

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV

OUTUBRO DE 1936

N. 10

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Prof. da Fac. de Medicina

VICE-PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatría

SECRETARIO GERAL

JOÃO L. DE AZEVEDO

Director da Enf. Octavio de Souza

1.º SECRETARIO

HELMUTH WEINMANN

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

LUIZ S. BARATA

Doc. de Cl. Urológica

TESOUREIRO

CORADINO L. DUARTE

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

IVO CORREIA MEYER

Cat. de Cl. Oftalmologica

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Médica

J. MAYA FAILLACE

Doc. e Chefe do Lab. de
Higiene

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAYR FIGUEIREDO

REDADORES

NOGUEIRA FLÔRES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICO VALERIO

ALVARO FERREIRA

MARTIN GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACY MONTEIRO

FLÔRES SOARES

HUGO RIBEIRO

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

MAYA FAILLACE e Y. NEMOTO — Estudo da água da "Fonte do Cais do Porto"	Pag. 485
JOSÉ SARMENTO BARATA — Aspetos clínicos, radiológicos e electrocardiográficos da doença de Bouillaud	" 485
JUVENAL SANTOS e FRANCISCO LEITÃO — Um caso de doença de Addison com hipotensão arterial externa	" 517

Sociedade de Medicina

Atas	" 522
------------	-------

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amp. de 2cc., contendo 10 centigrs. de Iodo
Via intramuscular ou endovenosa



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

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Estudo da água da „Fonte do Cáis do Porto“*)

Potabilidade — Mineralisação — Normas sanitarias

por

Maya Faillace

Bacteriologista-chefe da D. de Higiene e S. P. do Estado.

Docente-ch. do laboratório de Higiene da Fac. de Medicina.

Y. Nemoto

Químico-chefe da Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado.

Dirigiu-nos o nosso acatado presidente cordial intimação no sentido de contribuímos, com materia de nossa especialidade, para a serie de conferencias que estão sendo realizadas nesta douta sociedade. Ocuparemos por isto a atenção dos colegas estudando um problema de saúde publica que apresenta alguns aspectos técnico-sanitários dignos de registro. Referimo-nos ás investigações que realizámos, em colaboração com o Dr. Y. Nemoto, com o objetivo de estudar a água da denominada “Fonte do Cáis”, emergente que surgiu em fins de 1934, ao construir-se o prolongamento do cáis do porto desta capital, nas proximidades do frigorífico do Estado. A referida água foi desde logo tida e proclamada, além de pura, como “mineral”, por apresentar uma taxa de mineralização acima das cifras habituais. Começou então a ser larga e abusivamente distribuida, em más condições de captação e sem o mínimo controle sanitário, attribuindo-lhe a credulidade popular as mais variadas propriedades terapeuticas.

No exercício de suas legítimas e indeclináveis atribuições, interveiu a D. de Higiene e Saúde Pública, e, após os exames que praticámos, foi a fonte em questão oficialmente interdita, visto não oferecer segurança quanto á sua potabilidade. E' a orientação que seguimos nesses exames, seus resultados e as normas sanitárias deles decorrentes que constituem o presente trabalho.

No estudo da água da “Fonte do Cáis” devem ser considerados dois problemas bem distintos:

- 1.º — Fundamental, pois diz respeito aos altos interesses da defesa da saúde pública: tratar-se-á de água potável e que, portanto, possa habitualmente ser consumida como bebida sem prévio tratamento depurador?

* Conferencia realizada pelo Dr. Maya Faillace na Sociedade de Medicina de Porto Alegre em 7 de Agosto de 1936.

2.º — A “Fonte do Cáis” será realmente uma verdadeira fonte hidromineral?

1.º). ESTUDO DA POTABILIDADE

Preliminarmente, e como guia de conduta, que se entende, em resumo, por “água potável”, do ponto de vista sanitário, e quais os exames de laboratório e outros necessários para licitamente classificar como tal a água proveniente de uma fonte ou de qualquer outra origem?

Referindo-se a esta complexa questão, assim se expressa E. Boujean, membro do Conselho Superior de Higiene da França e cujos trabalhos na matéria são classicos em hidrologia:

“A possibilidade de utilizar uma água para alimentação está subordinada a grande número de condições que devem ser atendidas em cada caso particular. Só pelo estudo do conjunto dos resultados fornecidos pelo exame das propriedades físicas, pelas análises química, bacteriológica e micrográfica, pelo estudo geológico dos terrenos atravessados, pela topografia da região, pela critica das causas de poluição — só após tais pesquisas, é que se poderá concluir, e ás vezes com dificuldade, si uma determinada água deve ou não ser entregue ao consumo. E si fôr absolutamente necessário definir o que se entende por “água potável”, daremos a fórmula seguinte, que nos parece resumir de maneira intencionalmente vaga, por ordem de importancia, as principais condições exigidas:

“A agua destinada á alimentação do homem deve ser pura, isto é, não deve apresentar pelo exame físico, químico e microbiológico nenhum indício de poluição de origem suspeita. Deve ainda ser agradável ao paladar, límpida e não desprender nenhum odor.”

Antigamente só a análise química era considerada como importante; quando os métodos bacteriológicos começaram a ser utilizados, houve a tendência de atribuir-lhes uma preponderancia excessiva e a menosprezar o exame químico. Atualmente, e com justificada razão, atribue-se grande importancia ao estudo geológico dos terrenos atravessados pelas águas subterrâneas e outras.

Não está em causa estabelecer a superioridade de um ou de outro desses 3 meios de investigação: químico, bacteriológico, geológico. Mas a verdade é que o estudo sério da água destinada á alimentação exige êsses 3 meios de exame e a comparação atenta dos respectivos resultados. Muitas vezes a análise química oferece indicações de extrema importancia sob o ponto de vista sanitário, em circunstancias em que as pesquisas bacteriológicas se confessam impotentes, e, não raro, só o exame químico desvenda a origem e a natureza das contaminações. Por exemplo: uma simples e efêmera filtração, pelo terreno, pode mascarar a poluição fecal da água. Temos tido oportunidade de examinar águas de poços, situados na vizinhança de fossas não estanques, e que recebiam assim urina e fezes filtradas em grande proporção. Ao passo que os exames bacteriológicos davam bons resultados, a análise química revelava, flagrantemente, na água desses poços, considerável quantidade de liquido proveniente das latrinas”.

Pouco valor, com efeito, tem qualquer desses exames tomado isoladamente. Si em muitos casos, como ainda acentúa Bonjean, a análise química basta para estabelecer a má qualidade de uma água, ela é sempre insuficiente como garantia de sua boa qualidade. O mesmo, absolutamente, pôde-se dizer do exame bacteriológico, o qual, na afirmativa dos mais autorizados hidrólogos, poderá quando isolado permitir apenas a conclusão de que a água de um manancial é suspeita ou má, porém não basta para assegurar-lhe a pureza.

Entre nós, refletindo a mesma superior orientação, afirma Afranio Peixoto, em seu conhecido compendio de Higiene:

"Deve-se dizer que hoje são unânimes os higienistas, e neste número microbiologistas como Roux e Loeffler, que, dando valor ás deposições da análise bacteriológica da água, reduzem-na a complemento da análise química, e ambas subsidiárias da mais importante delas, a proveniência e origem geológica da água. Só de posse dessas informações todas, em concordancia e interdependência, será permitido juízo seguro."

Em linhas gerais, também Rosenau (para mencionar apenas mais um sanitarista de reputação mundial) encara de maneira análoga o problema da potabilidade da água, pois textualmente escreve:

"A good water may be defined as one of good sanitary quality, as determined by physical inspection, bacteriological and chemical analyses, a sanitary survey of the watershed, and, finally, by practical experience. A polluted water is one containing organic waste of either animal or vegetable origin. A polluted water is a suspicious water. An infected water contains the specific microorganisms of human diseases".

Vejamos enfim o que determina o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual, necessariamente, condensa a suprema legislação sanitária brasileira:

Água — Artigo 702 — Serão consideradas potáveis as águas que química e bacteriológicamente não acusem indícios de contaminação, nem apresentem qualquer anormalidade na sua composição.

Impõe assim o D. N. de Saúde Pública, a par do exame bacteriológico, a análise química, para estudo da potabilidade da água. E também o exame topográfico e geológico da emergente ou manancial, para verificação da possibilidade de garantir-lhe a pureza, como também exige o mesmo regulamento.

Mais ainda: é pouco prudente julgar pura qualquer água em virtude de exames praticados com uma única amostra. Análises sucessivas podem vir condena-la, revelando poluições intermitentes. E' quasi sempre necessário fazer exames em série, em períodos de seca e após períodos de chuva.

Succede aqui o que constitue regra em todas as pesquisas de laboratorio, mesmo quando praticadas com técnica perfeita: um resultado negativo não tem o mesmo valor de um positivo. Este é concreto, indubitável, mas um único resultado negativo, quanto á existência de contaminações, não pode satisfazer á ampla visão e ao critério ponderado do higienista, salvo circunstancias epidemiológicas e topográficas ótimas e excepcionais que permitam afastar a possibilidade de tal ocorrência.

Deduz-se do exposto, e de maneira evidente, que para o estudo re-

gular da potabilidade da água de qualquer emergente, mesmo dentro dos limites das pesquisas de laboratório, são indispensáveis o exame bacteriológico, o exame químico, ou melhor, físico-químico, e a repetição de ambos em amostras colhidas sob condições meteorológicas diversas. Foi a norma que seguimos para nos ser possível concluir com verdadeiro rigor científico.

Praticámos 4 exames bacteriológicos em amostras colhidas em datas diferentes, além de algumas outras análises parciais. O primeiro foi feito em 2 de Janeiro de 1935. Naquela época a fonte não possuía sequer esbôço de proteção; a água depois de atravessar um cano era coletada numa excavação existente no sólo, ao lado dos alicerces das obras do cáis. Da excavação, que era completamente desprotegida, e em cujas proximidades aglomeravam-se numerosas pessoas, a água era lançada para o exterior por meio de uma bomba.

Claro é que, em tais condições, por maior que fosse o cuidado na colheita da água para exame, a amostra conseguida não traduziria o verdadeiro estado bacteriológico da emergente, visto convergirem para a excavação águas provenientes de outros pontos. Mas não é menos verdade que a referida amostra fotografava exatamente a natureza da água que estava sendo distribuída e utilizada como bebida.

Como fôra previsto, péssimos foram os resultados dos exames químicos e bacteriológicos praticados nessa amostra, que permitiram encerrarmos desta maneira nosso primeiro parecer sôbre a matéria:

“Exames periódicos futuros permitirão verificar, em definitivo, si se trata de poluição intermitente ou contínua, irreparável ou capaz de ser removida mediante adequadas obras de proteção. Mas, em resumo e concluindo, — julgámo-nos autorizados a declarar que a água da “Fonte do Cáis do Porto” deve ser condenada, pelo menos provisoriamente, pois o consumo dela como bebida, nas condições atuais, constitui iminente perigo para a saúde pública”.

Mais tarde novas pesquisas foram realizadas, cujos resultados constam de nosso segundo parecer que adiante transcrevemos. Anexamos também os protocolos integrais de dois exames bacteriológicos mais expressivos, feitos respectivamente antes e após chuvas.

Directoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul

Laboratorio Bacteriológico — Porto Alegre

Análise bacteriológica de água

Requisição de: *Director de Higiene.*

Localidade: *Porto Alegre. Cáis do Porto.*

Objetivo da análise: *Potabilidade.*

Dia e hora da colheita: *10½ hs. de 19—2—935.*

Temperatura ambiente: *25,0° C.*

Estado do tempo no momento da colheita: *Bom.*

Estado do tempo anterior a colheita (8 dias antes): *Chuvas fracas ha cerca de 7 dias atraz.*

Espécie da água: *Subterranea*.

Sofre a água algum tratamento prévio? *Não*.

Local da colheita: *Na manilha*.

Quem colheu a amostra: *Drs. Maya Paillace e Nemoto*.

Volume colhido: *4 litros*.

Temperatura da água: *23,0° C.*

Método da colheita: *Frasco esterilizado*.

Acondicionamento da amostra: *Frasco esterilizado*.

Condições de transporte: *Rápido*.

Proteção do curso d'água ou lençol subterrâneo: *Não*.

Obras de proteção do ponto de captação: *Caixa de concreto recobrindo a emergência*.

Construções nas proximidades do ponto de captação: *Sim*.

Interrogatório epidemiológico entre as pessoas que se utilizam da água:

Análises anteriores: *Sim*.

Possíveis causas de contaminação nas proximidades do ponto de captação: *Sim*.

Dia e hora em que a amostra deu entrada no laboratório: *As 11 horas de 19-2-1935*.

Análise qualitativa

RESULTADOS

I. Pesquisa de Bacilos tífico e paratíficos	<i>Negativo</i>
" " " disentéricos	"
" " Colibacilo	<i>Positivo</i>
" " Bacillus cloacae	<i>Negativo</i>
" " Bacillus enteritides sporogenes	"
" " " enteritis	"
" " " fluorescens liquefaciens	"
" " " foecalis alcaligenes	"
" " " lactis aerogenes	"
" " " paraputrificus	"
" " " putrificus	"
" " " pyocyaneus	"
" " " violaceus	"
" " Micrococcus enteritis	"
" " Proteus vulgaris	"
" " Pneumobacilo, de Friedlaender	"
" " Bacterias termofilas a 56°	"

II. Exame do sedimento —

III. Ação patogênica (inoculação de cultura em cobaia) —

Capacidade indoligena do colibacilo isolado: *FORTE*.

Análise quantitativa

	A água comém	
	Por cent. cúbico	Por litro
Germens contados		
Aerobios	em caldo a 37°	
	em gelatina a 20°	220
	em gelose a 37°	800
Colonias liquidificantes		220.000
Cogumelos	40	800.000
Colibacilos		40.000
		100

Classificação de água

Escala de Miquel

(Aeróbios)

- 0 a 10 germens por c.c. = Água excessivamente pura.
 10 a 100 germens por c.c. = Água muito pura.
 100 a 1.000 germens por c.c. = Água pura.
 1.000 a 10.000 germens por c.c. = Água medíocre.
 10.000 a 100.000 germens por c.c. = Água impura.
 Mais de 100.000 germens por c.c. = Água muito impura.

Escala de Vincent

(Colibacilos)

- 10 a 50 colibacilos por litro = Água muito boa ou boa.
 50 a 100 colibacilos por litro = Água medíocre.
 100 a 1.000 colibacilos por litro = Água suspeita.
 1.000 a 10.000 colibacilos por litro = Água má.
 10.000 a 50.000 colibacilos por litro = Água perigosa.

