era consagrada, pois tais estudos se faziam em individuos vivendo em ambiente tuberculoso e, por isso, submetidos a contagio massivo.

O infiltrado precoce representa, pois, o inicio habitual da tuberculose pulmonar do adulto, a sua séde não sendo obrigatoriamente infra-clavicular.

E' esta a sua distribuição, segundo Redeker:

Em 117 casos

Infra-clavicular	— 58
Campos medios	— 38
Campos inferiores	— 15
Sub-clavicular	— 4
Apical	— 2

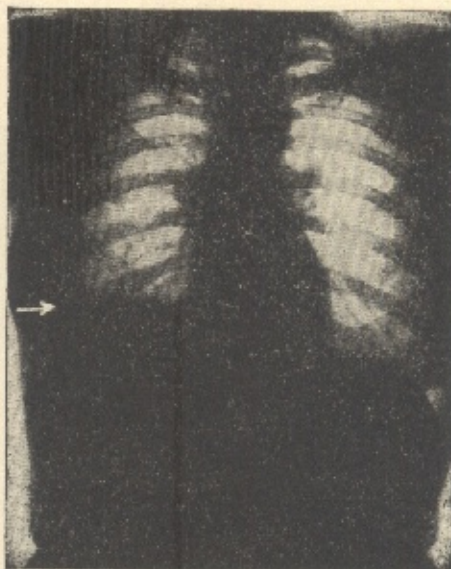
EVOLUÇÃO DO INFILTRADO PRECOCE: A evolução do infiltrado precoce é variavel, de acordo com o conjunto de fatores que influenciam a marcha da doença.

Eis como Löfler a descreve (fig. 2):

1.^a *Hipotese:* Reabsorção e cura espontanea;

2.^a *Hipotese:* Evolução para a fibrose e aparecimento dum *campo de induração*, representado por traves e nodulos de fibrose (transformação conjuntiva);

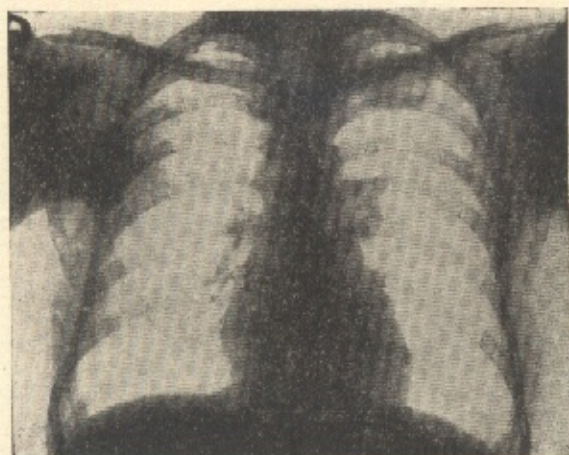
3.^a *Hipotese:* Excavação rapida, formação duma cavidade redonda, de bordos irregulares, *caverna precoc*. Esta ainda é passivel de transformação fibrosa, podendo, graças aos mecanismos de retração, sofrer uma ascensão ou migração para as porções mais superiores do pulmão.



RADIO 1

Complexo primario duro. As setas indicam respectivamente o polo pulmonar encoberto pela sombra do seio e o polo ganglionar. Descoberta radiologica.

Às vezes, a cavidade e o tecido fibroso se combinam de tal forma que, no seio da zona de fibrose, a cavidade permanece, porém modificada na forma (*cavidade alongada*).

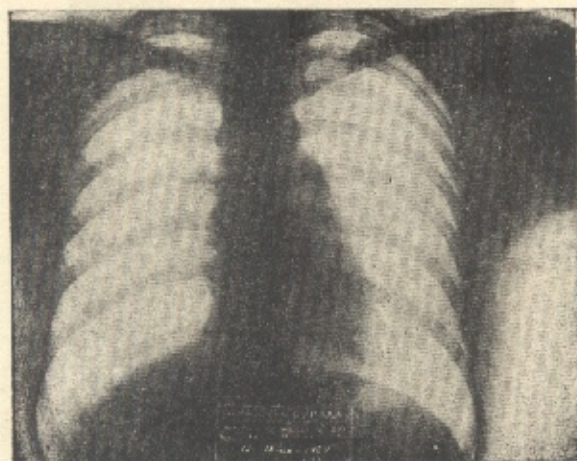


RADIO 2

Infiltrado precoce, já excavado.

Tal fóco pode semear o pulmão homo ou contro-lateral, dando lugar á chamada *infiltração filha*. Esta semeadura se faz por aspiração bronquica;

4.^o *Hipotese*: Extensão do infiltrado precoce e aparição duma pneumonia lobulo-lobar.

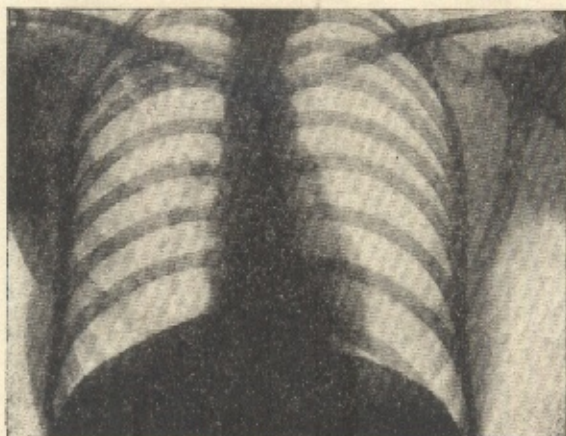


RADIO 3 b

O mesmo doente em 12-5-34. Cura clinica, apos tres anos de tratamento; formação de um campo de induração.

Um novo surto viria repetir qualquer destas probabilidades.

Às vezes podemos encontrar uma reativação em torno dum antigo campo de induração; tal fóco realiza um tipo de infiltração secundária, mas Redeker o denomina, em particular, de *infiltração tardia*.



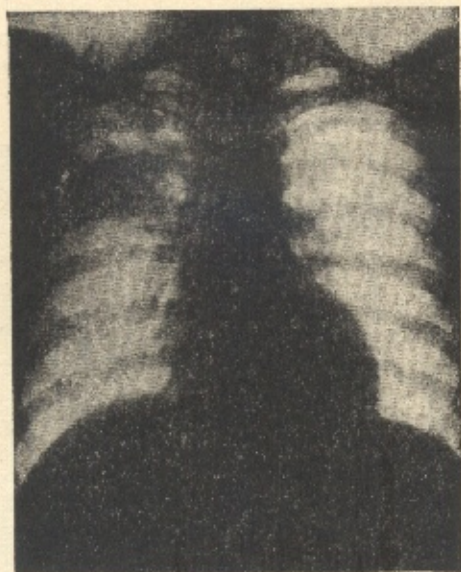
RADIO 3 c

O mesmo doente em 15-7-34. Reativação em torno de um campo de induração: infiltração tardia.



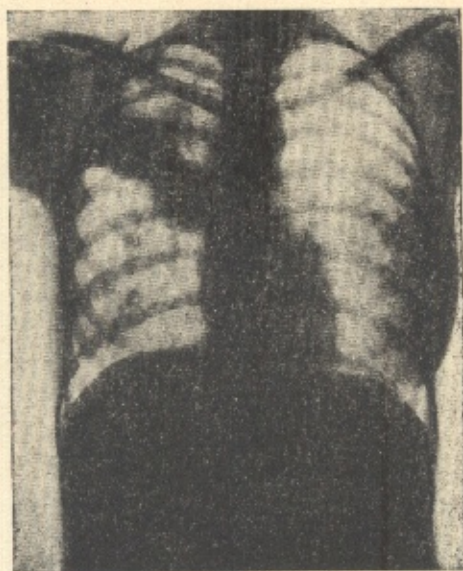
RADIO 3 d

M. L. Início sob a forma de infiltrado precoce que se mostrou de tendência evolutiva grave. Radio de 21-7-31.



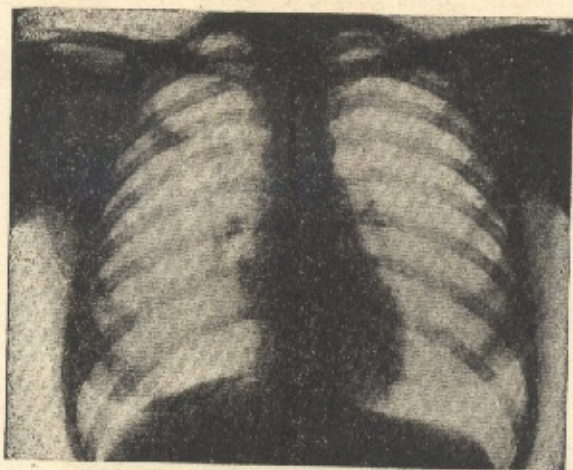
RADIO 4

Infiltração precoce, já com o comprometimento de quasi todo o lóbo superior.



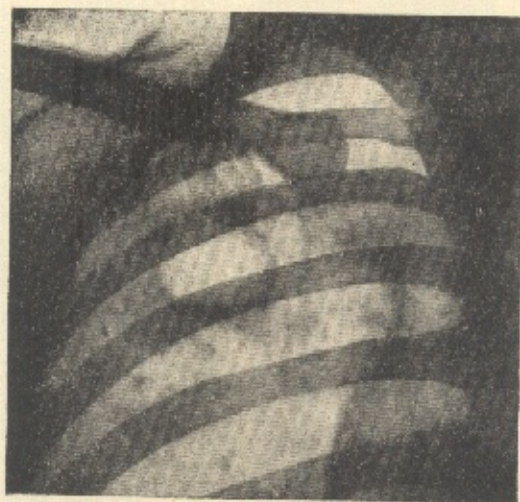
RADIO 5

Evolução altamente maligna do infiltrado precoce. A lesão inicial aparece, de tonalidade densa, limitada inferiormente pela pequena cisura; acima, cavidade redonda de grandes dimensões. Infiltrações filhas homo e contro-laterais.



RADIO 6

Infiltrado precoce em via de reabsorpção.

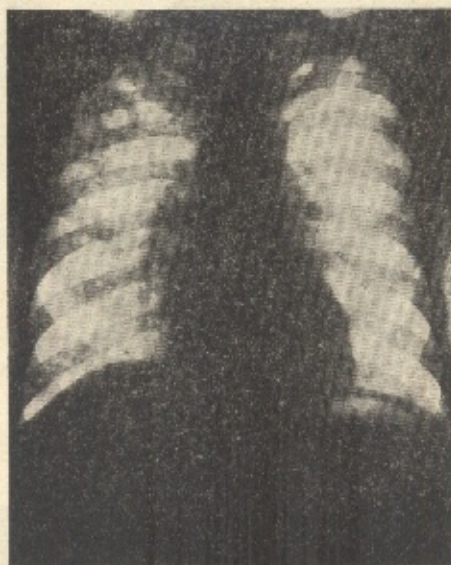


RADIO 7

Caverna precoce em tamanho natural. Foi feita uma leve O. A. E. para melhor evidenciar o campo pulmonar. Pode-se verificar bem a sua sede infraclavicular, seu nível líquido e a permeabilidade normal do ápice.

Aí está, em suas linhas gerais, o edificio doutrinário que via a tuberculose pulmonar do adulto partir do infiltrado precoce. Como se vê, os fundamentos da doutrina da tuberculose tinham sofrido uma profunda transformação e nossas ideias sobre diagnostico teriam que acompanhar essa renovação que se operára. (2)

Os autores francezes não tardaram a fazer uma critica severa ao in-



RADIO 8

Início agudo. J. B. M., 25 anos, bom meio social e familiar. Não se apurou historia de contagio. Ha um mez, de repente, começou a se sentir mal, com dores de cabeça, febre alta, tonteiras, dores toracicas, fraqueza nas pernas e vista escura. Este episodio agudo durou 10 dias, apos os quais ceederam os fenomenos alarmantes, tendo o paciente retomado suas atividades. Notava entretanto uma acentuada indisposição para o trabalho, permanecendo umas dores toracicas difusas, dores de cabeça, embora sem tosse e muito pouca expectoração.

Quando o paciente nos procurou chamava atenção sua palidez e um facies intoxicado. Ausencia de sinais estetacusticos. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. VI). Caverna precoce á direita.

filtrado precoce, sobretudo no reivindicar, para a França, a primazia da descoberta do fato (o nome pouco importa). De um lado, uma serie de estudos realizados em França sobre o inicio agudo, pneumonico da tu-

(2) A tuberculose propriamente do apice, em alguns casos, representa a fixação do foco primitivo no apice, mas, na maioria das vezes, resulta da migração dos focos infra-apicais que, por fibróse ou atelectasia (Redeker) para o apice se transportam.

A tuberculose apical aparece-nos, assim, não mais como uma manifestação inicial da doenca e, sim, como a doenca constituída.

LAC FERMIN

**FERMENTO LACTICO LIQUIDO PURISSIMO SELECIONADO
VIVO E VIVAZ "ASEPS"**

**FERMENTAÇÕES PUTRIDAS INTESTINAIS
ENTERITES COLITES DE ORIGEM ALIMENTAR
AUTO INTOXICAÇÕES DE ORIGEM
INTESTINAL OU INFECIOSA**



**INTRODUZ NO INTESTINO O ACIDO LACTICO EM ESTADO NACENTE
UNICO CAPAZ DE DESTRUIR OS AGENTES INFECCIOSOS
AMPOLAS NÃO INJETAVEIS**

LATENTES { 1 a 2 Ampolas por dia por via oral ou retal.

CRANES PEQUENAS

CRANES ADULTOS { 3 a 6 Ampolas por dia por via oral ou retal.

ADULTOS

BIO THERAPIA ASEPS S.A. - B.A.S.A. U.

B. PACHECO

DIUREPHAN

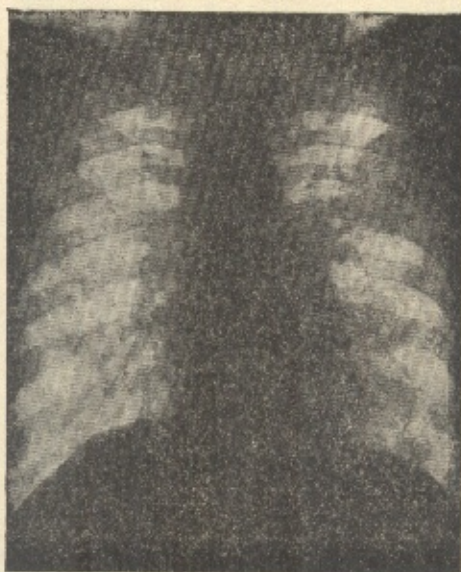


SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO

berculose pulmonar; de outro, um fato ao qual os alemães não deram a atenção devida, a sua localização lobar e limitação cisural.

Os francezes descreviam como inicio da tuberculose uma lesão especial, peri ou juxta-cisurite, fóco pneumonico localizado num lóbo, delimitado pela cisura inter-lobar. Às vezes, era o lóbo inteiro afetado, às vezes sómente uma porção, e Léon Bernard creava para este tipo de lesão o termo de *lobite*, que vem a ser, em ultima analise, o equivalente francez do infiltrado precoce.

Realmente, não se pode negar á França a gloria da ideia do inicio



RADIO 9

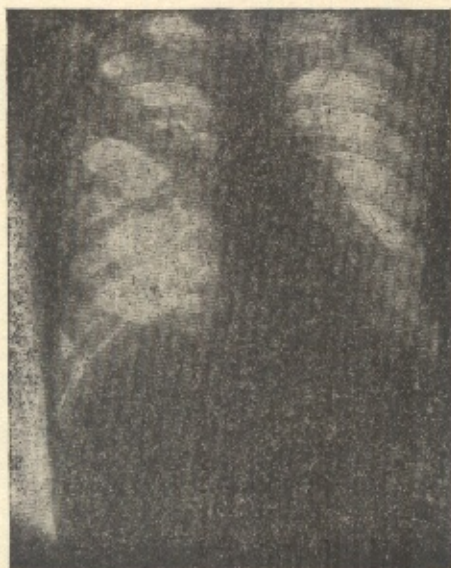
Inicio insidioso. M. B. 26 anos, empregado de botequim, contagio familiar mas-siço. Inicio clinico da doença ha 4 meses, quando o paciente começou a se quei-xar de astenia, emagrecimento, suores noturnos, mal estar e incapacidade para o trabalho. Aparoceram depois, tosse, expectoração e temperatura sub-febril.

Bom estado geral, o exame clinico tenod evidenciado estertores sub-crepitantes finos e medios, alguns de timbre consonante, exagerados pela tosse e audiveis no concavo da axila. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. V) Campo de indu-ração, com cavidade alongada, á esquerda.

pneumonico da tuberculose. Mas a parte mais importante do novo capi-tulo da Tisiologia e as discussões travadas em torno da questão, pelos especialistas alemães, constantes das atas do Congresso de Wildbad, nos dão um testemunho eloquente do que foram, de um lado, as controver-sias sobre a tisiogenese do adulto, e de outro, o edificiodo doutrina eri-gido sobre a base do infiltrado precoce por Redeker. Este, combinando os novos achados radiologicos com a velha e um pouco esquematica clas-

sificação de Ranke, lançou os fundamentos da mais completa visão de conjunto sobre a tuberculose pulmonar do adulto, até então conhecida.

Certamente as concepções de Redeker não são completas, é possível apontar-lhes falhas e nosso maior argumento contra elas é ainda aquele espírito de sistema em que tanto se comprazem os alemães. Mas é certo



RADIO 10

Início agudo. G. C., branca, brasileira, 19 anos, solteira. Início clínico ha 3 meses com febre, tosse, expectoração, suores noturnos, enfraquecimento extremo. Ao exame clínico, doente muito palida, emagrecida, tossindo e extremamente fraca. Anorexia, amenorréia e desanimo.

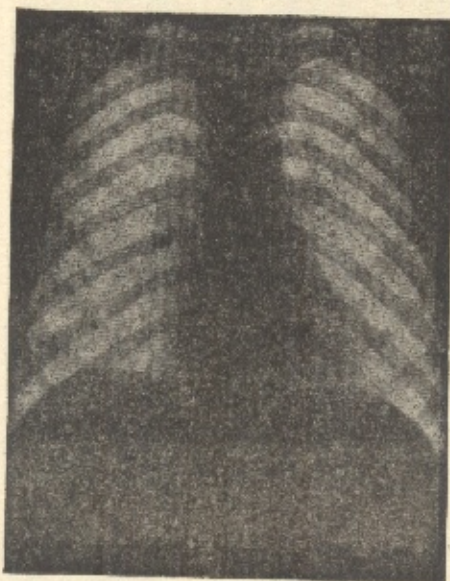
Diminuição de expansão do terço superior do hemitorax direito, sub-massicez difusa nesta região com massicez anterior na região infraclavicular. Aumento das vibrações vocais e estertores crepitantes, exacerbados pela tosse na região infraclavicular direita. Baciloscopia positiva (D. P. 111).

Aspecto radiológico da infiltração precoce, realizando o tipo descrito por Rist sob o nome de juxta-cisurite; a delimitação cisural é das mais nitidas. Abaixo infiltração filha homo-lateral.

que representou a mais seria tentativa para combinar os fatos clínicos, radiológicos, anatomo-patológicos e humorais, num só corpo doutrinário.

Si todas essas noções já eram conhecidas, pelo menos, um grande merito a nova doutrina possuía. Era a de trazer para a explicação do início da tuberculose pulmonar do adulto um conceito vivo de alergia, á semelhança do que Ranke fizera, de um modo geral, para toda a tuberculose. Em vez de um conceito imuno-biológico vago, a alergia tinha adquirido um significado real, explicando o substratum dum tipo clínico definido.

O conceito alergico explicava-nos uma forma clinica, como iria nos explicar, mais tarde, a propria fenomenologia da doenca. Por fim, deu ao pratico uma orientaçao segura quanto a patogenia da tuberculose, e Redeker, na sua qualidade de medico de Dispensario, mostrou as diretrizes solidas para a "depistagem" da tuberculose, esboçando, assim, uma profilaxia segura e um tratamento precoce.