Principais espécies encontradas

- 1) Colibacilo
- 2) *Staphylococcus citreus*
- 3) *Staphylococcus albus*
- 4) Tetrágenas da água
- 5) Varias bacterias cromogêneas
- 6) Cogumelos diversos.

Parecer: Vide conclusões no Parecer N.º 2, conjuntamente com os resultados dos exames químicos.

(Ass.) *Dr. Maya Faillace*
 Bacteriológista-chefe.

Pôrto Alegre, 2 de Março de 1935.

Resumo das instruções para colheita e remessa de ÁGUAS, destinadas a Exames Químicos e Bacteriológicos na Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado:

Deverá ser remetida uma quantidade mínima de 2 litros, enviada dentro de um ou mais frascos de vidro esterilizado e com rolha de esmeril. Rolhas de borracha ou cortiça prejudicam a exatidão dos resultados.

Salvo caso urgente, a remessa das amostras da água a examinar deverá ser avisada com antecedência, para o devido preparo do material indispensável às análises.

As amostras de água deverão ser colhidas asépticamente com os cuidados técnicos indicados. Os frascos hermeticamente tapados, de preferência cobrindo a tampa com parafina liquefeita pelo calor e, quando o material não possa ser levado imediatamente ao Laboratório, o frasco contendo a água será colocado dentro de um pequeno caixote com gelo quebrado e serragem.

Caso o material não seja remetido nas condições acima, só se poderá praticar os exames químicos, estes mesmos com restrições, ficando prejudicados os bacteriológicos. O Laboratório Bacteriológico poderá emprestar os frascos necessários à colheita das amostras.

As amostras de água devem vir acompanhadas das seguintes informações:

- Nome de quem requisita os exames.
- Localidade.
- Dia e hora da colheita da amostra.
- Estado do tempo no dia da colheita e na semana anterior.
- Método da colheita (se na bomba de um poço, na torneira, na superfície ou profundidade do rio, fonte, etc.).
- Condições de transporte.
- Obras de proteção do manancial (paredes de alvenaria em caso de poço, zona de proteção, etc.).
- Existência de habitações nas proximidades, etc.

Em todos os casos, e principalmente em se tratando de águas para abastecimento público, é conveniente a ida de um técnico para colheita das amostras e demais observações complementares, indispensáveis para julgar com segurança da potabilidade da água que se pretende aproveitar. Convém, outrossim, repetir os exames antes e após períodos de chuva.

Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul

Laboratório Bacteriológico — Porto Alegre

Análise bacteriológica de água

Requisição de: *Diretor de Higiene.*

Localidade: *Porto Alegre. Cais do Porto.*

Objetivo da análise: *Potabilidade.*

Dia e hora da colheita: *11 hs. de 13—3—935.*

Temperatura ambiente: —

Estado do tempo no momento da colheita: *Sombrio*.

Estado do tempo anterior a colheita (2 dias antes): *Chuvas variáveis, ventos do sul*.

Espécie da água: *Subterranea*.

Sofre a água algum tratamento prévio? *Não*.

Local da colheita: *Na manilha*.

Quem colheu a amostra: *Drs. Maya Faillace e Nemoto*.

Volume colhido: *2 litros*.

Temperatura da água: —

Método da colheita: *Frasco esterilizado*.

Acondicionamento da amostra: *Frasco esterilizado*.

Condições de transporte: *Rápido*.

Proteção do curso d'água ou lençol subterrâneo: *Não*.

Obras de proteção no ponto de captação: *Caixa de concreto e parede circular de alvenaria*.

Construções nas proximidades do ponto de captação: *Sim*.

Interrogatório epidemiológico entre as pessoas que se utilizam da água:

Análises anteriores: *Sim*.

Possíveis causas de contaminação nas proximidades do ponto de captação: *Sim*.

Dia e hora em que a amostra deu entrada no laboratório: *Às 11 hs. 20' de 13-3-935*.

Observações:

Análise qualitativa

I. Pesquisa de	Bacilos tífico e paratíficos	<i>Negativo</i>
"	"	"
"	"	"
"	Colibacilo	<i>Positivo</i>
"	Bacillus cloacae	<i>Negativo</i>
"	Bacillus enteritidis sporogenes	"
"	"	"
"	enteritis	"
"	fluorescens liquefaciens	<i>Positivo</i>
"	foecalis alcaligenes	"
"	lactis aerogenes	"
"	paraputrificus	"
"	putrificus	"
"	pyocyneus	<i>Negativo</i>
"	violaceus	"
"	Micrococcus enteritis	"
"	Proteus vulgaris	"
"	Pneumobacilo, de Friedlaender	"
"	Bacterias termofilas a 56°	<i>Positivo</i>

II. Exame do sedimento —

III. Ação patogênica (inoculação de cultura em cobaia) —

Capacidade indolígena do colibacilo isolado: *FORTE*.

Análise quantitativa

Germens contados	A água eoném	
	Por cent. cúbico	Por litro
Aerobios {	em caldo a 37°	
	em gelatina a 20°	1.300
	em gelose a 37°	1.600
Colonias liquidificantes		1.300.000
Cogumelos	60	1.600.000
Colibacilos	1	60.000
		1.000

Principais espécies encontradas

- 1) Colibacilo
 - 2) B. fl. liquefaciens
 - 3) B. f. alcaligenes
 - 4) B. l. aerogenes
 - 5) B. paraputrificus
 - 6) B. putrificus
 - 7) Staphylococcus citreus
- Várias bacterias cromogêneas
Diversos cogumelos.

Parecer: Vide conclusões no parecer n.º 2.

Observações: É de notar o rápido e acentuado aumento de rendimento da emergente, fato que ocorre habitualmente quando existem comunicações próximas com águas da superfície.

(Ass.) *Dr. Maya Faillace*
Bacteriologista-chefe.

Pôrto Alegre, 22 de Março de 1935.

A água colhida no dia 19 de Março revelou os seguintes dados físico-químicos para julgamento de sua potabilidade:

Côr	Ligeiramente opalina
Cheiro	Inodor
Sabôr	Ligeiramente salobro, peculiar
Reação	Ph 6,2
Materia orgânica, em oxigênio absorvida ...	0,75 em 1.000.000 partes
(Método A. O. A. O. meio alcali.)	
Amonia livre e salina, em N.	0,47 " " "
Amonia albuminoide, em N.	0,04 " " "
Relação entre amonia livre e albuminoide ..	1:0,08
Nitritos	Negativa
Nitratos	Traços (menos de 0,05)
Cloreto de sódio, NaCl	354,81 em 1.000.000 partes
Dureza total, em grau francês	12,3°
Dureza temporária, em grau francês	2,4°
Resíduo seco a 180°C.	651,00 em 1.000.000
Efeito da incineração	Muito ligeira carbonização

PARECER N.º 2

Pôrto Alegre, 4 de Abril de 1935

ÁGUA DA "FONTE DO CAIS DO PÔRTO" }

Estudo de "Potabilidade"

CONCLUSÕES:

De acôrdo com princípios elementares de hidrologia, estudámos o problema da potabilidade da água da "Fonte do Cais do Pôrto", encarando-o sob seus dois aspectos fundamentais: pesquisas físico-químicas e bacteriológicas, aliadas á observação geológica e topográfica do local de emergência.

Não nos limitámos, conforme se verifica nos protocolos anexos, a exames procedidos em uma única amostra da água em questão. Repetimo-los em material colhido em várias ocasiões, sob condições meteorológicas diversas, antes e após períodos de chuvas. Evitamos assim conclusões apressadas, atendendo á possibilidade de poluições intermitentes, que podem passar completamente desaperecidas a um exame isolado. E' ocorrência possível, ressaltada pelos mais reputados hidrologistas e, tambem, não raro por nós observada ao praticar, no Laboratório Bacteriológico, exames em série de amostras de águas provenientes de emergentes e mananciais, desta capital e de numerosas localidades do interior do Estado.

A observação topográfica e geológica da "Fonte do Cais do Pôrto" revela, em resumo, que a captação da água é feita a cerca de 4½ metros abaixo do leito do rio Graíba, aproximadamente a 9m.80 da superfície do sólo. Segundo informações do Dr. Trajano Ribeiro, engenheiro das obras do cais, a sua descarga nesse ponto é de 6 litros por segundo, ou sejam, em media, 500 metros cubicos por 24 horas. Observamos várias vezes, após chuvas, acentuado aumento do rendimento da emergência, fato que ocorre habitualmente quando existem communicações próximos com águas da superfície.

O ponto de emergência da fonte, sito no fundo da excavação paralela aos alicerces da parte do cais em construção, está agora protegido por uma caixa de cimento, com manilha em sua parte central, e está sendo cercado por paredes de alvenaria.

A pequena diferença existente entre a temperatura ambiente e a da água da fonte em fóco, o seu volume e grau de mineralização, a inconstancia de composição e variações de rendimento, autorizam a afirmativa de que o lençol que a abastece percorre um trajeto não muito curto a pouca profundidade do solo. Está exposto assim ás múltiplas causas de contaminação, inevitáveis no subsólo das grandes cidades, e tão nitidamente evidenciados pelos estudos, entre outros, do grande sanitarista patricio Eng.º Saturnino de Brito.

Ainda do ponto de vista químico, a reduzida proporção de materia orgânica e nitratos, em contraste com grande quantidade de amonia livre

e a relação extremamente baixa entre a amonia albuminoide e a amonia livre, contribuem para demonstrar que o lençol d'água que abastece a "Fonte do Cais" recebe em seu trajeto subterrâneo, de modo direto, pequena quantidade de líquido intensamente poluído com dejectos de origem animal. Não se trata de infiltração imediata de águas do Guaíba (ou si tal mistura se faz, o será em diminutas proporções), porquanto, afóra outras diferenças, as águas daquele rio apresentam a mineralização média de 0gr.060 e a da fonte oscilou entre 1gr.610 e 0gr.650.

A água da "Fonte do Cais", por conseguinte, é *água poluída, julgada isoladamente pelo prisma de sua composição química.*

Ineiramente concordantes foram os resultados dos exames bacteriológicos, os quais, em cêrca de 3 meses de observações, acompanharam nitidamente as variações assinaladas pelas pesquisas de ordem química.

E' de acentuar, particularmente, o paralelismo entre o colitítulo — índice de poluição por dejectos animais — e as proporções relativas da amonia livre, que tem significação análoga: um colitítulo elevado correspondeu quasi sempre ás amostras que revelaram as mais altas taxas de amonia livre, e vice-versa, (Vide quadro seguinte).

Taxa global de germes relativamente baixa, porém grande percentagem de colibacilo fortemente indolígeno, mórmente nos exames praticados em amostras colhidas após chuvas, quando também se notam outros germes de origem fecal e bacterias térmofilas. Baixa proporção, quasi ausência de colibacilo nas épocas de estiagem, de tal maneira que nessas ocasiões um exame bacteriológico isolado poderá erroneamente fazer acreditar na potabilidade da emergente.

Concluindo: os exames bacteriológicos praticados em amostras de água da "Fonte do Cais do Pôrto", colhidas em datas diversas, demonstraram claramente que a referida fonte, sobretudo após as chuvas, *sufre as conseqüências da infiltração de águas impuras da superficie*, no local de captação ou, mais provavelmente, em qualquer ponto do lençol que a abastece. Mau grado a inexistência actual dos agentes das grandes infecções de origem hídrica, a presença de poluições periódicas por germes fecais evidencia a possibilidade de contaminações futuras por aqueles agentes patogênicos, maximé em vista do desenvolvimento crescente da cidade e da pouca profundidade da emergente estudada.

Assim, tanto os exames químicos e bacteriológicos, como a observação geológica e topográfica, são concordes em concluir que a água da "Fonte do Cais do Pôrto" *não oferece condições de segurança quanto á sua potabilidade.*

ass. Dr. Maya Faillace

Bacteriologista-chefe.

ass. Dr. Y. Nemoto

Químico-chefe.

Quadro demonstrativo das proporções relativas de Amonia livre e do Colitítulo:

Nas águas puras a proporção de AMONIA LIVRE, que é um dos índices químicos de poluição por dejectos de origem animal, atinge no máximo 0,mg.05 por litro. Na água da "Fonte do Cais" oscilou entre

0,mg.33 a 0,mg.61 por litro, cifras elevadíssimas do ponto de vista hidrológico.

E' de notar também a concordancia relativa (com uma única excepção) entre a AMONIA LIVRE e o COLITITULO, um dos mais valiosos indices bacteriológicos de poluição fecal da água.

<i>Data de colheita da amostra</i>	<i>Amonia livre</i>	<i>Colititulo</i>
2—1—1935	0,mg.56 p. litro	1.100 p. litro
8—2—1935	0,mg.61 " "	800 " "
19—2—1935	0,mg.33 " "	100 " "
13—3—1935	0,mg.52 " "	1.000 " "
19—3—1935	0,mg.47 " "	150 " "

2.º) ESTUDO HIDRO MINERAL

Para facilidade de explanação resumiremos o estudo desta face do problema em dois capítulos:

- Exame físico-químico e interpretação.*
- Origem, observação topográfica e geológica da "Fonte do Cais".*

a) *Exame físico-químico*

Radioatividade imediata (após uma hora) ...	0,17 milimicro Curie
" depois de 4 dias	0,08 " "
Temperatura da água	23,0º C.
" ambiente	25,50 C.