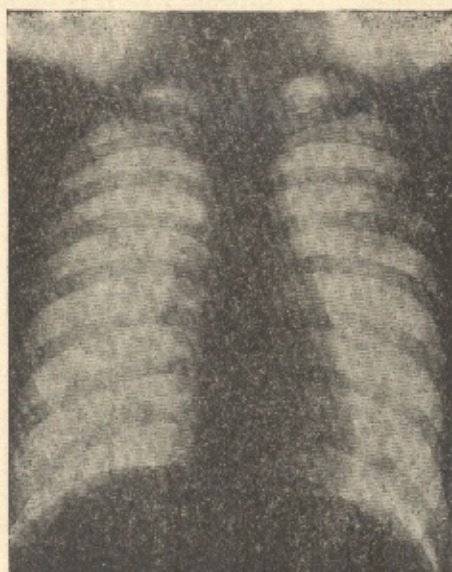
RADIO 11

Inicio agudo. F. A. M. Bom meio social e familiar. Nega historia de contagio. Sua doenca data de 3 meses, tendo se iniciado bruscamente após um dia inteiro de trabalho violento. Passou o domingo inteiro em casa, trabalhando á enxada todo o tempo, exercicio de que já tinha perdido o habito. Com o cair da noite, sentindo-se cansado, tomou um banho frio de imersão. No dia seguinte, amanhecia gripado, com 38° de febre, dores no corpo e dores de cabeça, mal estar e anorexia. Pouco depois, surgia tosse, seguida de expectoraçao. Os fenomenos agudos duraram seis dias, findos os quais, levantou-se, tendo retomado suas atividades. Passada uma semana, foi correr para apanhar um trem e teve uma hemoptise, razao pela qual veio consultar no dia seguinte. Paciente emagrecido, palido, tossindo e com esgarros de sangue. Ausencia de sinais estetacusticos. Expectoraçao ricamente bacilifera (D. P. V) Caverna precoce, á esquerda.

Tais fatos não podiam deixar de repercutir fundamente sobre o problema do diagnostico precoce da tuberculose pulmonar, mudando totalmente a face da questao.

Os focos da tuberculose pulmonar iniciais não devem ser mais procurados no apice e, sim, alhures; por outro lado, não se tornava mais preciso pôr em jogo um sistema propedeutico complicado, só acessivel aos eleitos. O problema do diagnostico precoce se subordina ao conheci-

mento do verdadeiro inicio clinico da doença, exigindo o concurso indispensavel de dois meios auxiliares, o laboratorio e os raios X.



RADIO 12

Inicio insidioso. H. N. 23 anos, militar. Nega contagio. Ha 8 meses, começou a se preocupar com sua indisposição para o trabalho e resfriados frequentes de que era acometido. Temperatura sub-febril (37°,3), astenia, emagrecimento. Estado geral mau, facies intoxicado, ausencia de sinais estetacusticos. Campo de induração á esquerda com uma pequena cavidade alongada.

INICIO AGUDO E INSIDIOSO

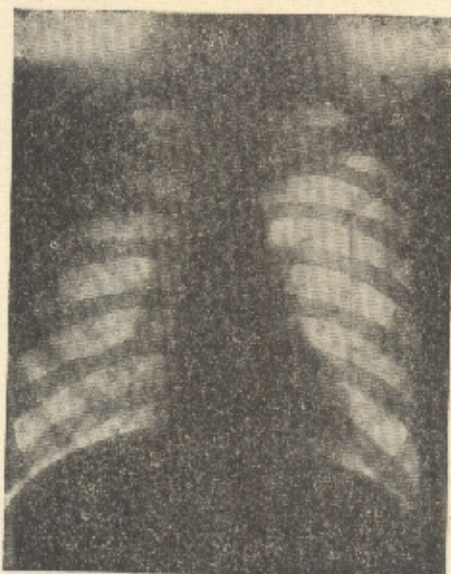
As discussões travadas em torno da questão do infiltrado precoce vieram despertar em todo o mundo científico uma serie de trabalhos visando:

- 1) Séde inicial da tuberculose pulmonar do adulto, apical ou extra-apical;
- 2) Modo de exteriorização habitual, inicio agudo e insidioso.

Os autores francezes a quem deviamos, ha muito, os mais serios estudos sobre o inicio agudo da tuberculose pulmonar do adulto tinham já estabelecido tal proporção.

Foi assim que o Dr. Dudan, aluno de Rist, em 1925 (antes por conseguinte do infiltrado precoce) publicava a seguinte estatística: Em 100 doentes (50 homens e 50 mulheres):

Início insidioso	34 %
“ por hemoptise	6 %
“ “ episodio agudo precedido de prodromos leves	12 %
“ “ epis. agudo sem prodromos	48 %



RADIO 13

Início insidioso. R. G. O. 17 anos, empregado no commercio. Contagio familiar, epileptico. Um mês antes de vir a exame, teve uma forte crise epileptica, tendo passado uma semana sem se alimentar. Sua familia impressionou-se com seu emagrecimento, sobretudo quando surgiram uma tosse seca e, mais tarde, com alguma expectoração. Ausencia de sinais estetaescusticos; o paciente de nada se queixava, a não ser um pouco de tosse e alguma expectoração. Esta mostrou-se ricamente bacilifera (D. P. VI). A radiografia mostrou infiltrado precoce já excavado no terço superior do pulmão direito.

Em 1927 do serviço do Dr. Rist saía uma tése de Marcel Blanche, onde se evidenciava:

Em 200 doentes:

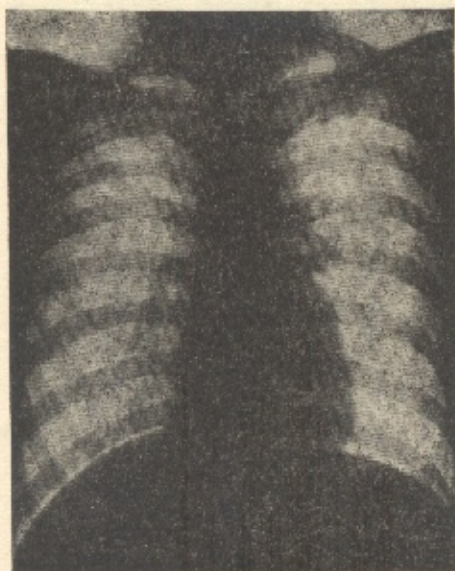
Início progressivo	37 %
“ por hemoptise	13 %
“ brusco	50 %

Os estudos italianos, feitos por Constantini e Soglia no Sanatorio Villa Azurra em Bologna (1931), mostraram em 1294 doentes:

Início lento insidioso	607 casos ou 46.50 %
“ agudo brusco	687 casos ou 53.50 %

Como início agudo, eram considerados os casos que passavam bruscamente do estado de saúde ao de doença.

Em 1929 os autores americanos, Douglas, Pinner e Wolepor, se preocuparam com a questão, mas muito influenciados pelas discussões a respeito de infiltrado precoce, que então, agitavam o mundo científico. Num trabalho, aliás muito bem feito, procuraram opôr, ao início agudo sub-



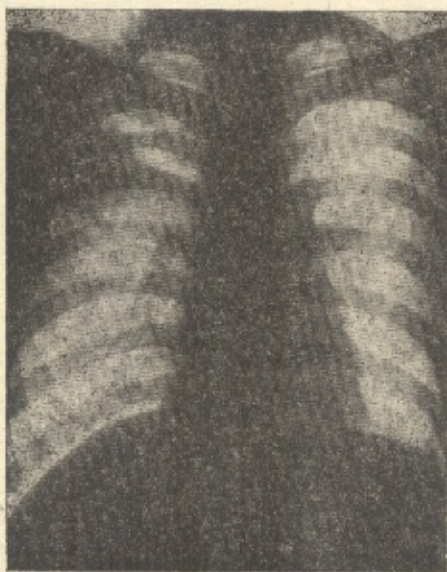
RADIO 14 a

Início agudo. A. C., pardo, 25 anos, barbeiro. Há um mês, subitamente caiu com febre, dores no corpo, mal estar. Pouco depois apareceram tosse, expectoração e suores noturnos. Embora sentindo-se mal, o paciente retomou o trabalho, quando teve uma hemoptise, que o fez procurar no dia seguinte o Dispensário. Indivíduo muito emagrecido, mau estado geral, embora apiretico, no momento. Estertores sub-crepitantes finos e médios, alguns consonantes, na parte inferior do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. VI). A rádio mostra duas cavidades precoces no campo medio esquerdo, juxta-hilares.

apical, o início crônico apical. Foi assim que mostraram que a tuberculose estritamente localizada aos apices é de evolução muito lenta, benigna, a progressão se fazendo através largos períodos de repouso e de larga duração, sem grandes alterações do estado geral e local. A este tipo se opõe a tuberculose sub-apical, de início agudo, tendo como substratum uma infiltração aguda bronco-pneumônica, com rápida tendência á extensão, dando precocemente lugar á cavidade; de caráter maligno, evoluindo rapidamente, com grandes perturbações do estado geral do paciente.

Quanto á incidência dos dois tipos de doença, a estatística apresen-

tada aproxima-se sensivelmente das anteriores. E' facil de vêr que toda essa serie de trabalhos vinha mostrar a necessidade de rever todas as nossas ideias a respeito do diagnostico da tuberculose, em particular do diagnostico precoce. Sendo a forma apical benigna, é para as formas agudas, extra-apicais, que devemos dar o melhor de nossa atenção. Os estudos ulteriores vieram demonstrar que tais formas, apesar do quadro



RADIO 14 b

O paciente iniciou tratamento pelo pneumotorax, tendo obtido ótimos resultados iniciais. Após dois meses de tratamento, seduzido pelas vantagens de um clima do interior, abandonou o tratamento. Não tendo obtido os resultados esperados, sentindo-se mesmo pior, com tosse e expectoração, voltou á consulta, quatro meses após ter abandonado o tratamento. O exame clinico não nos deu impressão de agravação evidente, a não ser dos sinais funcionais. A radio nos mostra uma estabilidade das lesões esquerdas, que tinham sido influenciadas pelo pneumotorax e o aparecimento de uma infiltração precoce á direita, delimitada pela pequena cisura e sem sinais estetaçusticos.

alarmanie com que, ás vezes, se apresentam, são susceptíveis de regressão, sob um tratamento adequado. O problema do diagnostico precoce tinha, pois, a encarece-lo um fator da mais alta importancia.