Foi a seguinte a composição química segundo amostra colhida no dia 19 de Março de 1935:

Cloreto de sodio, NaCl	354,mg81	par litro
Silica, SiO ₂	88, 85	" "
Sulfato de magnésio, MgSO ₄	88, 80	" "
Sulfato de calcio, CaSO ₄	59, 09	" "
Gaz carbonico livre, CO ₂	41, 50	" "
Bicarbonato de calcio, Ca(HCO ₃) ₂	38, 66	" "
(CaCO ₃ ...23,87)		
Sulfato de sodio, Na ₂ SO ₄	36, 19	" "
Cloreto de potassio, KCl	5, 38	" "
Bicarbonato de manganez, Mn(HCO ₃)	5, 36	" "
Protosesquioxido de manganez, Mn ₂ O ₃	2, 86	" "
Fosfato de calcio, Ca ₃ (PO ₄) ₂	2, 84	" "
Cloreto de amonio, NH ₄ Cl	1, 78	" "
Oxido de aluminio, Al ₂ O ₃	1, 23	" "
Brometo de potassio, KBr	0, 97	" "

Sesquioxido de ferro, Fe2O3	0, 57	“	“
Cloreto de litio, LiCl	0, 36	“	“
Iodo, I	Traços		
Boro	Traços		
Mineralização total	0,gr708,25 por litro		
Mineralização total menos gaz carbonico livre e o mesmo em forma de bicarbonato (parte que fica como residuo)	0,gr649,63	“	“

Como os sais, em solução diluída como a da água em estudo, existem ionizados na sua quasi totalidade, apresentamos abaixo o resultado da análise sem combinação hipotética, em estado eletrolítico:

Aniõte	Catiõte
Carbonato, CO ₃ 15,mg.90	Calcio, Ca 28,mg.04
Fosfato, PO ₄ 1, 74	Magnesio, Mg. 13, 56
Sulfato, SO ₄ 120, 41	Potassio, K. 3, 14
Cloreto, Cl 219, 25	Sodio, Na 151, 32
Brometo, Br. 0, 65	Amonio, NH ₄ 0, 60
Iodeto, I Traços	Litio, Li 0, 06
(0,007)	Sesquioxido de ferro.. 0, 57
Borato, B4O ₇ Traços	Fe ₂ O ₃
Silica, SiO ₂ 88, 85	Oxido de aluminio ... 1, 23
	Al ₂ O ₃
	Protosesquioxido de
	manganez, Mn ₃ O ₄ 5, 10
Soma	203,mg.52
	446,mg.80

Residuo sêco a 180° 0,gr.651,00
 Gaz carbonico livre, Co₂ 0, 041,50

(acidez a fenolftaleina — 100 ccms. = $4,15 \frac{n}{22}$ Na₂ Co₃)

Alcalinidade e methil-orange — 100 ccms. = $2,65 \frac{n}{50}$ H₂SO₄.

Residuo tratado com ácido sulfúrico para controle do resultado da análise 0,gr.737.70

Nota: SiO₂, Fe₂O₃, Al₂O₃, Mn₃O₄, não são iontes, porém foram assim apresentados por conveniencia de exposição.

Interpretação do exame físico-químico

Segundo definição vencedora no Congresso de Genebra — “água mineral é toda água natural proposta ao consumo em razão de propriedades terapeuticas ou higienicas especiais”. O mesmo, em suas linhas básicas, estatue o regulamento do D. N. de Saúde Pública (art. 705).

E' de fato a definição de conceito mais amplo e que melhor satisfaz ás exigências da prática hidrológica. Sabe-se realmente que os efeitos terapeuticos das autênticas águas minerais são provenientes sobretudo de suas propriedades físicas, tais como radioatividade, termalidade, estado coloidal, ionização (e outras ainda mal caracterizadas), que podem desaparecer, enquanto a composição química permanece inalterada. São por assim dizer águas vivas, "sôros da terra", na expressão de Landouzy. Embora isso, o estudo químico metuculoso de qualquer água proposta como mineral é imprescindível, porque concorre poderosamente para determinar-lhe a origem, presumir-lhe a natureza e classificá-la de acôrdo com seus elementos dominantes e mineralização secundária.

Em conjunto, a água em estudo apresenta mineralização total baixa, com temperatura comum e fraca radioatividade. Não pode ser classificada como água oligocromática ou radioativa (mais de 4 milimicro Curie, segundo o D. N. de Saúde Pública). Nela predomina o anionte cloreto e sulfato, não pode, porém, ser considerada como água dicromática cloretada-sulfatada, pois o total desses sais é apenas de 0gr.523 por litro.

Tratando-se particularmente dos sais, o que se destaca é a existência de 0gr.355 de cloreto de sódio, quantidade insuficiente para taxá-la como água mineral salina. Depois do cloreto de sódio seguem-se os sulfatos alcalinos terrosos (calcio e magnésio) com 0gr.127 por litro. Os efeitos terapeuticos dos alcalino-terrosos são diferentes segundo existirem como sulfatos, bicarbonatos e bicarbonatos com gaz carbônico livre. A existência de 0gr.127 de sulfatos alcalino-terrosos coloca-a sob este aspecto longe de ser classificada como água mineral. Aos sulfatos alcalino-terrosos seguem-se gaz carbônico livre e carbonato de calcio, 0gr.041 e 0gr.024 por litro, enquanto o regulamento do D. N. de Saúde Pública fixa como limite mínimo 0gr.400 e 0gr.100 respectivamente, para ser considerada como água mineral acidulo-gazosa e alcalino-terrosa.

Para comparação, resumimos no quadro abaixo o teor desses elementos em algumas águas minerais:

(Gr. por litro)

Estações	Cloretos	Sulfatos	Soma
Brides (França)	1,85	3,40	5,25
Saint-Gervais (França)	1,75	2,80	4,75
Pouillon (França)	6,25	3,30	9,55
Santenay (França)	5,80	3,20	9,00
Baden (Suissa)	1,65	2,20	3,75
Friedrischall. (Alemanha)	11,80	12,75	24,05
Cestona (Espanha)	5,55	2,70	8,25
Cheltenham (Inglaterra)	5,80	3,00	8,80
Leamington (Inglaterra)	10,50	4,00	14,50
Água do "Cais do Pôrto"	0,36	0,16	0,52

b) Origem, observação topográfica e geológica da "Fonte do Cais"

Para não nos alongarmos em demasia deixamos de entrar em outras considerações de ordem química. Dados mais completos constam dos quadros anexos. Passemos á observação topográfica e geológica da fonte em fóco para procurar precisar-lhe a origem.

De acôrdo com nossas observações e com informes fornecidos pelos Drs. Prof. F. Freitas e Castro e Trajano Ribeiro, organizámos um "croquis" (que está apenso ao fim deste trabalho) demonstrativo da localização da fonte e da constituição do sólo no ponto de sua emergência.

Como se evidencia no referido "croquis", a captação da água é feita a cêrca de 4½ metros abaixo do leito do rio Guaíba, aproximadamente a 9 metros e 80 da superfície do sólo. O ponto de emergência está situado no fundo da excavação paralela aos alicerces do prolongamento do cais, portanto, a poucos metros da Guaíba.

A água circula em camada arenosa, de cêrca de 3 metros de altura, a qual repousa sôbre o bloco de granito que se estende pelo sub-sólo da cidade e cuja espessura média é de varias centenas de metros.* Em sua face superior a camada arenosa confina com terreno argiloso compacto, de alguns metros de espessura, analogo ao que constitue o leito do Guaíba.

Segundo nossa opinião, e diante do que vimos explanando, a agua da "Fonte do Cais" provém prinçipalmente da agual pluvial que cae no perímetro urbano e atinge por infiltração o bloco granítico, que representa, de fato, a primeira camada impermeavel do nosso sub-sólo. A água deslisa na areia existente entre o mencionado blóco granítico e a camada compacta de argila que lhe fica sobreposta. E' parcialmente filtrada, maximé durante o tempo sêco. Após chuvas aumenta a carga e, como acontece frequentemente em casos análogos, a filtração torna-se imperfeita. Passam assim as impurezas em grande escala, reveladas pelos exames bacteriológicos feitos em amostras colhidas em tais períodos.

Alóra a observação geológica, que é bem elucidativa, baseiam-nos ainda nas razões seguintes:

a) A água da fonte não pode provir de infiltrações do rio, pois além de outras diferenças, a mineralização total da água do Guaíba oscila em tôrno de 0gr.060 por litro, enquanto que a da fonte varia entre 1gr.610 e 0gr.651. Ademais, a existência de uma camada argilosa compacta eno rio e a fonte, impede a infiltração direta desta pelas águas do primeiro. E' de notar, aliás, que essa camada de argila nada mais é do que parte do antigo leito do Guaíba, o qual ainda ha poucos anos, e antes da construção do "Cais do Pôrto", se prolongava até ás ruas Sete de Setembro e Voluntários da Pátria.

b) A temperatura da água é pouco diferente da do ambiente. Este fato indica que a água provem de pequena profundidade ou percorre

* Na Cervejaria Continental, sita á rua Cristovam Colombo, em zona não muito distante da "Fonte do Cais", está sendo tentada a abertura de um poço artesiano. A perfuração já está na profundidade de cêrca de 400 metros, sem que se conseguisse ainda atravessar o blóco granítico do sub-sólo da cidade.

regular distância a pouca profundidade antes de chegar ao ponto de emergência.

e) As variações rápidas e acentuadas da mineralização total, resumidas no quadro abaixo, fazem crêr que ela se efetua a pouca profundidade do sólo.

Quadro demonstrativo das variações da composição da água da "Fonte do Cais"

(Gr. por litro)

Data da colheita da amostra	Mineralização total	Cloreto de sodio	Sulfato de magnésio	Sulfato de cálcio	Carbonato de cálcio
11—12—1934	1,610	0,959	—	—	—
2—1—1935	1,210	0,781	0,162	0,145	0,32
28—2—1935	0,760	0,760	—	—	—
8—2—1935	0,935	0,505	—	—	—
19—2—1935	0,707	0,398	0,094	0,094	0,012
13—3—1935	0,756	0,407	—	—	—
19—3—1935	0,651	0,355	0,068	0,059	0,023

d) São também nítidas as variações relativas entre os diversos sais dissolvidos na água, consoante se verifica no quadro seguinte, que revela, dentre outros fatos significativos, a inconstância da proporção de cloreto de sódio comparativamente aos outros componentes minerais, prova de que a água não atravessa sempre as mesmas camadas geológicas.

Quadro demonstrativo das variações relativas dos diversos sais da água da "Fonte do Cais"

	Ca S04 + Mg S04	Variação r. em por cento sobre 0,32	MgS04	V. r. em por cento sobre 1,11	M. total menos NaCl	V. r. em por cento s. 0,65
	Na Cl.		Ca S04		Na Cl.	
11—12—34	—	—	—	—	0,69	+ 6%
2—1—35	0,32	—	1,11	—	0,65	—
28—1—35	—	$\frac{0,43-0,32}{0,32} \times 100$	—	—	0,35	-62%
8—2—35	—	—	—	—	0,86	+32%
19—2—35	0,43	+34%	1,22	+10%	0,78	-20%
13—3—35	0,36	—	—	—	0,86	+32%
19—3—35	0,36	+13%	1,16	+ 4%	0,84	+29%

e) A mineralização total diminuiu consideravelmente (caiu a menos de 50%) em pouco mais de 3 meses de observação (v. o penúltimo quadro acima). Uma fonte de origem profunda não apresentaria essa

acentuada diminuição em seu teor mineral, pois um dos característicos mais típicos de águas de tal natureza é a regularidade e fixidez notável de composição.

Nessas condições, é plausível a opinião de não se tratar de água profunda, que no caso deveria provir das camadas situadas abaixo do bloco de granito, o qual, como dissemos, constitui verdadeiramente a primeira camada impermeável do sub-solo da cidade.

Quanto á origem da mineralização encontrada, julgamos o seguinte:

1.º O cloreto de sódio é proveniente dos dejectos da cidade e, principalmente, dos numerosos depósitos de sal que existiam e ainda existem nas margens do Guaíba. O transporte e outras manipulações do referido sal, lenta e continuamente impregnam o sub-sólo daquela vasta zona.

2.º O cálcio e o magnésio originam-se da cal empregada nas construções e que, em grande parte, também se deposita e se infiltra no sub-sólo.

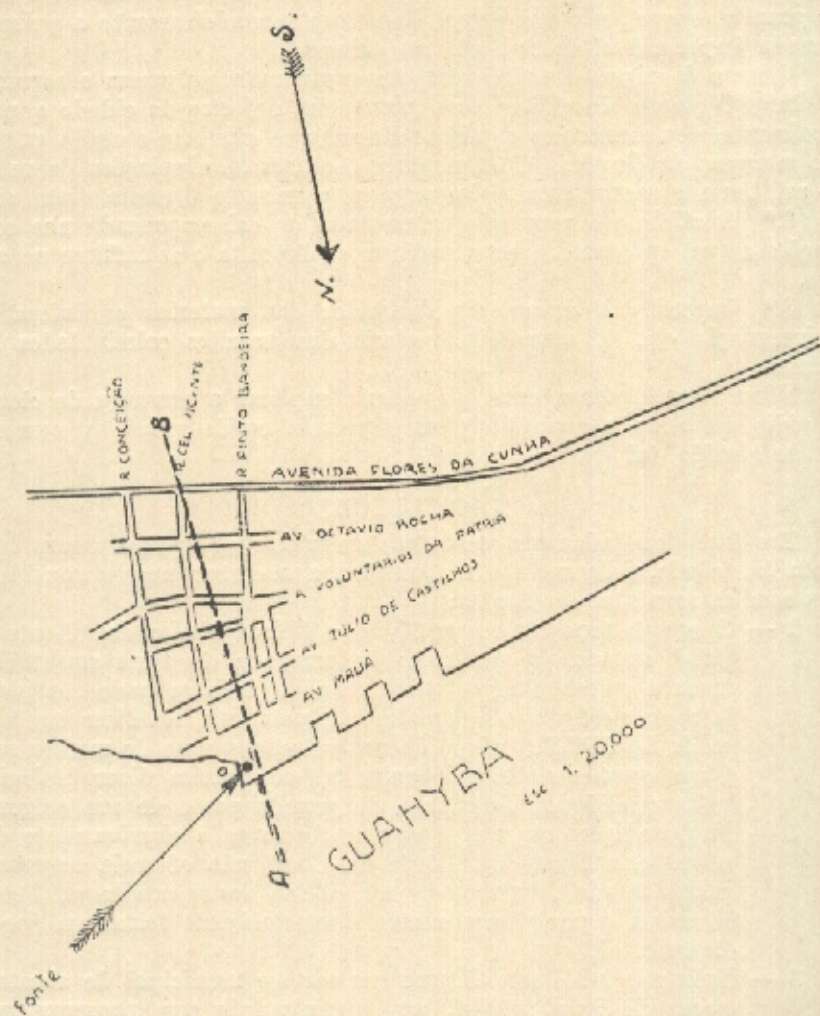
3.º Os sulfatos devem ser derivados das materias orgánicas em desintegração que se acumulam no solo das grandes colelvidades humanas.

Fóra dessa hipótese, como se poderia explicar a presença de cloreto de sódio, em elevada quantidade, em águas de região granítica, com terras de aluvião, tal qual é a nossa?

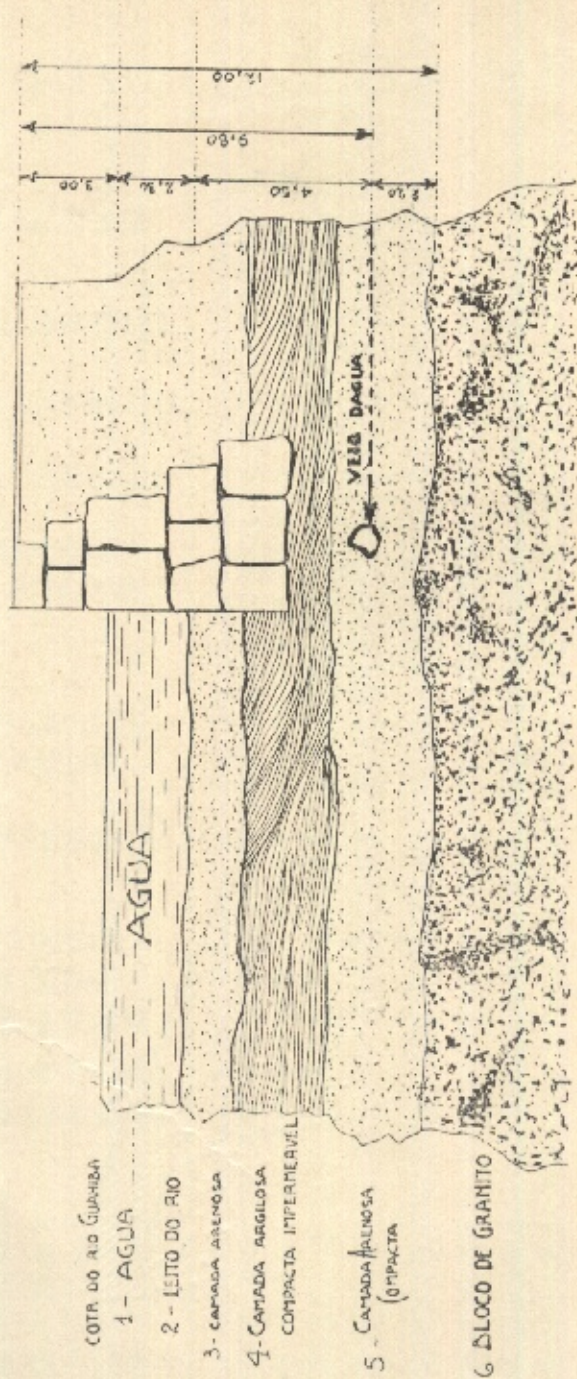
CONCLUSÕES

Em face dos dados que acabamos de trazer ao conhecimento desta douta Sociedade, julgamo-nos autorizados a encerrar nossas considerações com as seguintes conclusões:

- 1 — O estudo topográfico, geológico e físico-químico da "Fonte do Cais" autoriza a conclusão de tratar-se de água superficial, fraca e acidentalmente mineralizada. Não se pode considerá-la como verdadeira água mineral, pois esta, no dizer expressivo de LOEPPER, "não é apenas solução aquosa de muitos sais: é um complexo físico e químico, por assim dizer biológico, cujas qualidades dependem em grande parte de sua origem".
- 2 — Nas condições em que estava sendo larga e abusivamente distribuída, a água da "Fonte do Cais" não oferecia segurança quanto á sua potabilidade, afirmativa documentada pelo estudo acima e por vários exames bacteriológicos feitos em épocas diversas.
- 3 — Existindo em Porto Alegre um serviço municipal de abastecimento de água potável, bem organizado e com processos precisos de depuração, é dispensavel, ou melhor, não se justifica a entrega ao consumo público da água proveniente da referida "Fonte". E mesmo na eventualidade de novos dados científicos que porventura modificassem as presentes conclusões, revelando propriedades hidrominerais na água em foco, o uso dela só poderia ser licitamente autorizado após prévias obras de protecção, de eficiencia comprovada por longo período de observação, pois o papel da Higiene é, fundamentalmente, o de prevenir e não o de remediar.



Localização da «Fonte do Cais do Porto»



*"Croquis" da constituição geologica no ponto de emergencia da
"Fonte do Cais do Porto"*

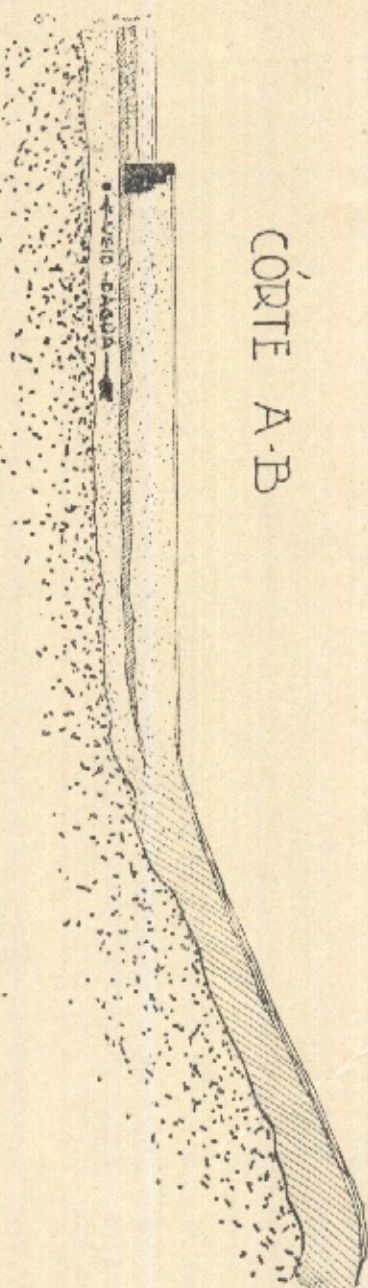
Faillace e Nemoto

CÔRTE A-B

BLOCO DE GRANITO

*“Croquis” mostrando a origem e trajeto propavel do lençol superficial
que abastece a “Fonte do Cais do Porto”*

Paillace e Nemoto



Productos „SANDOZ”

ALLISATINE

Anorexia — Dyspepsias — Diarrhéas — Enterites — Indigestões — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

BELLADENAL

Angina de peito — Asthma — Dysmenorrhéa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.

BELLAFOLINE

Astma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.

BELLERGA

Medicação estabilizadora do systema nervoso vegetativo de acção sobre o conjuncto: peripherio e central.

“CALCIUM-SANDOZ”

Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Período de amamentação, Crescimento) — Pneumonias — Diathese exsudativa — Estados tetanigenos — Dermatoses — Desequilíbrio do systema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

DIGILANIDE

Todas as insufficiencias cardiacas.

FELAMINE

Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia).

GYNERGENE

Atonia uterina — Menorrhagias — Tachycardia paroxistica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro dermatoses — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.

IPECOPAN

Tosse — Coqueluche — Bronchites.

LOBELINE

Asphyxias.

OPTALIDON

Antineuralgico desprovido de toda acção entorpecente.

SANDOPTAL

Insomnias.

SCILLARENE

Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

INFORMAÇÕES :

BUREAU SCIENTIFIQUE

Rua da Alfandega, 201 - 2º — Tel. 21-4487

RIO DE JANEIRO

Concessionarios exclusivos

Hugo Molinari & Cia. Ltda.

Rua da Alfandega, 201 — C. P. 161

Rio de Janeiro

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES ci-devant SANDOZ-BALE (Suisse)

Larostidine „ROCHE”

Tratamento bioquímico das

Úlceras

Gastro-Duodenais,
pelo chlorhydrato de
histidina

Producto original
estudado por Weiss,
Aron, em colaboração
com a casa „Roche”.

IMPORTANTE.

Solução a 4%, ampolas
de 5cc., doses preconizadas
por Weiss, Aron e consagradas
pela pratica.

Injecções indolores,
intramusculares ou
sub-cutaneas, diariamente
durante tres semanas
aproximadamente.



Grande vantagem de preço.

Garantia da marca «ROCHE».

Caixa de 6 ampolas de 5cc.

Productos Roche S. A. - Rio de Janeiro

PORQUE

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

?

Por ser manipulado com o maximo esculpulo e escorreito de impurezas;
Por dever a sua composiçao a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

**PHOSPHORO
CALCIO
IODO:**

Por ser absolutamente isento de alcool;
Por não produzir iodismo;
Por não conter fluoretos (desealcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);
Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;
Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e
Por ser um **TONICO PERFEITO** na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Boeio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

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

IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORGUE E CHALUMOGUEO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICAO DA CLASSE MEDICA

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

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

EQUILIBRIO
DO
SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO
GASTRO-INTESTINAL

FORMULA:

Atropina (Sulf.) 0,004
Eserina (Salicyl) 0,006
Extr. II. Rhamnus purshiana,
sem amargo, 10 c.c.
Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de
café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO
VAGO
SYMPATICO
GASTRO-INTESTINAL

ENTEROTONUS

Prisão de ventre rebelde
Perturbações do plexo solar
Dyspepsia nervosa
Meteorismo - Aerocolia
Aerofagia - Colites

ENTEROTONUS

Ó

PODEROSO REGULADOR

*Laboratorio do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.
Av. Mem. de Sá, 216 - Rio de Janeiro*

Aspectos clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos da doença de Bouillaud*

por
José Sarmiento Barata

(Continuação)

C) HIPEREXCITABILIDADE E INIBIÇÃO

a) Aritmia completa

A aritmia completa na doença de BOILLAUD tem sido estudada a meu ver com pouco interesse pelos diversos autores.

As referencias que encontramos são poucas e imprecisas.

LIAN a considera excepcional e descreve como raridade o caso de antigo reumatico no qual durante um violento surto reumatico observou a fibrilação auricular.

GERAUDEL se refere a casos nos quais a fibrilação auricular surgiu de modo transitorio durante o surto reumatismal agudo.

Diversos de nossos doentes com mitro-valvulite, já pelo processo de endo ou miocardite entre ou após diferentes perturbações de ritmo, como extra-sístoles, taquicardia paroxística, etc., terminavam com arritmia completa.

Este estado do ritmo tem levado frequentemente á descompensação, não raro rebelde aos tonicos cardiacos e beneficamente influenciada por eles quando associada á medicação anti-reumatica.

Compulsando a literatura medica e a nossa observação, nós verificamos tres fatos interessantes relativos á fibrilação auricular e ao reumatismo.

Em primeiro lugar encontramos as estatisticas responsabilizando a doença de BOUILLAUD como causa de 50% dos casos de fibrilação auricular.

Em 1931, em artigo publicado em 30 de Maio sobre a etiologia, tratamento e prognostico da fibrilação auricular no "Journal of American Medical Association", STRONB, REISINGER e LAPLAGE em 260 casos de fibrilação auricular demonstram a origem reumatismal em 48%, e em 1.º de Janeiro de 1932 em artigo publicado no "The American Journal of the Medical Sciences", voltam os autores a salientar o papel do reumatismo na fibrilação.

MC EACHEN e H. M. BAKER em 575 casos de fibrilação, 35% atribuem ao reumatismo.

Em segundo lugar, devemos notar o insucesso e a incerteza dos resultados terapeuticos obtidos com a digitalina e os derivados da quinina, em taes casos.

Terceiro:

E' indiscutivel o resultado da medicação que visa a dinamica cardiaca, quando esta é precedida da medicação especifica que se correla-

* Trabalho lido na sessão de 5 de Dezembro de 1935 da Sociedade de Medicina por ocasião das Jornadas Médicas comemorativas do Centenário Farron-pilha.

ciona com o motivo do disturbio cardiaco, tal como se dá com a tireoidectomia, no tratamento da aritmia completa dessa origem, ou com a medicagão salicilada, auxiliando a compensagão de um coração em insuficiencia miocardica e com uma cardite de BOUILLAUD em evoluçãõ. No entanto, diante de tudo isso, não cogitaram os medicos de auxiliar com o salicilato de sodio o tratamento da fibrilaçãõ auricular que sobrevem á doençã de BOUILLAUD e cujos resultados sãõ muitos sugestivos, como os Snrs. verãõ:

A. C., reg. 1282, é acometido quando ainda na Italia, de violento ataque de reumatismo poliarticular agudo. Dai para cá tem sofrido ataques leves. Ha dois mezes vem se acentuando progressivamente uma dispnêia de esforço a ponto de o imobilizar numa cadeira de bruços sobre a mesa.

Quadro clinico da doençã mitral reumatismal com aritmia completa em asistolia.

O eame radiológico revelou: (Fig. 20 e 21)

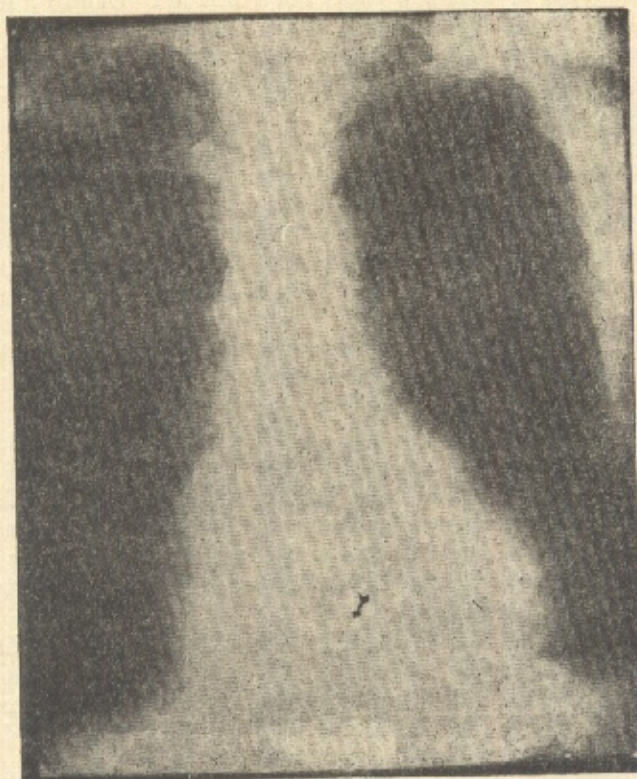


Fig. n.º 20

Cavidades auriculares e ventriculares aumentadas de volume.

A auricula esquerda, muito aumentada, faz saliencia ao nivel do arco medio e na parte superior do contorno direito, onde sua imagem se distingue perfeitamente do contorno da auricula direita.