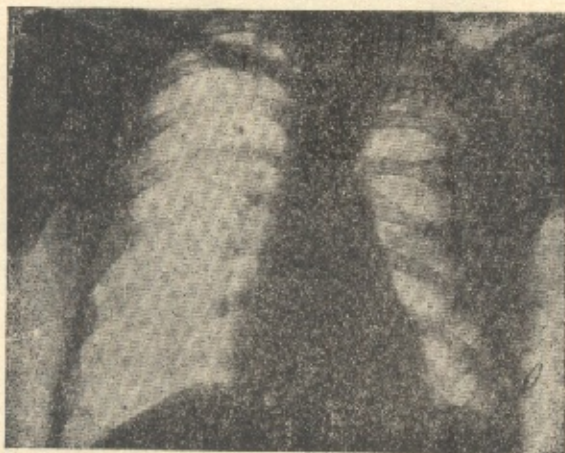
A PARTE DA RADIOLOGIA

O que os trabalhos de Assman evidenciaram, de modo indiscutível, foi a absoluta falencia dos nossos meios clinicos habituais de exploração, em face de certas formas iniciais da tuberculose. Estas eram frequen-



RADIO 15 a

R. C. Empiema tuberculoso á esquerda; foi feita a drenagem cirurgica, tendo dado em resultado um empiema crônico. A radio nos mostra um empiema drenado á esquerda, com o pulmão em via de re-expansão e uma discreta acentuação da trama bronco-vascular á direita (em 1-1-33).

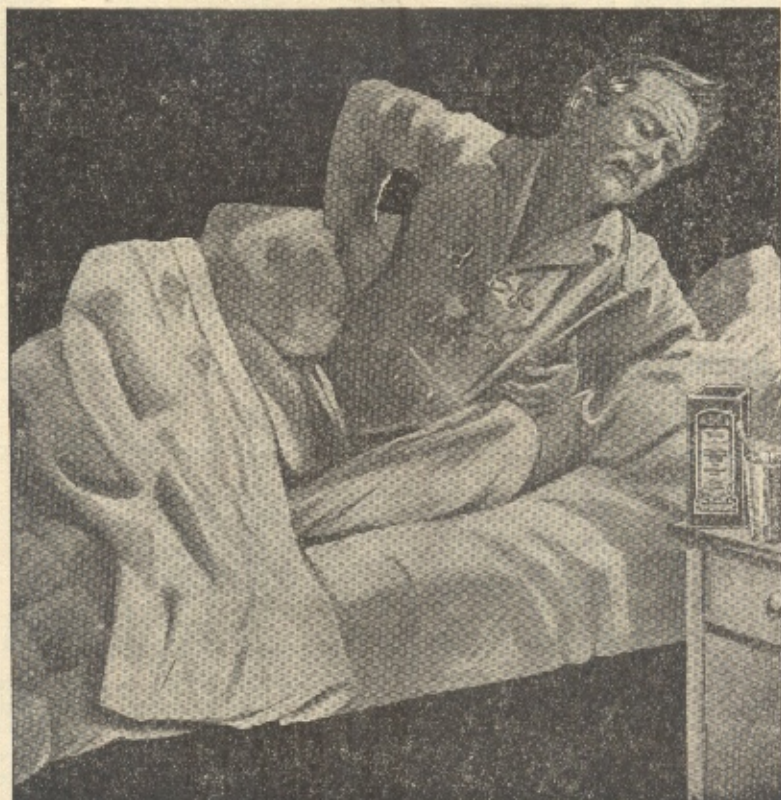


RADIO 15 b

Radio feita em 31-10-33. Mostra a regressão do processo esquerdo, ao mesmo tempo que a instalação de uma infiltração precoce excavada á direita. Ausencia de sinais estetacusticos.

Rheumatismo?

RHEUMALINA!



Formula da Rheumalina:

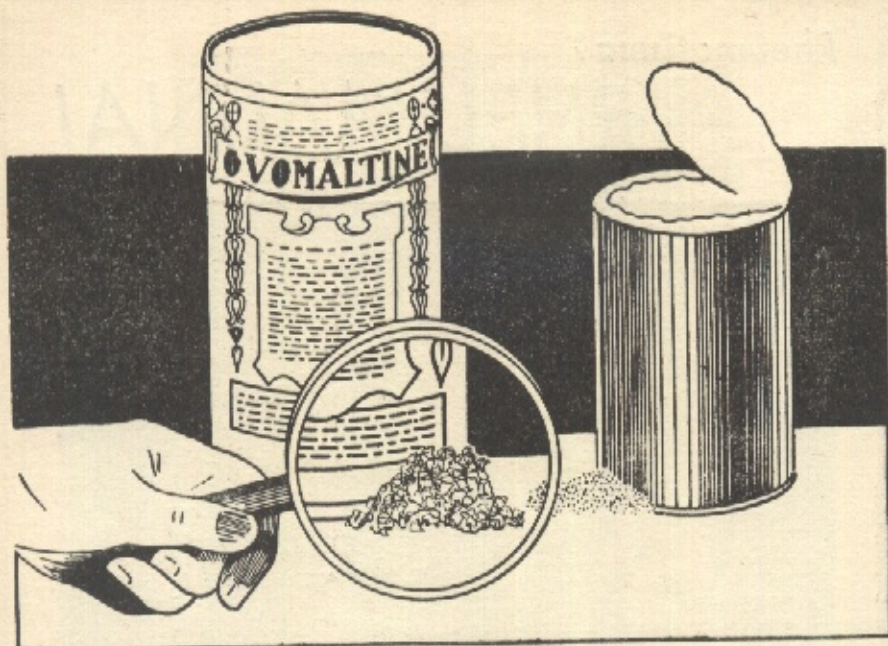
Cada colher de sopa contem:

Salicilato de sodio purissimo (recristalizado em pequenas agulhas)	1,00
Iodureto de potassio puro	0,25
Extrato estabilizado de Equinodorus macropilus (chapeu de couro)	q. s.
Idem Polipodium lipidopteris (samambaia)	q. s.
Tint. de gengiana	q. s.
Glicerina neutra	3. c. c.
Xarope de cascas de laranjas amargas	q. s.

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos

LABORATORIO DA RHEUMALINA

R. das Palmeiras, 12 — Tel. 5-2667 — São Paulo



HA UMA GRANDE DIFFERENÇA !...

Examine por si mesmo e veja a grande diferença. Os productos similares da Ovomaltine constituem uma simples mistura de farinhas, assucar, leite em pó e cacau.

Ovomaltine não é uma simples mistura. É um extracto concentrado de malte, ovos e leite, ligeiramente aromatizado com cacau.

As pesquisas scientificas e a experiencia de varios annos demonstraram que a Ovomaltine é um alimento de composição perfeita: vitaminas, hydratos de carbono, saes minerais, taes como os de ferro, calcio e phosphoro, obedecem a proporções scientificamente consideradas como de grande utilidade para o organismo humano.

É encontrada á venda em latas de 125 250 e 500 grs.

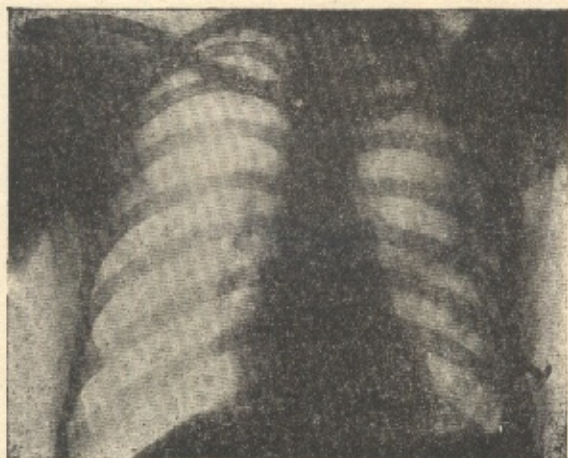


OVOMALTINE

AGE PELA QUALIDADE E NÃO PELA QUANTIDADE

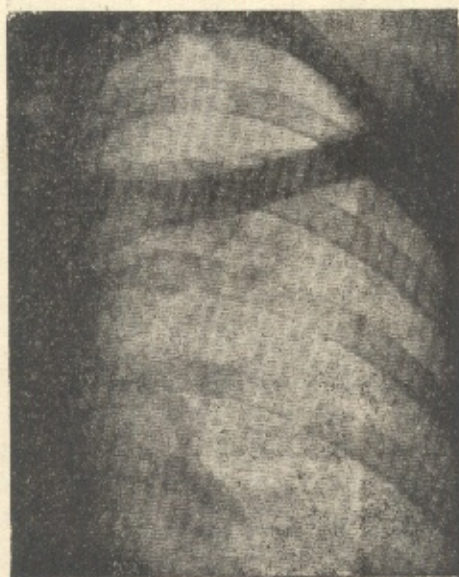
É um producto Suisso, da Fabrica
Dr. A. Wander S. A., Berne

Rua Theophilo Ottani, 171 - Rio
Rua da Gloria, 44 - São Paulo



RADIO 15 c

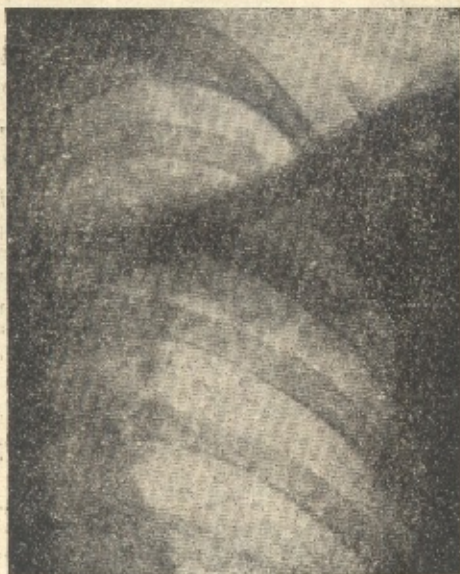
Radio em 3-1-34. Caverna precoce bem constituída, já com sinais esteticacusticos evidentes.