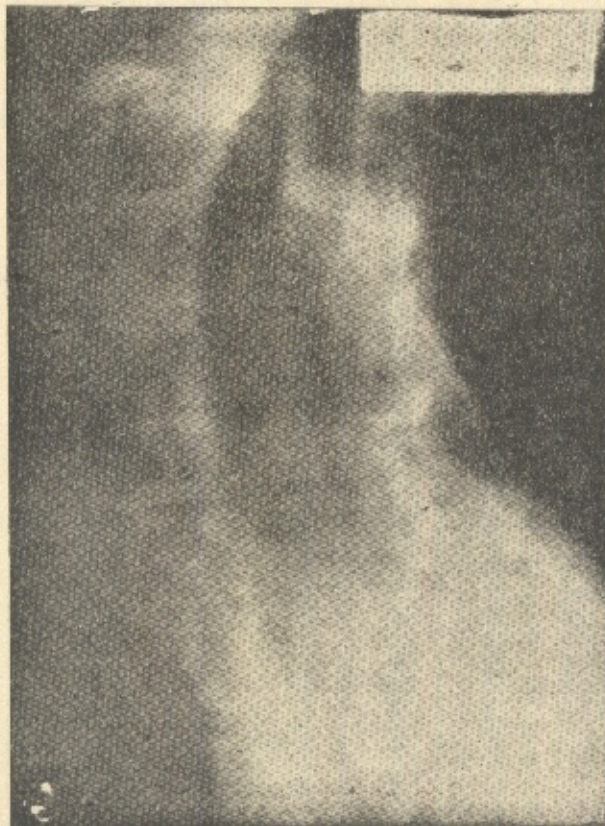


Fig. n.º 21

O 1.º exame eletrocardiografico revelou: (Figs. 22 e 22 A)

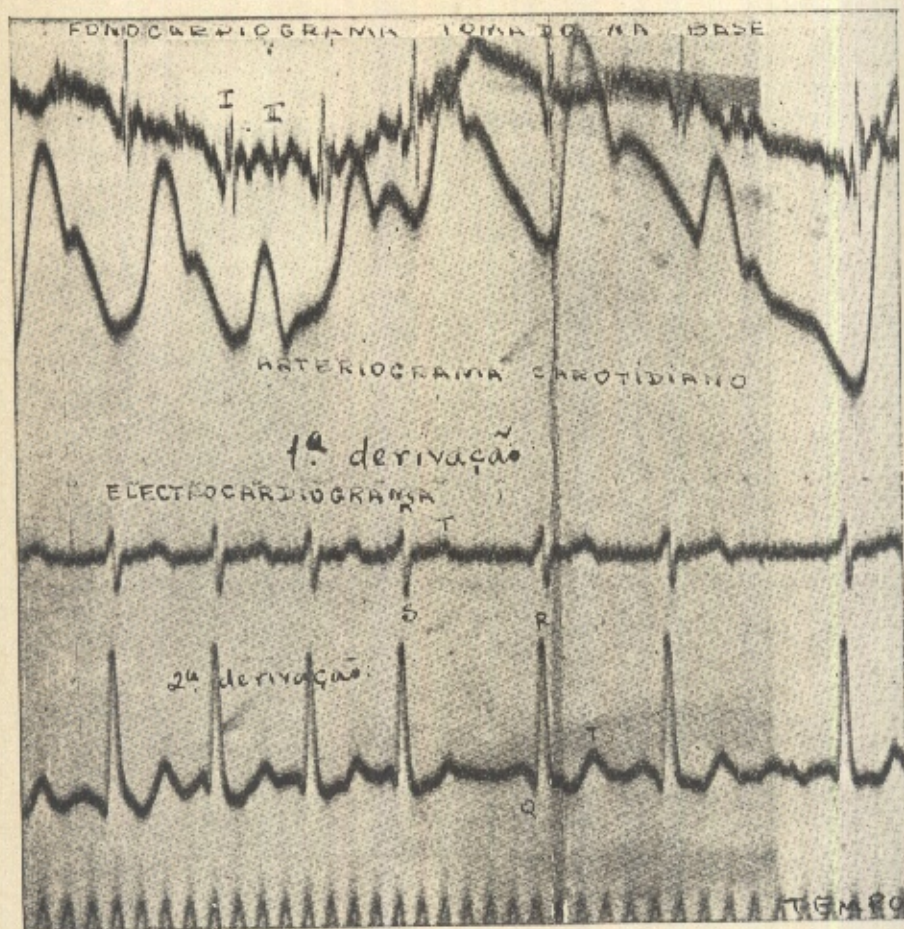


Fig. n.º 22

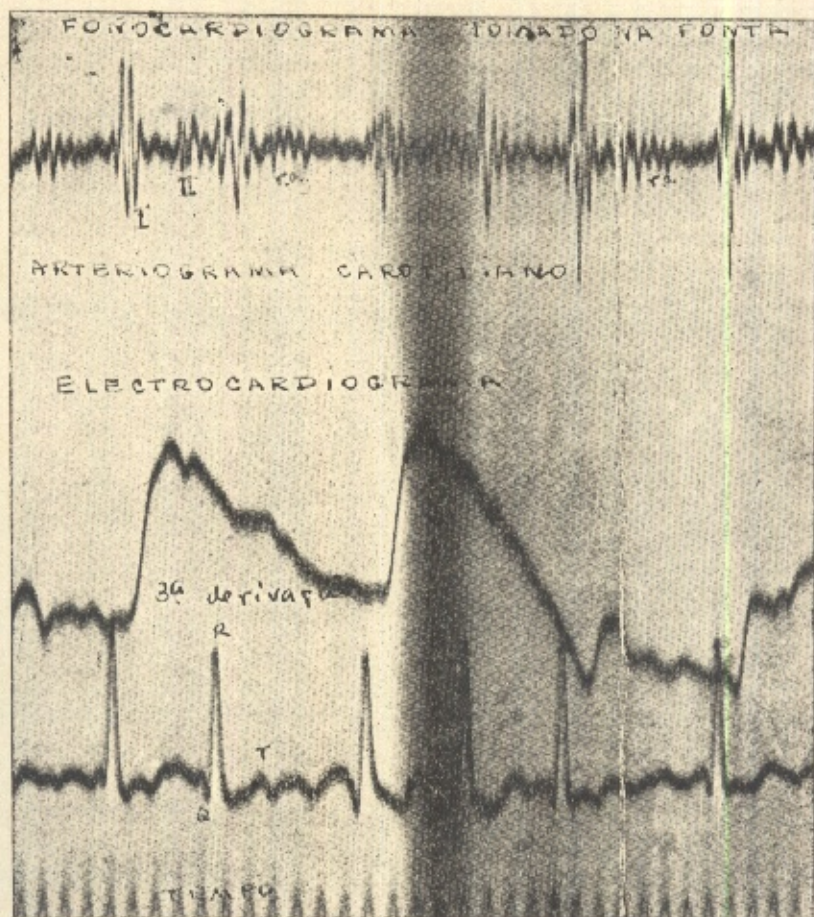


Fig. n.º 23 A

Taquiarritmia completa dos ventriculos entretida por fibriloflutter.
Baixo potencial de T.

Preponderancia ventricular direita.

Este paciente, que já vinha sendo digitalizado por diversas vezes, quando o vimos, não aproveitava, podemos dizer, com a ação da digitalina.

Nós instituímos ao lado da cura digitalica a medicação pelo salicilato de sodio, e apesar de não ter havido modificação de ritmo, o doente permaneceu em compensação durante 5 mezes, sem fazer cura periodica pelos tonico-cardiacos. Nesta ocasião é tomado novo eletrocardiograma onde é eloquente a melhora do paciente pela diminuição do numero dos complexos ventriculares, sua maior regularidade e potencial, assim como se tornaram mais evidentes as ondas de flutter. Figs. 23 e 23 A.

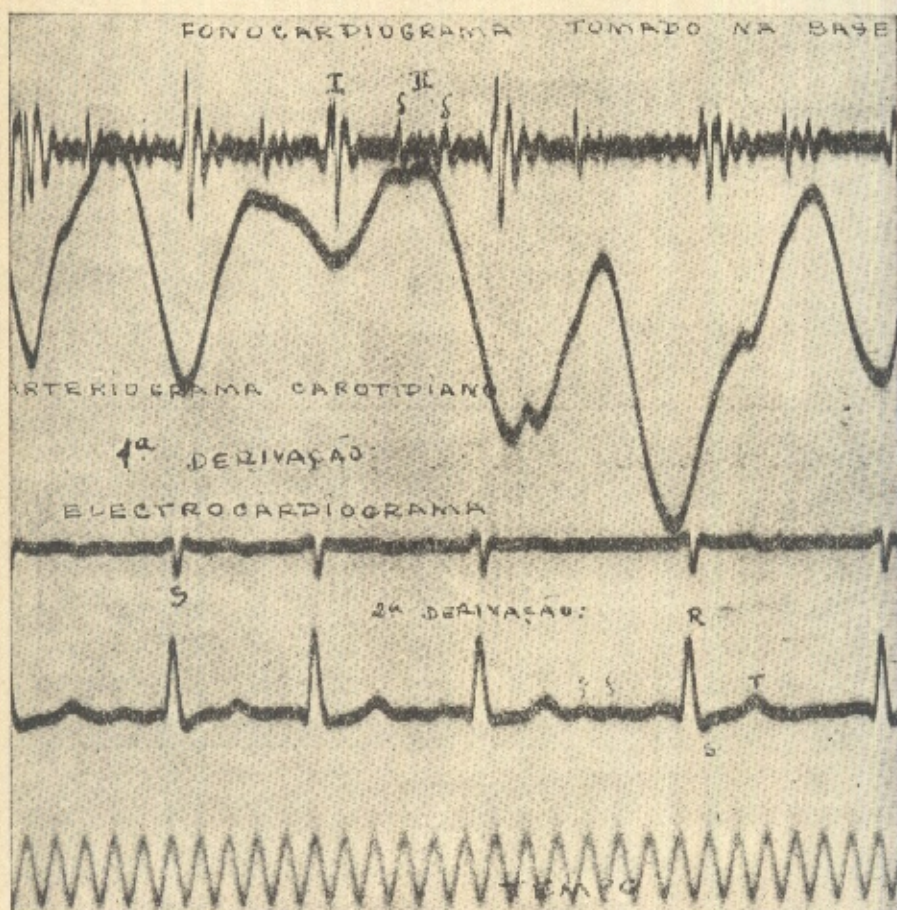


Fig. n.º 23

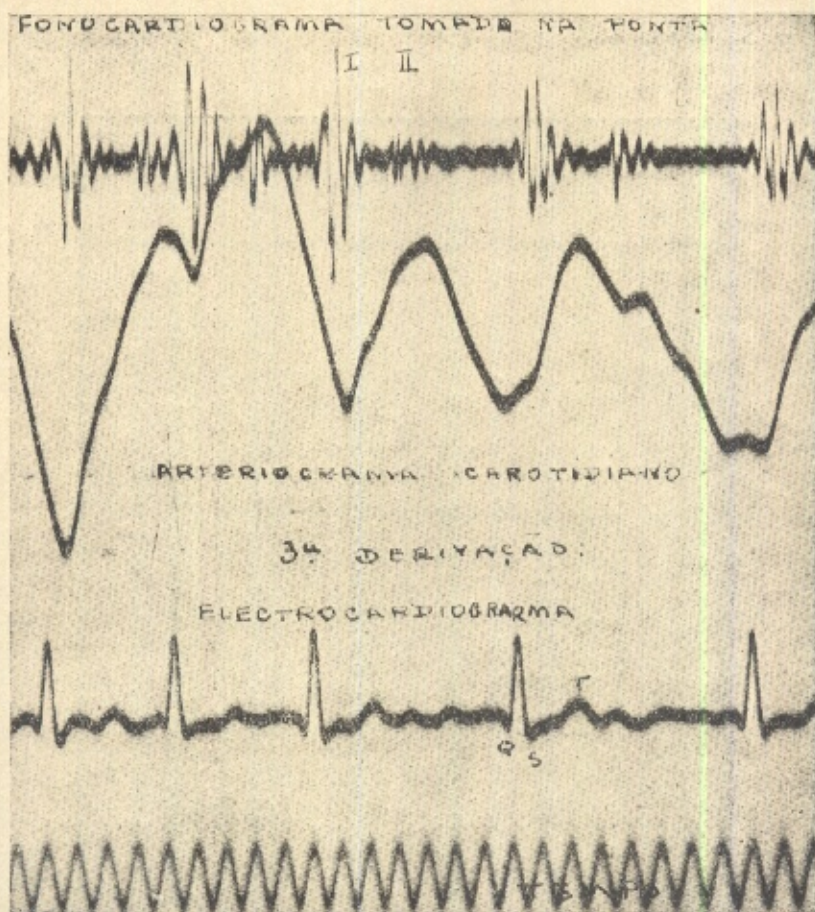


Fig. n.º 23 A

C. V., registo 1212-AC, é acometida em baixa idade de uma forma articular da doença de BOUILLAUD com localização cardíaca, deixando uma lesão orgânica da mitral.

Casou. Não teve filhos. Exerceu as funções domésticas com grande atividade. Porém, como para lembrar-lhe a doença da infância, de quando em vez e particularmente no inverno, sobrevem discretamente algumas manifestações articulares.

Em princípios de Abril de 1934, começou a sentir dispnéia de esforço e de decubito, e em chegando a madrugada, só tinha alívio sentada fóra da cama.

O medico que a atendeu requer e recebe os seguintes resultados de exames:

Eletrocardiograma: (figura 24)

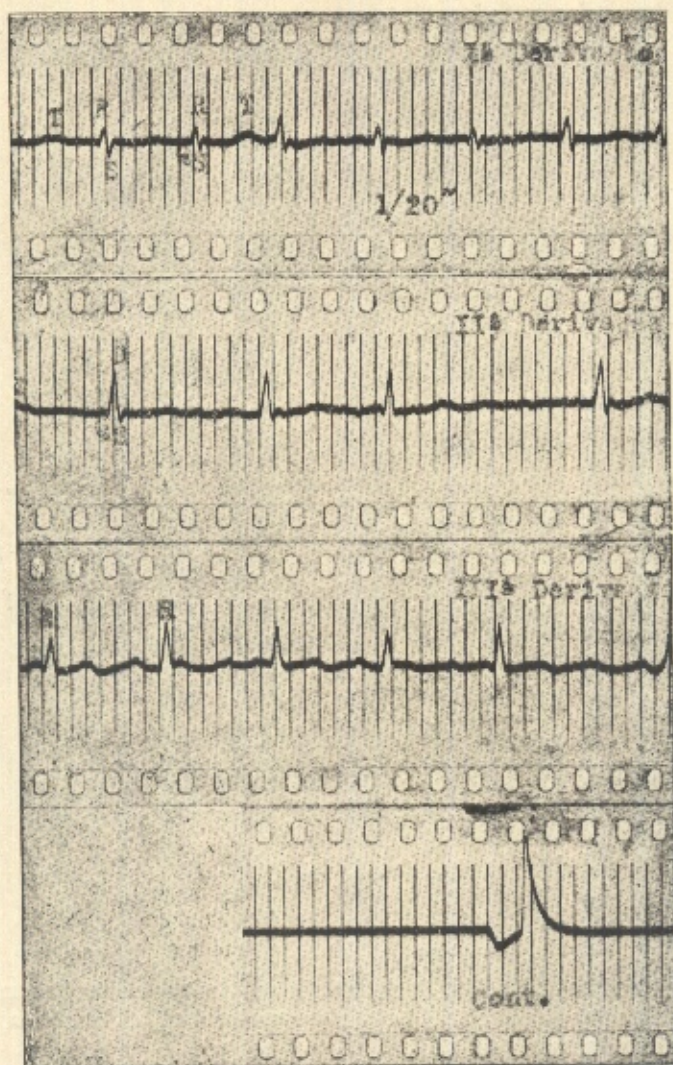


Fig. n.º 24

Os espaços separando os complexos ventriculares são designais. Complexos ventriculares de pequena voltagem. Ausência de onda P. Ondas T de pequena amplitude. Ritmo ventricular de 150 p. m., mais ou menos. Esses caracteres são observados nas tres derivações.

Conclusões:

Fibrilação auricular com ritmo ventricular rapido.

(ass.) Dr. Pedro Maciel.

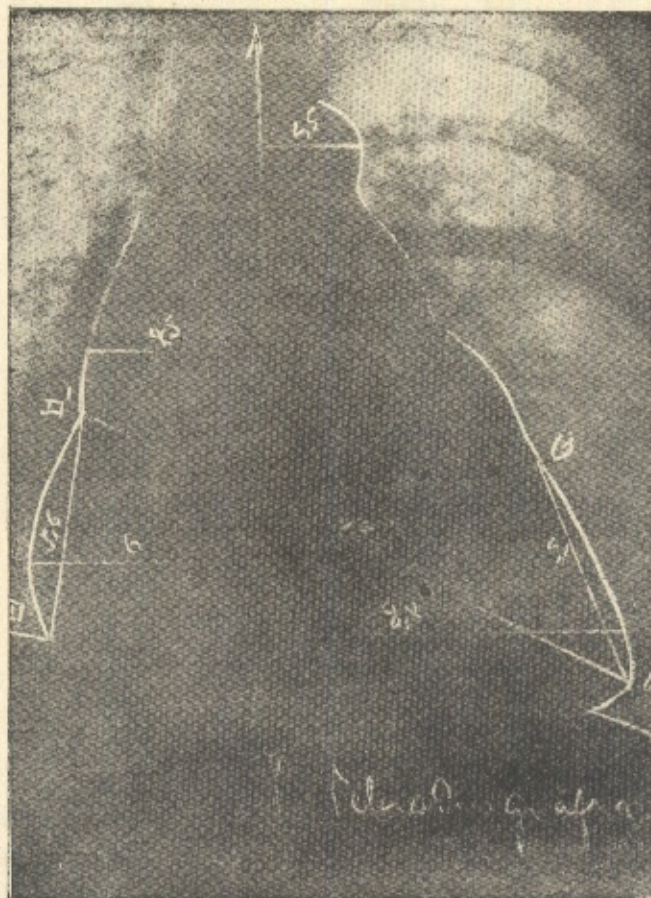


Fig. n.º 25



Fig. n.º 26

Exame radiológico: (figura 25 e 26)

Coração do tipo oblíquo.

Arco pulmonar convexo, saliente.

Arco medio esquerdo aumentado. Ponto G abaixado.

Ponta situada um pouco acima do contorno diafragmatico.

O exame em O. A. E. revela aumento de volume da aurícula esquerda.

Area cardiaca. Diametro da aorta ao nivel da crosse levemente aumentado.

Conclusão: Aspecto radiológico de lesão mitral, predominando os sinais de estenose.

(ass.) Dr. Pedro Maciel.

Fez a observada medicação pela digitalina e a quinidina.

A melhora acusada pela doente foi insignificante, e em 24 de Novembro a vejo tomada de grande dispnéia, figado grande, bases pulmonares congestionadas, edema dos pés e pernas.

Pelo exame radiológico verificamos: Figs. 27 e 28.

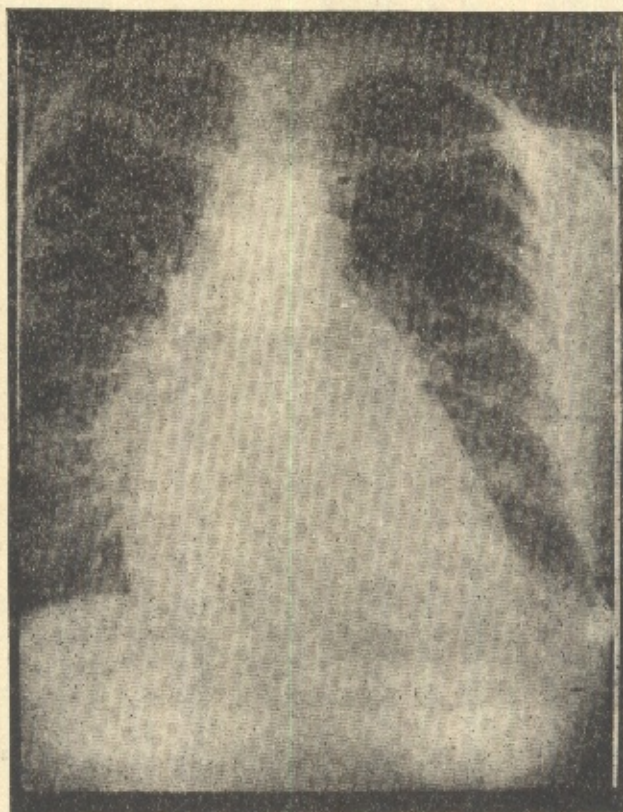


Fig. n.º 27

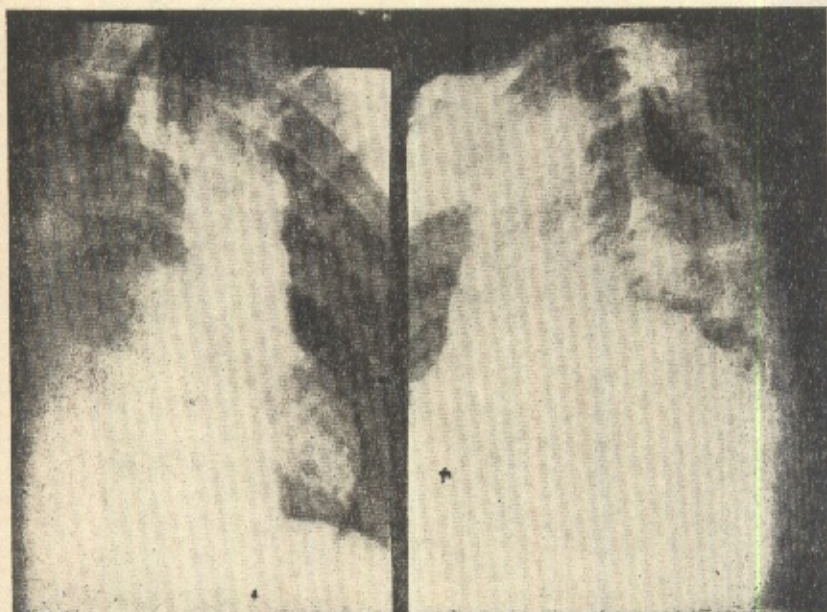


Fig. n.º 28

Para o lado do coração: área cardíaca muito aumentada de volume á custa da dilatação e hipertrofia do ventriculo direito e auricula esquerda. O grande aumento da auricula esquerda se verifica não só pelo relevo que faz ao nível da parte inferior do arco medio em incidencia antero-posterior, como particularmente em O. A. E., onde levanta extraordinariamente o bronquio esquerdo.

Para o laço dos pulmões são evidentes as perturbações descritas por ASMANN, assim como a sintomatologia radiologica hilar descrita por PEZZI e SILINGRADI.

O electrocardiograma tomado na mesma ocasião que a radiografia (24-11-1934), revela uma taquiarritmia (150 por minuto) completa dos ventriculos, entretida por fibrilo-flutter e de quando em vez acidentes extra-sistolicos de origem ventricular direita e nodal inferior. Baixa voltagem dos complexos. Figs. 29 e 29 A.

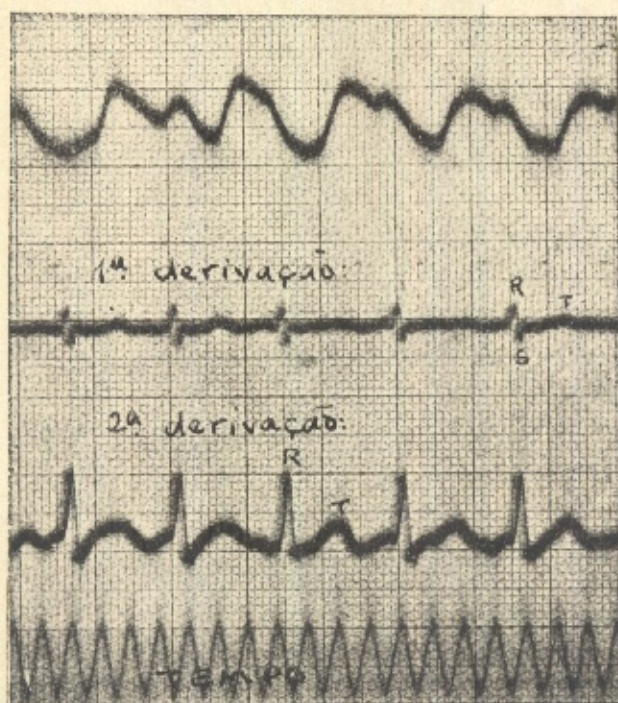


Fig. n.º 29

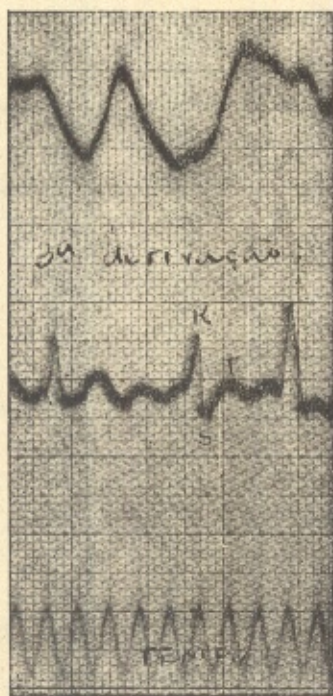


Fig. n.º 29 A

Tres mezes após um tratamento pelo salicilato de sodio e curas periodicas pela digitalina, tinhamos nossa doente em ótimas condições de compensação, e é tomado então novo eletrocardiograma, que revelou:
Figs. 30 e 30 A.

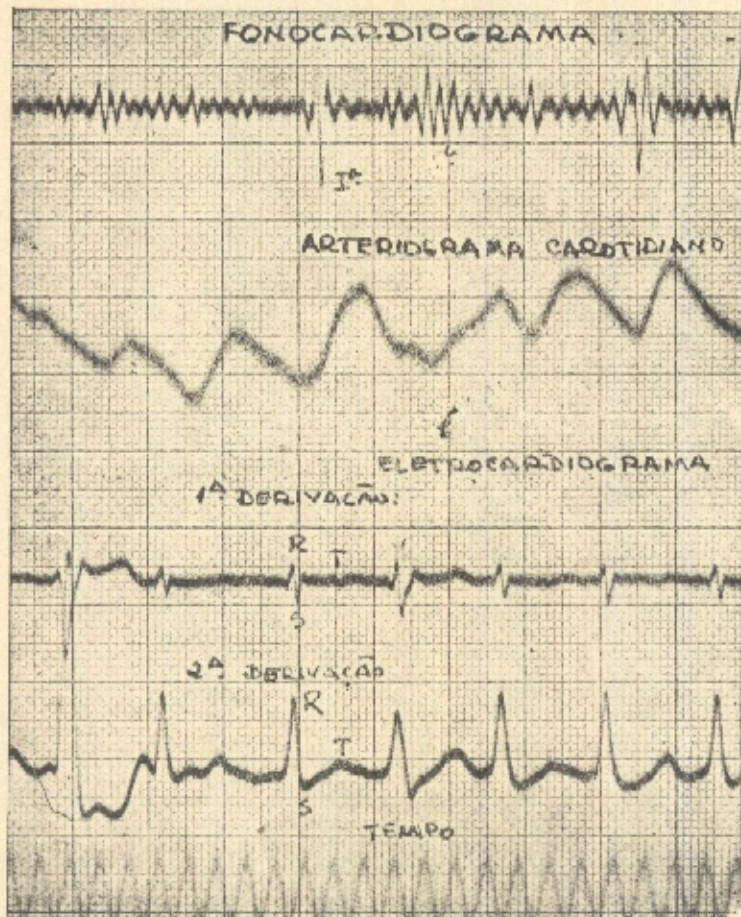


Fig. n.º 30

Maior potencial dos complexos.
Diminuição da taquiarritmia ventricular.
Preponderancia ventricular direita.

A paciente continuou a fazer periodicamente curas pelo salicilato de sodio, tendo já viajado e vem atendendo aos cuidados domésticos ha 6 mezes.

A senhora K. W. vai ao consultorio em assistolia e com perturbações da deglutição, enviada por um colega.

O exame clínico regista uma dupla lesão da mitral ao lado de um passado de surtos repetidos da doença de BOUILLAUD — a forma reumocardiaca.