RADIO 16 a

A. G. Empiema tuberculoso á esquerda, tratado clinicamente, em via de cura. A paciente em bom estado geral, escarro negativo, apiretica. Entretanto, a radio feita em 7-4-34, mostrava a instalação insidiosa de um infiltrado precoce á direita que nada fazia prever, clinicamente. Após a radiografia, a paciente foi re-examinada clinicamente com todo o cuidado, sem que pudessemos surpreender nenhuma alteração. Exames de escarro reptidos, negativos.

temente uma descoberta radiologica, pois taes doentes apresentavam um minimo de sinais clinicos que, por si sós, não autorizavam a suspeição da doenca.



RADIO 16 b

A paciente foi seguida com todo o cuidado e uma feita em 15-7-34 mostra uma infiltração precoce bem constituída, já excavada. Exame de escarro positivo e sinais estetacusticos evidentes.

A importancia do emprego sistematico da radiologia, a serviço do diagnostico, recebia logo uma confirmação ruidosa e, hoje, podemos afirmar que *as bases fundamentais do diagnostico da tuberculose pulmonar repousam sobre os estudos comparativos, tendo todos, como alicerce, a radiologia pulmonar.*

Viu-se o que continha de verdade a frase: "a radiologia é a autopsia no vivo". Enquanto que, na meza de necropsia, só podemos ver lesões inertes, na sua maioria, em periodo terminal, a radiologia nos mostra lesões vivas, nos seus mais diferentes periodos de evolução.

A radiologia deu-nos um criterio solido para apurarmos os nossos meios clinicos de exame, permitindo uma completa revisão da velha Semiologia pulmonar.

O estudo de pessoas que vivem em ambiente tuberculoso, sem apparencias de doenca, revelando lesões evidentes aos raios X, veio estabelecer como a radiologia pode, muitas vezes, antecipar o diagnostico clinico. Ao exame radiologico precoce devemos atribuir os grandes progressos

que se vêm observando, ultimamente, nos domínios da tuberculose, permitindo surpreender a doença numa fase verdadeiramente pre-clínica.

E' lamentavel que nem todos os medicos estejam convencidos da verdade de tais noções. O exame radiologico não é mais um meio de exame de luxo, como infelizmente muitos clinicos ainda tem tendencia a supôr. E' um meio de exploração de rotina, como o são o dedo que per-



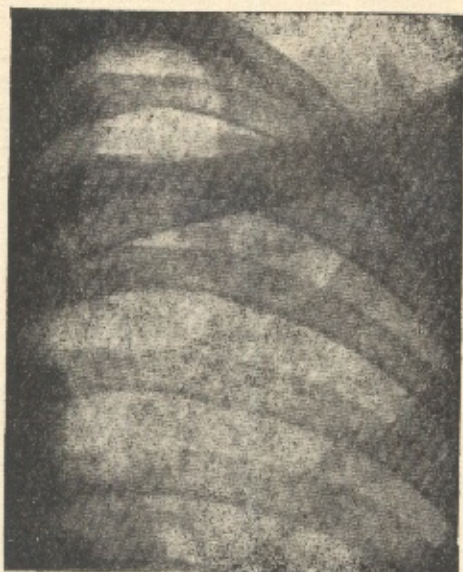
RADIO 17 a

A. A. P. 25 anos, branco, brasileiro, solteiro, empregado no comercio. Em 2-7-33 teve uma hemoptise de umas 150 gramas que se repetiu tres vezes no mesmo dia. Procurou a Assistencia, tendo-lhe sido feita a medicação habitual. Impressionado com o fato, 10 dias depois, vem á consulta, embora nada sentisse. O exame clinico cuidadoso nada revelou. Radiografia e radioscopia normais. Foi arquivada a radio feita na ocasião, de que se vê, em tamanho natural, o terço superior do pulmão esquerdo. O doente submetido a controle clinico e radiologico (radioscopias quinzenais).

cute ou o ouvido que ausculta. Por conta do desconhecimento desta noção correm os erros de diagnostico, diariamente observados, e alguns, irremediaveis.

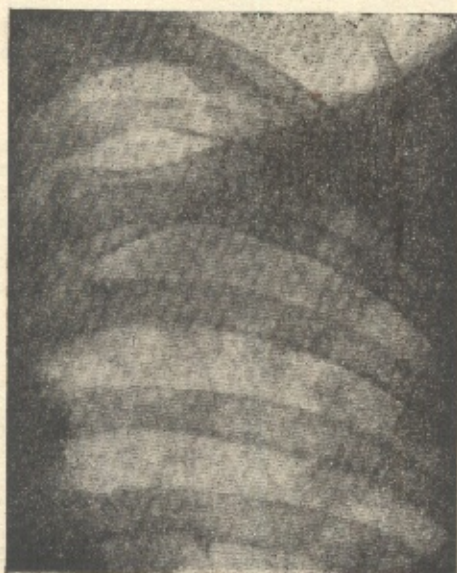
Nos paizes civilizados, o exame radiologico é feito, sistematicamente, nas grandes corporações, exercitos, policias, universidades, escolas, etc., visando a "depistagem", diagnostico precoce e tratamento da doença.

Ainda recentemente, na Italia, na Sociedade Italiana Fascista de Estudos Cientificos contra a tuberculose (Secção de Palermo) foi aprovada por unanimidade uma proposta pela qual se instituia uma *carteira radiologica individual do aparelho respiratorio* para os escolares, des-



RADIO 17 b

O paciente continuava a não apresentar sinais evidentes de doença. Bom apetite, apirético, sem tosse nem expectoração, apenas muito palido. Entretanto começou a perder peso, até que uma radio feita em 28-12-33 mostrou o aparecimento de uma sombra floecosa, de contornos esbatidos, abaixo e no terço externo da clavícula. Comparece-se com a anterior, normal. Baciloscopia negativa. Ausencia de sinais estetacusticos.



RADIO 17 c

Feita com cinco dias de intervalo, em 3-1-34, mostra maior densidade da sombra, já com os caracteres classicos do infiltrado precoce. Todas estas radios foram executadas com a mesma tecnica. Baciloscopia positiva. Ausencia de sinais estetacusticos.

portistas e todos os individuos expostos á infecção e doenças tuberculosas. Nesta mesma ordem de ideias, nos Estados Unidos, ha muito se praticam exames de saúde periodicos, visando, entre outras doenças, a tuberculose pulmonar, com o indispensavel contrôle radiologico.

Si os individuos são devem ser submetidos a tais cuidados, com muito mais razão os expostos ao contagio ou os que apresentaram, no passado, alguma manifestação suspeita de tuberculose.

De tudo isto, devemos concluir que os clinicos que confiam somente nos seus meios naturais de exame arriscam-se a erros frequentes. Por outro lado, os exames radiologicos sistematicos não só dão maior segurança aos exames clinicos como tambem permitem surpreender a doença em suas primeiras manifestações.

(Transcrito da Revista de Radiologia e Clinica).

DOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MONO E CHOLMUSCOLO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRUM

LITERATURA e AMOSTRAS a DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA 5. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Absorção Peritonio-Epiplaica

por

Americo Valerio

Docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio.

Desde a mais remota antiguidade a absorção do peritonio atribuia-se ao sangue. Hunter fe-la depender dos linfaticos. Haller, Ruysch e Magendie voltaram-se aos vasos sanguineos. Dupuytren confirma-os. Bichat e Mascagni, em injeções intra-peritonias, deduziram que o ciclo absorvente linfatico, de alçada fisica, prossegue depois da morte. Recklinghausen liga o póder de absorção ao centro frenico do diafragma, pelos condutos linfaticos abertos.

Kollosow, Mac Callum e Muscatello corroboram, em parte, esta diretriz.

Swigger, Hertzler e Dogiel salientaram as comunicações do peritonio aos tecidos sub-peritonias. Ludwig e Schweigger-Seidel afirmaram que, feita a evisceração, o azul de Prussia póde-se absorver pelo diafragma.

Sappey, Kuttner e Teichmann realçam os liames do plexo subseroso pleural e peritonio e pleura diafragmaticas. Os corantes passam do peritonio aos linfaticos do mediastino. Kuttner friza as perfurações peritonio-pleurais.

Hertzler (*El Peritonio*, 1921), corrobora-o e mostra a simbióse peritonio (Starling, Tubby, Heindenheim e Hamburger), J. Dutrey teve oportunidade de reviver estes trabalhos. A ligadura do canal toraxico em cachorros reduz a absorção do peritonio á fenolsulfoftaleína cerca de 40%. Como justificar este fáto?

Não se trata da saída em parte pelos linfaticos, mas dos óbices ao ciclo absorptivo dos capillares sanguineos, em amplexos á estáse linfatica do ventre (J. Dutrey, *Rev. Ass. Medica Argentina*, 1920, pag. 659, *La Prensa Medica Argentina*, 1921, pag. 297 e *Memoires de la Soc. de Biologie*, 1921, pag. 172).

V. Puccinelli, em córtes da serosa, nos casos de peritonite biliar, verificou pigmento biliar na tunica abaixo do peritonio livre e amago dos fagocitos, sobretudo em volta dos vasos e nas celulas de endotelio que os revestem.

Em casos de hemoperitonio viu sangue nos espacos basais e linfaticos subserosos do peritonio e ao redor dos vasos existiam pigmento hematico e macrófagos.

Deduzio que o peritonio parietal tambem absorve substancias que se projétam na grande cavidade serosa (V. Puccinelli, *Peritoniti Acute*, 1924).

Segundo a diretriz de Hertzler os vasos sanguineos do peritonio

abrangem: 1 — Vasos de circulação constante ("service vessels"); 2 — vasos que, sem transporte do sangue, podem ter papéis circulatorios ("potencial vessels"). Estes vasos aparecem nos sectores aparentemente avasculares do mesenterio e servem para transito do soro, despojado de globulos vermelhos. Destinam-se á nutrição das tunicas do peritonio. Os vasos linfaticos do peritonio apresentam-se em reticulos sob a membrana basal, á mesma altura, ou, mais profundos, como afirma Von Recklinghausen.