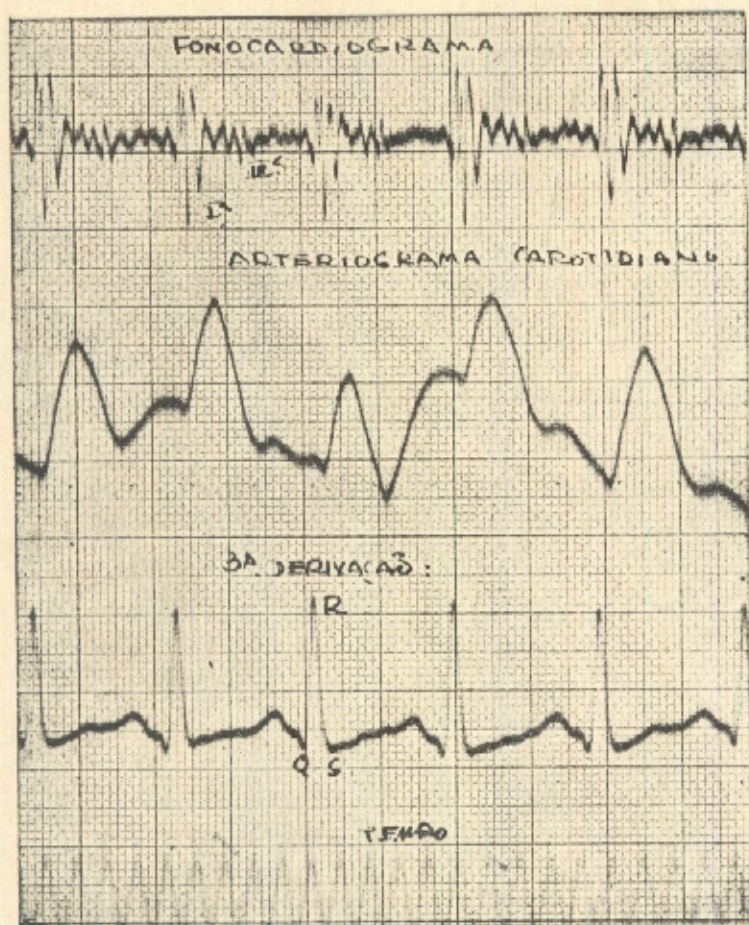


Fig. n.º 30 A

O exame radiológico revelou: (Figs. 31, 32, 33)

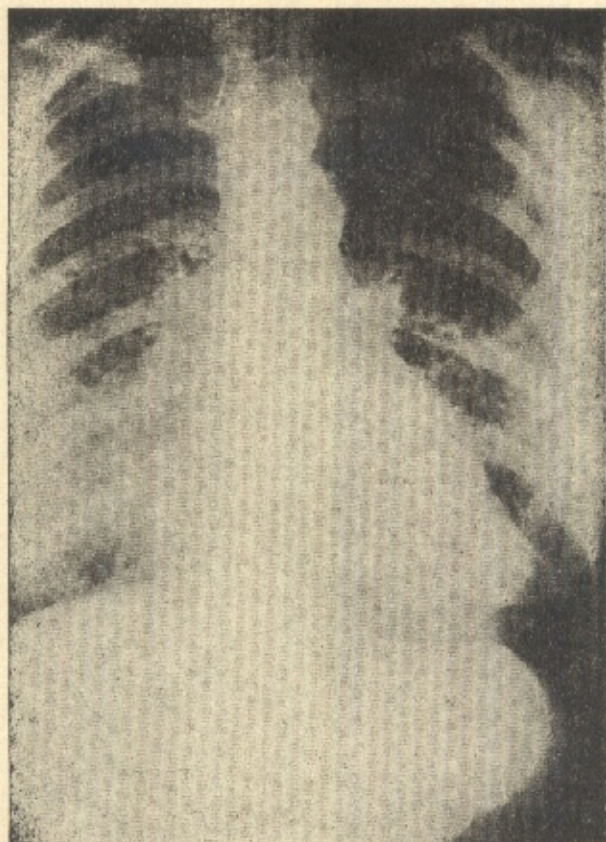


Fig. n.º 31

Dedução:

Coração do tipo oblíquo.

Dinâmica cardio-vascular: batimentos irregulares e muito fracos ao nível do contorno esquerdo.

Ponto G muito baixo.

Grande arco médio.

Sombras hilares densas, estensas e animadas de batimentos pulsáteis: dança hilar de Pezzi e Silingradi).

Pulmões turvos de Assmann.

Em incidência oblíqua anterior esquerda se verifica a grande hiper-

trofia da aurícula esquerda, com forte desvio do esôfago, dificultando o trânsito.

A artéria pulmonar faz leve relevo ao nível do arco médio.



Fig. n.º 32

Aorta de opacidade exagerada, percebendo-se o contorno da descendente em todo o seu trajeto torácico.

Diametros aórticos aumentados ao nível da crossa.

Conclusão:

Aumento predominante da aurícula esquerda e do ventrículo direito, configurando a silhueta cardio-radiológica da estenose mitral com insuficiência. Arritmia. Estase da pequena circulação.

Aortite torácica com dilatação cilíndrica ao nível da crassa.

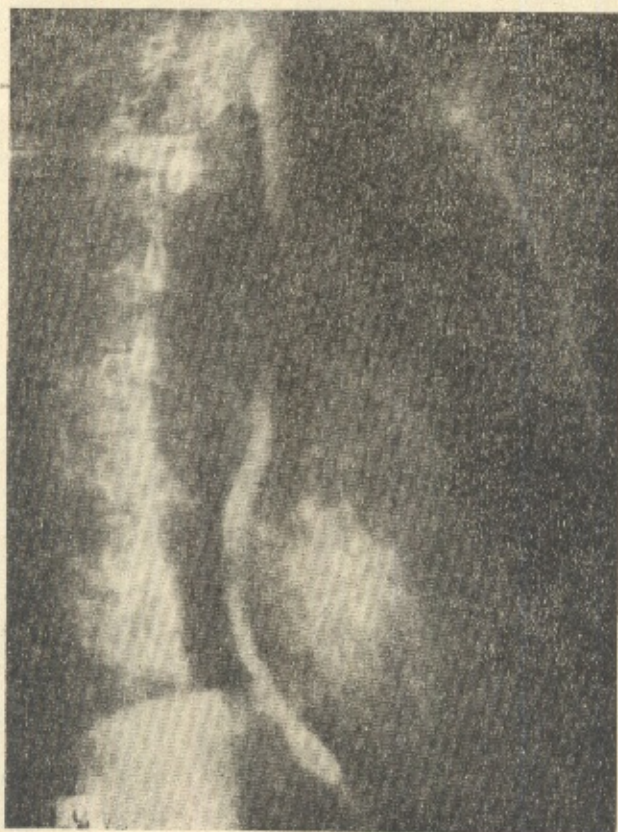


Fig. n.º 33

O exame radioquimografico revelou: (Fig. 34)

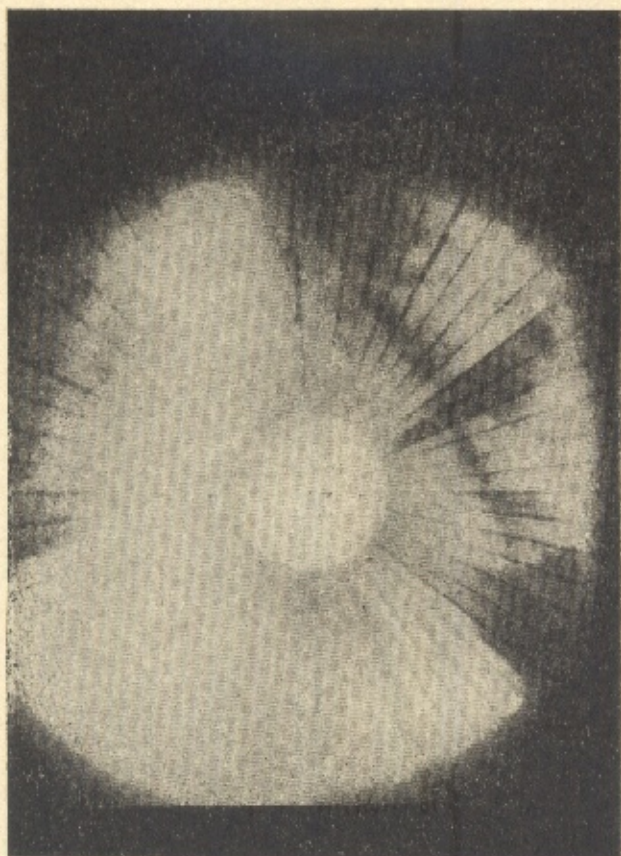


Fig. n.º 34

Ponto G muito baixo. Movimento ventricular esquerdo irregular e de amplitude pequena.

Arco medio muito grande. Movimentos sisto-diaستolicos da auricula esquerda de fraca amplitude, muito rapidos e irregulares. Motilidade da auricula direita se processa irregularmente e com forte amplitude.

Pelo eletrocardiograma observamos: (Figs. 35 e 35 A)

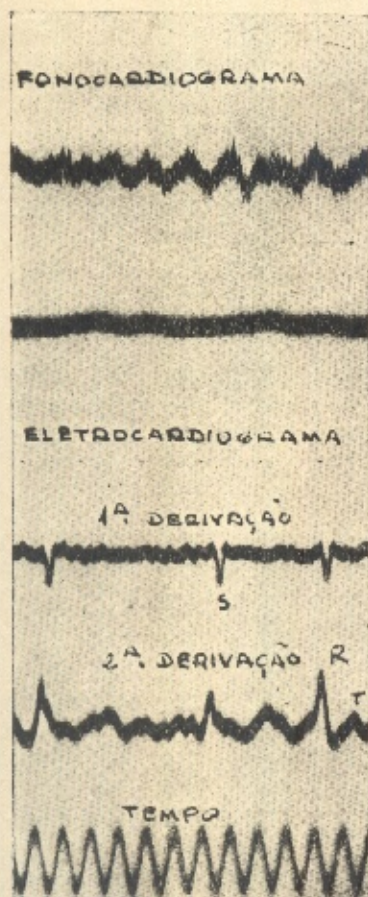


Fig. n.º 35

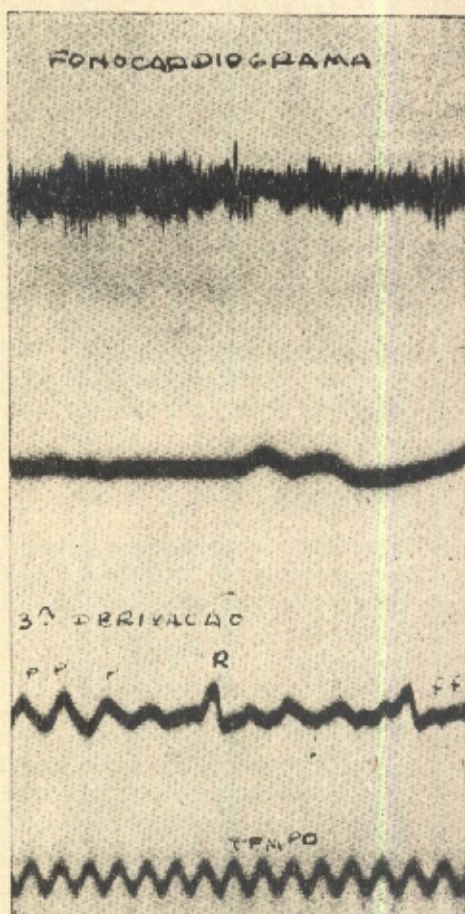


Fig. n.º 35 A

Fonocardiograma:

Fôco aortico — desdobramento da 2.^a bulha.

Fôco mitral. Sopro pre-sistolico.

Ruflar diastolico.

Arteriograma carotidiano:

Guarda as relações cronologicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma:

Complexos ventriculares se repetem com intervalos irregulares, sem medida comum, com um ritmo de 96 por minuto.

Complexos auriculares substituídos por uma serie de dentes irregularmente distribuídos.

O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.^a derivação:

Eletrograma auricular — aspecto electrocardiografico do fibriloflutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal S. Onda R muito pequena. Onda T positiva e quasi que se confundindo com a linha isoeletrica.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular — fibrilo-flutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de potencial muito variavel e com uma tendencia a alternancia eletrica. Forte colchete do ramo descendente de R. QRS = 0°06. Onda T positiva.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — fibrilo-flutter.

Eletrograma ventricular — flecha principal R, com apice bifido. Onda T positiva.

Conclusão:

Duplo sopro de ponta. Desdobramento da 1.^a bulha na base e ponta.

Arritmia completa entretida por fibrilo-flutter.

Atipia ventricular. Preponderancia ventricular direita.

Aconselhamos a medicação salicitada ao lado da medicação tonicardiaca e regime higienico-dietetico. Sabemos que a paciente vive com sua lesão compensada até a presente data, não nos tendo sido entretanto possível repetir os exames.

Tudo faz supor uma relação patogenica entre a infecção reumatica e a fibrilação.

Ainda não tinha essa idéia sobre o papel que desempenha a doença de BOUILLAUD nos fenomenos de descompensação, quando examinei a sra. C. R., com 42 anos de idade. Historia antiga de reumatismo cardio-reumatismal e acidentos asistolicos. O exame clinico regista uma doença mitral e uma arritmia completa em fase de descompensação. E' feita a medicação classica pelos tonicos cardiacos e a paciente vem a fallecer aos progressos da insuficiencia cardiaca.

A silhueta radiológica é a da doença mitral, em fase de descompensação.

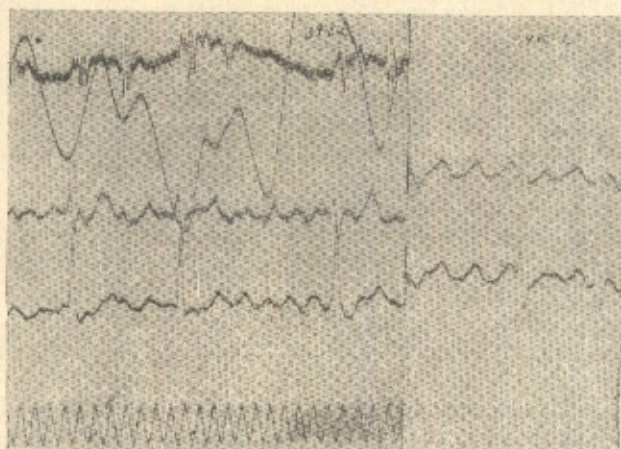


Fig. n.º 36



Fig. n.º 36 A

O traçado eletrocardiografico é o de taqui-arritmia ventricular entretida por fibrillo-flutter. Figs. 36 e 36 A.

ATIPIAS

Em 1932, em conferencia realizada na Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, chamei atenção para as deformações dos complexos auriculares e ventriculares no decurso dos surtos agudos da doença de BOUILLAUD e nos intervalos desses surtos, interpretando-as como exteriorização de um processo patologico do musculo atrial, uma miocardite auricular ou ventricular.

Diversos trabalhos publicados no ano passado e neste ano vieram confirmar o que havíamos descrito.

Para maior clareza, exporemos separadamente as atipias auriculares, a atipia de QRS, de ST e de T.

ATIPIAS AURICULARES

São anomalias de direção, de amplitude, de forma e de potencial.

Contrariamente á opinião de WENCKEBACK e WINTERBERG, que consideram a bifidez e a colehetagem de P como um disturbio de condução transauricular, surgiram os trabalhos de GILDES e LEWIS as considerando como fisiologicas.

Nas observações que vos vou relatar, veremos todas as fórmas de anomalias de P e a influencia que póde ter em sua correção o tratamento salicilado.

(579). J. W., com 27 anos.

Diagnostico clinico: Doença mitral. Pulmonarite.

O exame radiológico mostra uma imagem do coração com a silhueta da doença mitral.

A aorta se acha com os diâmetros aumentados ao nível da crassa, e a arteria pulmonar faz saliência na parte superior do arco medio.