Desde 1903 Mae Callum, completando as vistas de Recklinghausen, provou que os corpos estranhos intra-peritonias rodeam-se logo de fagocitos, que os apreendem nos ganglios linfaticos (Mae Callum, Johns Hopkins, Hosp. Bull, 1903, pag. 1905).

Launoy realça varias localizações: epiplos gastro-hepaticos, e gastro-esplénico e ligamento suspensor do figado (Launoy, Comptes-rendus Soc. Biologie de Paris, 1908, pag. 605). Dandy e Rowntree (Annals of Surg., 1914, pag. 587), com fenolsulfoftaleina injétam pleuras e peritonio de cachorros. Em 1.^a série de experiencias, sob fistula do canal toracico e cateterismo da bexiga, levam ao peritonio 0,06 deste cristalóide e 19 cc. de solução salina a 0,8%.

Concluíram: Aparecimento no sangue — 2 a 4 minutos; na urina, em 60 minutos — 40 a 60%; e na linfa, no mesmo prazo, menos de 0,1%; na 2.^a série de experiencias injétaram fenolsulfoftaleina no peritonio e solução de indigo carmin a 4% e 19 cc. de soluto de cloreto de sodio a 0,8%. O corante surgiu na urina aos 9 minutos e em uma hora pôde recolher 50,2% do cristalóide. Na linfa surpreendeu-a em 39 minutos, mas, depois de 60 minutos, houve apenas vestígios. O indigo carmin appareceu na urina aos 10 minutos e na linfa aos 47. E' a prova que a absorpção da imensa parte dos fluidos exerce-se pelo sangue. O papel da linfa nestes fenomenos absorptivos é pequeno. Deduzem, afinal, Dandy e Rowntree: 1 — Existe absorpção atíva do peritonio, cerca de 40 a 60%, em uma hora; 2 — A absorpção em Trendelenberg é a mesma que de ventre ou dorso. Faltam correntes ao diafragma; 3 — A absorpção nos animais sentados (Fowler) é menor, cerca de 15%, do que nas outras atitudes, fáto de grande valia na terapeutica das peritonites em inicio; 4 — O peritonio visceral denóta excessiva influencia nesta absorpção; 5 — A gravidade, embora tardía, intervem na localização dos liquidos em o peritonio, influenciando a massa enterica em dirigi-los.

C. Bolton (Journal Amer. Med. Assoc., 1921, N.º 20, pag. 1.604), compróva que o maior dréno da cavidade peritonial é o conjunto dos linfáticos diafragmaticos (linfáticos do mediastino). Pelos ganglios linfáticos do esterno e mediastino anterior chegam ao conduto linfatico direito. Os linfaticos retro-peritonias, graças á cisterna de Pecquet, tambem influem nesta drénagem. Certas particulas passam, com facilidade, entre as celulas do endotelio até á linfa. Assim a absorpção sanguinea de substancias de exiguo complexo molecular, é clara.

Os linfaticos destinam-se as particulas de moleculas mais dificeis. Devo recordar que, histologicamente, o peritonio abrange: Estrato contínuo de celulas quadrilateras de endotelio, membrana basal e estrato conetivo, onde se arrumam vasos sanguineos e linfaticos.

Os estudos de Murphy, esparsos nos trabalhos que tenho e terei de citar, tornam-se concludentes. Nas peritonites em causa pelas soluções de continuidade, os fenomenos absorptivos mostram-se intensos e rapidos. Depois os leucocitos obliteram os espaços linfaticos e estes fenomenos exibem-se menos átivos. Desdes que se instalam ciclo proliferante celular e edemas fortes a absorpção é nula. Achard (*Troubles des échanges nutritifs*, 1926), corrobóra estes fatos.

Tracy Jackson Putmann (*Amer. Journal of Physiology*, n.º 3, 1923, pag. 548), levou ao peritonio de gatos liquidos dializantes hipertonicos pela canula introduzida em trocarte. Destes liquidos alguns gradualmente diminuem de volume a seguir ás injeções. Em outros, dá-se o contrario. Conforme as pesquisas de Orlow a linha divisória destes solutos equivale á concentração de 1,5%. Deduziu Putmann que o transudato do peritonio chega a 1/10 do peso do corpo dos gatos.

Em alguns de meus trabalhos clinicos, a proposito da apendicite, peritonio e epiplos, entre os quais saliento os tres livros, (*Americo Valerio, Conceito atual da apendicite cronica, 1920, Síndromes anormais de apendicite cronica, 1924 e Megacolo, Contribuição ao seu estudo e sintese atual da questão, 1929*), deduzi o seguinte: A absorpção do peritonio e epiplos representa as máximas defezas aos disturbios mecanicos, quimicos e bactericos. Desde que as resistencias gerais e locais organicas não fracassaram de todo até abcessos podem se reabsorver, sem reliquats, em prazos mais ou menos longos. Aqui tratam-se de focos septicos. Mas a reabsorpção de focos asepticos, como o do bago fóra do dinamismo circulatorio, tem sido verificada como o mostram Renzi e Boeri (*XII Congresso Italiano de Medicina Interna, Riforma Medica, 1932*).

As funções dos epiplos, sobretudo o epiplo gastro-colico, preparam-se no ciclo aglutinante das particulas inertes pela "mucina" (Gengou). Nega-o, entretanto, Roussiel, que tanto estudou o grande epiplo, como o fez Aimes, de Montpellier. Roussiel julga que as particulas presas no grande epiplo absorvem-se no proprio epiplo, mas algumas dirigem-se aos ganglios piloricos e supra-pancreaticos.

F. Heger provou que algumas destas particulas localizadas no grande epiplo chegam ao epiplo gastro-hepatico e figado através as paredes gastricas.

Lippens admite que muitos dos fragmentos absorvidos chegam, dirétos, ao canal toraxico e circulação sanguinea. Roger realça as barreiras do grande epiplo aos germes. Silva Santos divulga a expressão "vas-soura do ventre". "Policeman", querem os norte-americanos. Renzi e Boeri salientam o escudo aos toxicos. Preso o pediculo esplenico em desterro abdominal, o bago, o epiplo gastro-colico enovela-o e o absorve. O ciclo reabsorvente linfatico dos produtos degenerados toxi-infeciosos tem sido pôsto em destaque pelos trabalhos de David e Sparks (*Surg. Gynee. and Obst. 1927, pag. 289, Annals of Surgery, 1928, pag. 672*) e Buchbinder (*Surg. Gynee. and Obst. 1931, pag. 802*). Desde que se aniquilam as funções espontaneas dos epiplos (anti-microbianas e anti-toxicas), levando ao protoplasma carmin, por exemplo, os animais *sueumbem*.

Quando lesados o peritonio e epiplos os espaços cellulares linfaticos

se obstruem e esmorecem estas barreiras. Nas fortes peritonites fibrinosas a absorpção do peritonio desaparece.

H. L. Johnson salienta a este fáto os motivos completos (Surgery, Gynecol. and Obstetrics, 1917, pag. 612).

Alfredo Pierini (La Prensa Medica Argentina, n.º 15, 1934, pag. 691), em trabalho orientado nos serviços de Houssay, concluiu em resumo: 1 — O peritonio dispõe de duas vias de absorpção: sanguínea e linfática, 2 — Os líquidos e substancias logo soluveis passam á circulação; 3 — Os produtos insolúveis em agua modificam-se no aparelho linfatico. Aliás, Danielsen afirmou que os corpos grupados nos coloides (sangue, leite, gelatina, granulos de carmin, bactérias etc.), absorvem-se pelos linfaticos. Os cristaloides (acido salicilico, lactose, fenoltaleina, etc.) passam ao sangue. 4 — Os produtos que se absorvem nos linfaticos surgem em pouco tempo nos ganglios do mediastino e canal toraxico (Ludwig e Schweiger-Seidel). 5 — Nos processos de absorpção tambem muito auxiliam o diafragma, grande epiplo, ligamentos gastro-hepatico, gastro-esplenico, mesenterio, etc. A maioria dos autôres salienta o grande epiplo e diafragma, pois na pequena bacia a absorpção é mais ligeira. 6 — No começo das peritonites agudas quasi todos os que estudaram experimentalmente estes problemas frizam a restrição dos fenomenos absorptivos. Aliás muitos destes fatos tornaram-se bem sabidos e decantam-se dos trabalhos de Shiply e Cunningham (American Journal of Physiology, 1916, pag. 75), Halban-Seitz, no capitulo de Anatomia e Fisiologie do peritonio, tomo XI, e Harold Trusler, em Archives of Surgery, 1931, pag. 1.931).

E não fôsse a "muralha chinesa" que asfixia nosso idioma, quasi estagnado, algumas destas idéas estariam citadas na longa bibliografia estrangeira que enuméro, pois pertencem ao meu patrimonio científico, tal o próvo nos trabalhos que citei, e que resumem diretrizes de longos 14 anos.

Em outro trabalho meu estudo a absorpção diréta pela injeção intra-peritonial gota a gota permanente (Americo Valerio, Journal dos Clinicos, n.º 2, 1933, pag. 30 e em separata) e reinsisto nessas idéas. Reservo-me agora para divulgar as minhas experiencias clinicas com o antigeno metilico, que não é o soluto alcoolico de antigeno tuberculoso para pesquisa de anti-corpos tuberculosos no desvio do complemento.

O antigeno que empreguei preparava-se assim: Põe-se em contáto bacilos tuberculosos esterelizados pelo calôr e sem gorduras e cêras bacilares, expulsas pela acetona, e alcool metilico absoluto na estufa a 37º no prazo de dez dias. No vacuo evapora-se o alcool e junta-se soro fisiologico. Em emulsão coloidal tem-se, dest'arte, lipoides de bacilos. Em 12 casos de peritonites asciticas tuberculosas injetei na cavidade peritonial, em qualquer trecho, salvo, é claro, as contra-indicações da anatomia clinica, este antigeno. Iniciei o tratamento pela dôse de 1/10 de cc. da soluçáo diluida, de 4 em 4 dias. Pratiquei o esvaziamento da ascite, apenas uma vez, no começo da antigenoterapia. Repeti esta primeira dôse 5 vezes. Aumentei sempre 1/10 de cc., e mais cinco vezes, sempre

de 4 em 4 dias, injetei no peritonio 2/10 de cc. Assim pratiquei até 1 cc. Em cada grupo de 20 injeções obriguei os enfermos a descanso de 1 mez. De seis mezas a um ano desta terapeutica os resultados foram magnificos. As melhoras locais e gerais vão se pronunciando após um e dois mezas da antigenoterapia.

A reação termica não ultrapassou 38^o,5. Quando houve surtos febris reiniciei as doses fracas de 1/4 e 1/2 cc. de antigeno diluido.

Em um dos casos a radiografia atestou tambem discretas lesões pulmonares do ápice esquerdo, que tambem cederam á antigenoterapia (brevilineo de 26 anos).

Deste 12 casos eram normolinios 6, brevilineos 3 e longilineos 3. Homens 8. Mulheres 4. A idade oscilava de 24 a 40 años. Um deles (brevilineo de 32 anos) sujeitara-se á celitomia abdominal, sem resultados. Todos tinham feito longo tratamento: sol, mar, iodetos, fortificantes, etc. Nove curas são patentes. No resto, tres grande melhoras locais e gerais.

O melhor Tónico é a Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS
NOTAVEIS MEDICOS

O SEU VALOR THERAPEUTICO SE IMPÕE PELO SEGUINTE:

- 1.^o — Não contém fluoretos (discalcificantes).
- 2.^o — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
- 3.^o — Não contém phosphato monocálcico e phosphato bicálcico (fraca assimilação);
- 4.^o — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18%);
- 5.^o — Na sua confecção entram como elementos principais os HYPOPHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
- 6.^o — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.^o — É o tónico que possui maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feljó 22
CAIXA POSTAL 1578 — S. PAULO

ULCERAS DO
ESTOMAGO E
DUODENO

PEPSINA ACTIVA INJECTAVEL

Helcosan
Ampolas

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública
sob o nº 484 em 4-10-58.

Solúo injectavel de PEPINA, preparada nos princípios gerais dos Drs. Augusto Machado, Amadeo Marques da Costa e João Maria e por elle controlada, o fermento se converte activo e estabilizado.

Indicações: DYSPESIAS por hiper e hiposecidez — ULCERAS de ESTOMAGO e do DUODENO — ANEMIAS e estados de DESNUTRIÇÃO — certas DERMATOSES chronicas, ULCERAÇÕES de boca, etc.

Cada amp. com 12 amp. de 1 cc.

Produto fabricado pelo Laboratorio Medico Brasileiro
Estabelecimento Farmaceutico S. C. A. - C. P. 2082 - Rio de Janeiro

Propriedade exclusivamente medica

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Efectuando na excitação nervosa,
aos desequilibrios vasospasmo-
tolicos, palpitações, taquicardia,
dyspepsia nervosa.

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

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua
assucarada as refeições.

Lab. Gross - Rio

NAO DEPRIMENTE
NEURILAN

TRATAMENTO MODERNO DA EPILEPSIA

Baseado no estudo do equilíbrio
ácido-básico no epileptico

Anepon

Aprovada pelo Departamento Nacio-
nal de Saúde Pública, sob o numero 201,
de 6 de Agosto de 1950

experimentado no Hospital Nacional de
Alimentos e no Instituto Oswaldo Cruz, no
Laboratorio de Clinica do professor
Carneiro Felipe.

O ANEPON é fabricado no
LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO
Estabelecimento Farmaceutico S. C. A. - C. P. 2082 - Rio de Janeiro

EPILEPSIA

COMPRIMIDOS
ANEPON

Marca registrada

Para cada caso

um leite em pó



**LEITE EM
PÓ, MEIO
GORDO,**

contendo 4
assucres dife-
rentes. Indica-
do para as
crianças que
não suppor-
tam o leite
gordo.

COMPOSIÇÃO :

Gordura	12.0 %
Proteínas	20.0 %
Lactose	30.0 %
Maltose	
Dextrina	15.0 %
Sacch.	15.0 %
Cinzas	4.7 %
Água	3.3 %

Companhia NESTLÉ

— Rio de Janeiro —

Fabrica em ARARAS

(São Paulo). — Escriptorios em: Pará,
Ceará, Recife, Bahia, S. Paulo e Porto
Alegre. Agentes nos outras Estados.

NESTLÉ



**LEITE EM
PÓ
GORDO,**

homogeneiza-
do, uma vez
diluido, é o
leite cuja
composicão
mais se ap-
proxima da
do leite ma-
terno.

COMPOSIÇÃO :

Gordura	25.0 %
Proteínas	16.2 %
Lactose	53.3 %
Cinzas	3.5 %
Água	2.0 %



**LEITELHO
ACIDO
EM PÓ,**

de facil pre-
paração. Indica-
do na ali-
mentaçoã arti-
ficial ou
mixta dos la-
ctentes sãos
ou doentes
(diarrhéa, dy-
senteria, etc.)
e nos adultos.

COMPOSIÇÃO :

Gordura	14.0 %
Proteínas	29.5 %
Lactose	40.0 %
Sues min.	6.5 %
Acido lac.	6.0 %
Água	4.0 %



TERAPEUTICA DA SIFILIS

LIPOCARBISAN

L B C

(ELEBECÊ)

Foi a primeira associação
— carbonato de bismuto + lipoides cerebrais —
em suspensão
em agua bi-distilada
licenciada pelo D. N. S. P. em 30—12—1927

FORMULA:

Serie A

Carbonato de Bismuto.	0,02
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie B

Carbonato de Bismuto.	0,05
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie C

Carbonato de Bismuto.	0,10
Lipoides do Cerebro	0,005
Agua bi-distilada... qs.	2 cc

PRODUTO DO
Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

DR. MARIO PINHEIRO

Diretor do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psicopatas do
Distrito Federal

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

Docente da Faculdade de Medicina e Assistente
do Instituto de Neurobiologia da Assistencia
a Psicopatas do Distrito Federal

GLYCOSORO

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

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA



SYPHILIS em TODOS os seus PERÍODOS

O MÉRCIOL

não machuca a pelle,
não causa nodulos,
não provoca reacção,
absolutamente indolor

O MÉRCIOL

Formula mercurial estavel,
perfeitamente estavel,
extraordinariamente eficaz,

Merciol

SOLUÇÃO ESTABIL DO SAL SÓDICO
DE SALICINEMERIDRIMFOSFATO DE SÓDIO
PATENTE N. 18579

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Publica sob n. 173 em 28.5.1928.

Produto fabricado pelo Laboratório Medico Brasileiro
Conselho Technico: Dr. Artigido Machado, Dr. Oswaldo Penna,
Dr. José de Costa Cruz, Dr. Bento de Figueiredo,
Dr. Inezio Ovidio Cruz - Margueiras.

Merciol

Laboratorio Medico Brasileiro

Distribuidores: FORTES, TULLO & CIA. S. P. 2082 - Rio de Janeiro

COLITES - DIARRHEIAS NAS CRIANÇAS - GAS-
TRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DER-
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IM-
TOXICAÇÃO INTESTINAL

COMPRIMIDOS

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO

LÁSTICO

PREPARADO NO

LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YERBERTUS

Correspondencia dos Estados Unidos

PEQUENAS NOTAS DE INTERESSE

(Correspondencia especial para "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", por Agacê)

A Universidade de John Hopkins, em Baltimore, constitue um dos maiores centros medicos não sómente dos Estados-Unidos mas talvez mesmo do mundo. Algumas das maiores sumidades medicas do país estabelecem ali a sua clinica, afim de se poderem prevalecer das facilidades incomparaveis que os laboratorios e hospitais da escola oferecem para os seus estudos e pesquisas.

Em troca dessas vantagens a Universidade estabelece tambem certas regras rigorosas com respeito á forma pela qual os medicos e cirurgiões que se acolhem á sua sombra deverão prestar os seus serviços ao publico. Assim, por exemplo, nenhum cirurgião por celebre que seja, e que faça parte do corpo docente da escola, pode exigir mais de 1,000 dolars por uma operação, seja ela qual fôr.

O "New-York Times" noticia um incidente emocionante que se desenrolou ha dias atraz no hospital da escola, quando o Dr. J. Maconachy, uma celebridade em molestias cardiacas, operava uma senhora. Um verdadeiro caso de resuscitação.

Tinha-se applicado o anestésico e a operação decorria normalmente, quando subitamente uma das "nurses" exclamou: "Doutor, o pulso deixou de bater!" O cirurgião imediatamente examinou a paciente e verificou que de fato o coração cessara de funcionar. Sem um momento de hesitação ele mergulhou imediatamente a mão debaixo do diaphragma e apertou o coração entre os dedos. Depois largou-o. E assim sucessivamente, calmo, contando alto "Um, dois, um, dois, um, dois" ele apertava e soltava o coração num ritmo uniforme, procurando restabelecer a circulação do sangue. Ao fim de um minuto o órgão recomeçou a despertar e a palpar imperceptivelmente. O cirurgião então, aos poucos, foi retirando os dedos, e deixando que os musculos do coração retomassem o seu pulsar automatico. Dentro de alguns minutos ele reassumiu o seu funcionamento normal e a operação proseguiu sem maior novidade.

O Dr. Maconachy explicou mais tarde aos seus assistentes que essa suspensão do pulsar do coração no meio de uma operação nem sempre resulta de um mero colapso cardiaco como se acredita geralmente. Constitue um phenomeno algo mysterioso, para o qual ainda não se encontrou explicação satisfactoria. E, em taes casos, diz ele, a unica cousa que pode salvar o paciente é uma ação rapida e energica do cirurgião, antes que o cerebro e o sistema nervoso se paralistem com a suspensão da circulação do sangue.

Dois presidiarios da penitenciaria de Denver, Colorado, condenados a prisão perpetua, acabam de ser postos em liberdade por ordem do Governador do Estado, em virtude de um acordo em que elles entraram com o Dr. J. H. Corper, conhecido especialista em tuberculose. Acordo esse sancionado pelas autoridades do Estado, e que, na linguagem pitoresca dos jornais americanos, consistia simplesmente em que elles "representassem o papel de cobayas de laboratorio".

O Dr. Corper está procedendo a pesquisas sobre um serum preventivo da tuberculose. Tornava-se necessario proceder ás experiencias finaes sobre proprias criaturas humanas. Dezoito presidiarios, todos eles condenados a prisão perpetua, prestaram-se a isso, em troca, caso não morressem, de que lhes seria concedida a liberdade. No interesse da ciência e da humanidade o Governador do Estado accedeu em dar o seu endosso a esse acordo.

Dos dois primeiros detentos aos quaes se inoculou o serum, um caiu logo doente, mas restabeleceu-se prontamente. O outro nada sofreu. O periodo de observação terminou esta semana, e, muito embora ainda não se tenha chegado a resultados concludentes, o medico da prisão confirmou que os homens estavam de perfeita saude. Foram, pois, postos em liberdade.

Vem a proposito lembrar que, foi de forma identica que se teve a confirmação, em 1898, de que a febre amarela era transmitida pela estegomya. Uns poucos soldados americanos em Cuba prestaram-se abnegadamente á experiencia. Um deles ainda vive, numa fazenda do sul dos Estados Unidos, mas ficou inutilizado e nunca mais recuperou a saude.

Está-se movendo uma ativa campanha em certos circulos medicos inglezes e americanos para permitir-se em certos casos a euthanasia. Os medicos inglezes estão preparando um projéto de lei nesse sentido, para ser submetido muito em breve ao Parlamento. O grande campeão dessa medida é o celebre cirurgião Sir George Buckston, Presidente da "British Medical Association". Ele sugere que as decisões sobre os casos em que a euthanasia seja ou não realizada sejam baixadas por uma junta de medicos e de jurisconsultos.

Os defensores do "direito de matar" invocam, em favor do seu ponto de vista, o fato que a euthanasia já está adotada oficialmente na Prussia, onde constitue um ato legal, desde que o enfermo dê o seu consentimento e que 3 medicos passem um atestado nesse sentido.

De fato, quando o autor destas linhas se lembra de um horrivel acidente de que foi testemunha ha semanas atraz, quando um trem subterraneo do "metro" decepou ambas as coxas de uma pobre criança, e dos ingentes esforços — felizmente improficuos — que se fizeram para conservar essa vida que seria um rosario de amarguras, é que chegamos á conclusão de que ainda vivemos verdadeiramente numa epoca de preconceitos barbaros.

Noticiam os jornaes que, no Congresso Clinico do "American College of Surgeons", foi anunciado que os Drs. H. Johnson e E. Young, ambos de Boston, descobriram uma vacina contra a peritonite, que reduz de 30% a apenas 2% a mortalidade das operações acompanhadas dessa infecção.

Comuniem eles que o emprego dessa vacina no futuro poderá evitar igualmente uma grande proporção das mortes de 16,000 mulheres que sucumbem anualmente nos Estados Unidos vítimas de febre puerperal.

Um instituto clinico particular na Florida já vinha, aliás, desde ha tempos, preparando uma vacina no genero, mas só em pequena escala, para uso proprio do estabelecimento. Quando, recentemente, o Snr. Pierre, fundador do famoso Hotel Pierre de New York, foi ataeado de uma apendicite aguda acompanhada de peritonite, fizeram-se os maiores esforços para salvá-o, mandando vir a toda pressa da Florida, por um hydro-avião da marinha americana, uns tubos dessa vacina. Já era tarde, porém. Quando o avião aqui chegou, já S. Pedro tinha aberto as portas do céu para o seu xará.

New York, 27 de Dezembro, 1934.

O NOVO E PODEROSO ANTILUETICO

É YBIRAN INSOLUVEL
OLEOSO

INDOLOR - ATOXICO - MAXIMA EFFICACIA
Iodeto de Bismutyla e Lipoides Cerebraes

Laboratorio CRISSIUMA DE TOLEDO - Rio de Janeiro

Concessionarios para todo o Brasil:

C. BIEKARCK & CIA.

Rua 7 de Setembro, 209
RIO DE JANEIRO

Representantes p/ o Est. do R. G. do Sul:

ALFREDO SCHÜLER & F.º

Rua Voluntarios da Patria, 46
PORTO ALEGRE

Analises de Revistas

AS PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS DO INTESTINO QUE SE SEGUEM ÀS OPERAÇÕES ABDOMINAIS (The functional derangement of the intestine that follows abdominal operations) *Victor Bonney* — The Lancet, vol. CCXXVII, n.º 5807, 15 de Dezembro 1934, pg. 1323.

As operações que abrem a cavidade peritoneal ou as que não a abrem mas atingem os tecidos em juxtaposição a ella, causam um disturbio intestinal caracterizado por uma cessação geral ou parcial dos movimentos intestinais e uma perturbação especifica da circulação mesenterica. Como resultado disso ha um rompimento no equilibrio da balança dos gazes intestinais e se segue uma distensão gazosa.

Si estas perturbações motoras e vaso-motoras são acentuadas e prolongadas e a distensão atinge a um alto grau, o retorno venoso da circulação intestinal sofre um retardamento devido á compressão do mesenterio e ao aumento da pressão intra-peritoneal. A parede dos intestinos distendidos fica paralisada e como que se enovela em varios pontos, produzindo uma serie de obstruções mecanicas.

Esta perturbação da circulação venosa mesenterica provoca uma exsudação na luz do intestino, mais acentuada onde a congestão venosa atinge ao maximo e o fluido exsudado se altera, tornando-se mui toxico.

Os fatos acima relacionados não estão em relação com a extensão da intervenção nem com a exposição do intestino, pois eles podem ocorrer em operações que não abrem a cavidade peritoneal. Isto, junto com o fato da area operada estar muitas vezes á distancia da zona na qual têm lugar os acontecimentos, pode sómente ser explicado pela hipótese de que as perturbações motoras e vaso-motoras do intestino, que constituem o fundamento destes fenomenos, sejam causadas por um agente gerado em algum outro lugar, nos tecidos que a operação traumatizou. Naturalmente a sua produção tem alguma relação com as modificações circulatorias parciais.

O A. termina confirmando que estes problemas que ele tem tentado coordenar são muito intrinsecos e ninguem mais do que ele está consciente de serem ainda incompletos os resultados obtidos. Escolheu entretanto estes temas na esperança de incitar um maior numero de trabalhadores a entrar no campo das pesquisas experimentais de cujos resultados muito se espera para minorar o risco e o sofrimento que até agora ainda existem nas intervenções abdominais.

O TRATAMENTO DAS RETENÇÕES DE URINAS POST-OPERATORIAS (The treatment of post-operative retention of urin) *N. R. Bar-*

rott — The Lancet, vol. CCXXVII, n.º 5802, 10 de Novembro de 1934, pg. 1046.

As retenções post-operatorias de urinas constituem sem duvida uma das complicações mais incomodas com que se pode ver um cirurgião.

O cateterismo vesical que resolve com facilidade a retenção tem o defeito de correr o risco de infecção e de ter que ser repetido.

Em 414 doentes operados o A. encontrou a retenção de urina em 9% dos homens e 7% das mulheres.

Depois de se estender em minuciosas considerações chega a conclusão que a retenção post-operatoria não pode ser completa e definitivamente resolvida pelo uso do catéter, mas si o instrumento é passado antes da bexiga estar anormalmente distendida, quando o paciente sente as primeiras dificuldades, dois terços dos casos serão aliviados definitivamente sem inconveniente algum e o terço restante pode ser tratado pelos processos comuns. A passagem do catéter como medida profilatica não tem valor algum. O catéter não deverá ser usado em doentes que tenham uma infecção das vias urinarias.

O mais energico medicamento contra

os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Notas terapeuticas

O BACTERIOFAGO ANTI-ESTAFILOCOCCICO NA FURUNCULOSE

D. R. — 4 anos.

Resumo do historico da doença — Sujeita a furunculos desde os 3 anos de idade: informa sua mãe que periodicamente lhe saem 6 a 7 furunculos pelo corpo, acompanhados de febre alta e supuram. Curam-se com papas de linhaça mas tornam a voltar.

Atualmente tem 4 furunculos bem grandes nas coxas, nadega e pé esquerdo.

Diagnostico — Furunculose.

Tratamento — 2 meias ampolas de ESTAFILOFAGINA por dia.

A doente só tomou 6 ampolas inteiras e ficou completamente curada. Conseguiu engordar muito e 3 meses após, época em que costumava sair novos furunculos, não vieram desta vez.

A) Dr. José de Paula Chaves.

Rio, 10—12—34—VR.

TRATAMENTO
DA ASTHMA
E SUAS COMPLICAÇÕES
PELA
ASMOZINA

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública
sob o nº 50 de 1931

Injeções intra-musculares ou intravenosas a base
de sal de arsenito, cacodylate, phosphate de so-
dio para o tratamento de ASTHMA, são conven-
cientes não adrenerina.

Caixa com 12 amp. de 2 cc.
Produtos fabricados pelo Laboratorio Medico Brasileiro

Propaganda exclusivamente medica

ASTHMA

ASMOZINA

Laboratorio Medico Brasileiro

Conselho Técnico

Dr. José de Costa Cruz, Dr. Eulio de Figueiredo
Do Instituto Oswaldo Cruz - Mangueiras.

Distribuidores: FROST & CO. - CR. 2082 - Rio de Janeiro



IMPUREZAS DO SANGUE

Biodarsyl

DEPURATIVO

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA (ELIXIR E AMPOLAS)
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Diretor - Dr. Pedro Maciel

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

DROGARIA GAVIOLI & CIA.

Rua Uruguay, 303 e 307

Especialidades farmaceuticas
Nacionais e Estrangeiras.

Productos chimicos dos melhores
fabricantes.

Herbas medicinaes.