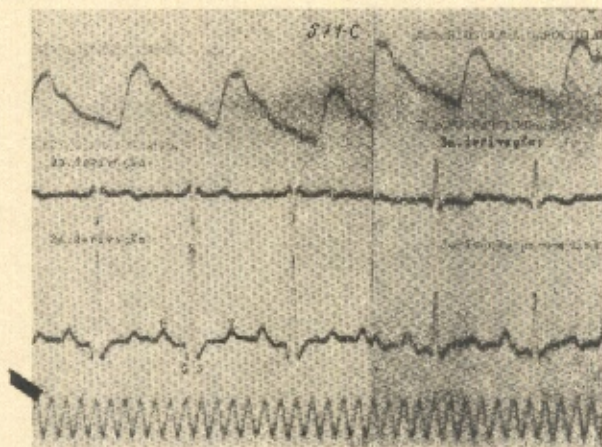


Fig. n.º 37

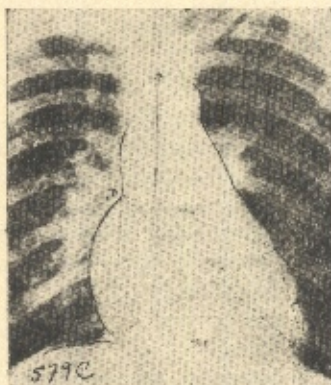


Fig. n.º 37 A

No traçado eletrocardiografico podemos notar a exagerada amplitude de P, que chega a 0°12, alem do forte colchete em seu ramo descendente e da preponderancia ventricular direita. Figs. 37 e 37 A.

513. L. B., com 9 anos. Ritmo de Duroziez dos mais tipicos e em assistolia. O exame radiológico nos dá uma imagem interessantissima, onde podeis ver a redução do ventriculo esquerdo e o grande desenvolvimento das auriculas e ventriculo direito.

O traçado eletrocardiografico, alem da preponderancia direita, mostra uma onda P extraordinariamente ampla e um colchete em seu ramo descendente. Figs. 38 e 38 A.

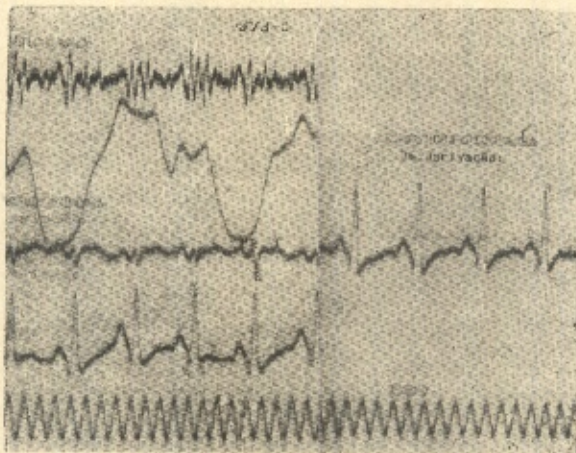


Fig. n.º 38



Fig. n.º 38 A

G. B., 533, 19 anos. Passado de reumatismo. De quando em vez é acometida de dores articulares vagas, dispnéia e sensação de opressão precordial.

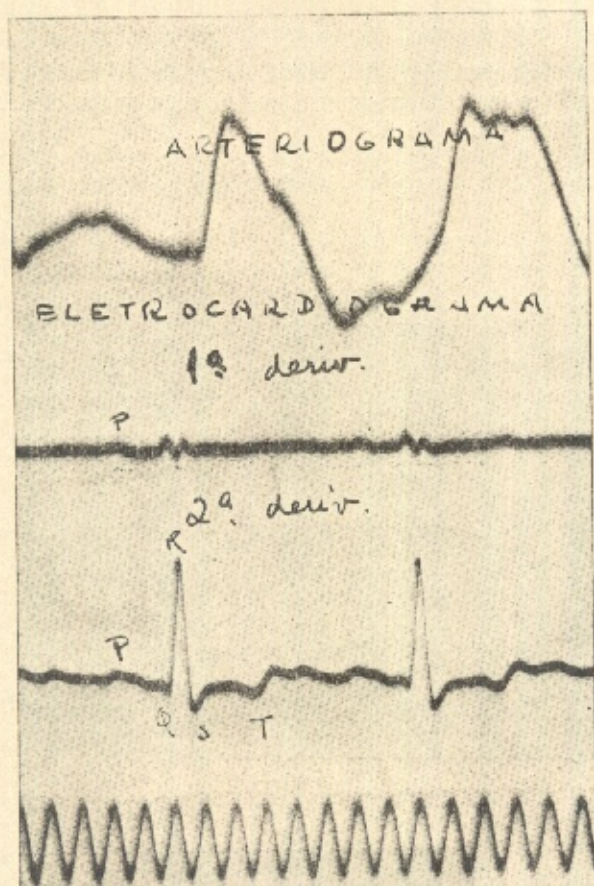


Fig. n.º 39

O eletrocardiograma regista: (Figs. 39 e 39 A)

Atipia auricular consistindo no achatamento, bifidez e exagerada amplitude.

Atipia ventricular — QRS em M em 1.ª derivação. Onda T positiva e achatada, com inversão de T em 1.ª e 2.ª derivações.

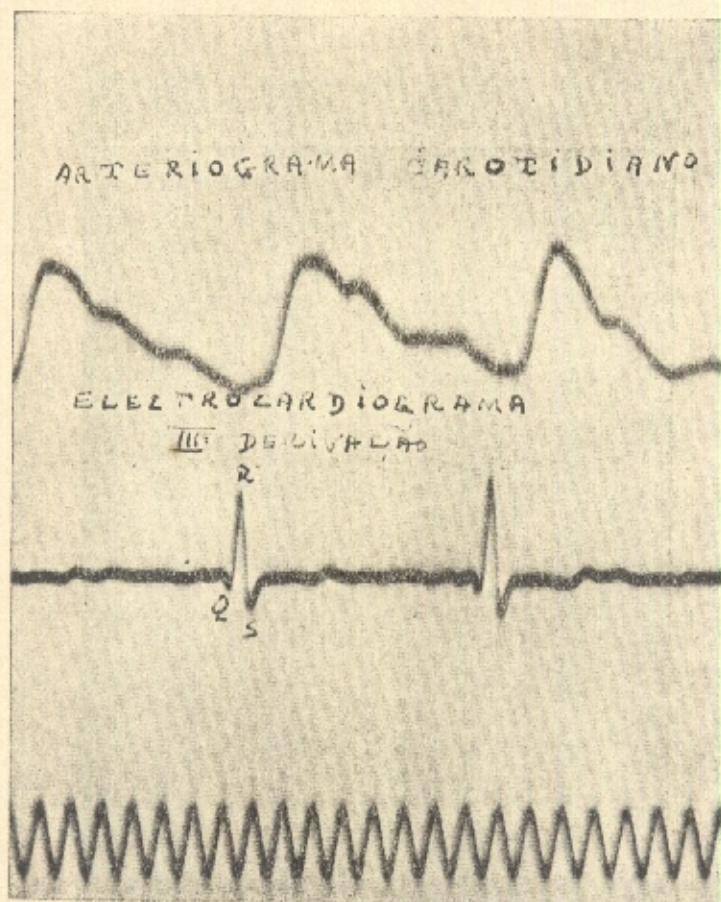


Fig. n.º 39 A

Atipia ventricular — inversão de T em 3.^a derivação, preponderância ventricular direita.

F. K., registo n.º 1347.

Foi acometida de dois surtos agudos de reumatismo fôrma cardio-reumatismal e de quando em vez é acometida de dores articulares vagas.

Clinicamente verificamos uma doença mitral em decomposição.

O exame radiológico feito em 5 de Outubro de 1931 revelou:
(Figs. 40, 41 e 42)

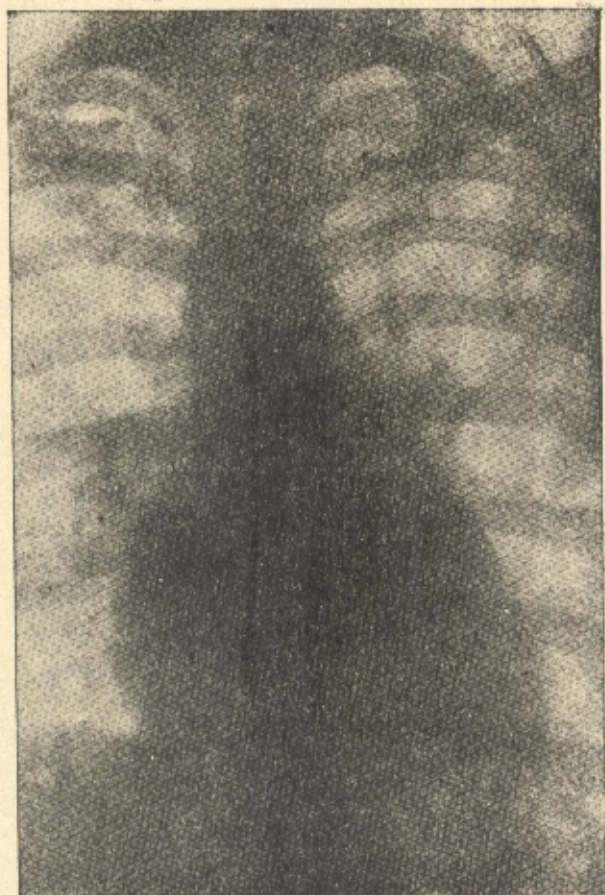


Fig. n.º 40

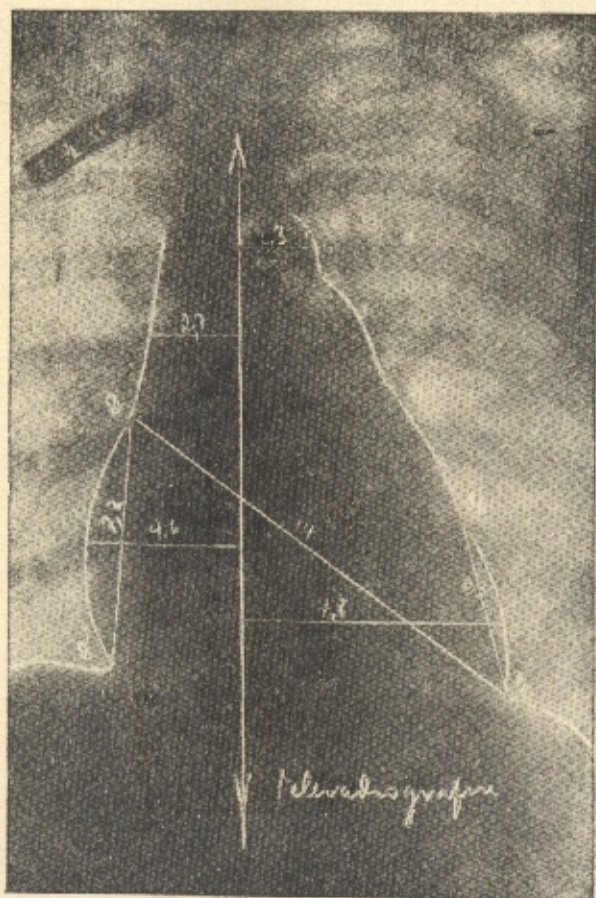


Fig. n.º 41

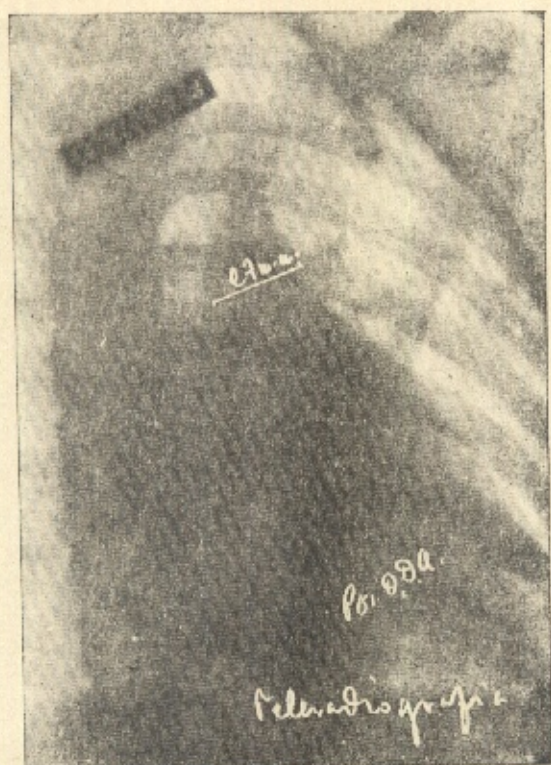


Fig. n.º 42

- Area cardiaca um pouco aumentada.
 Arco inferior direito aumentado.
 Ponto D elevado.
 Arco pulmonar convexo, saliente e pulsatil.
 Arco medio aumentado. Ponto G abaixado.
 Ventriculo esquerdo pequeno.
 O exame nas incidencias obliquas revela aumento das cavidades au-
 riculares.

Fizemos nova pesquisa radiológica e obtivemos:
Pelo processo de Vaquez e Bordet: (Figs. 43 e 44)

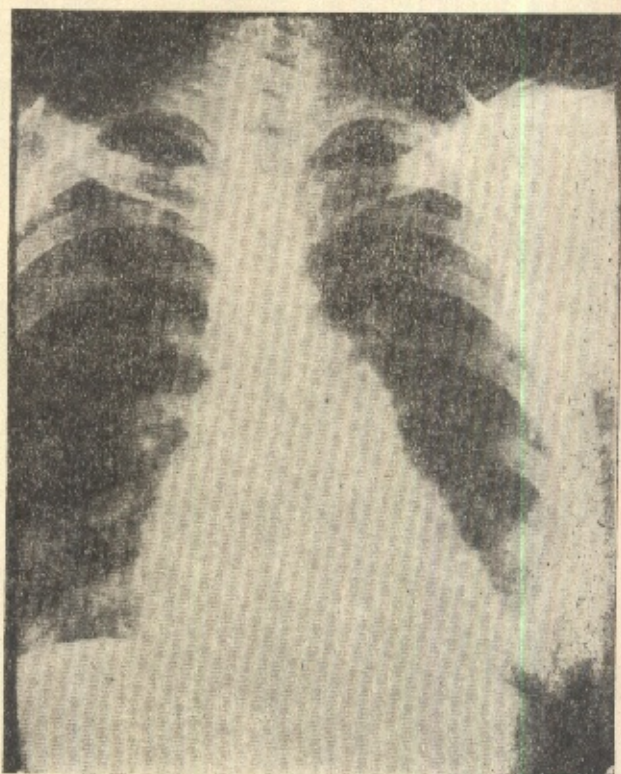


Fig. n.º 43

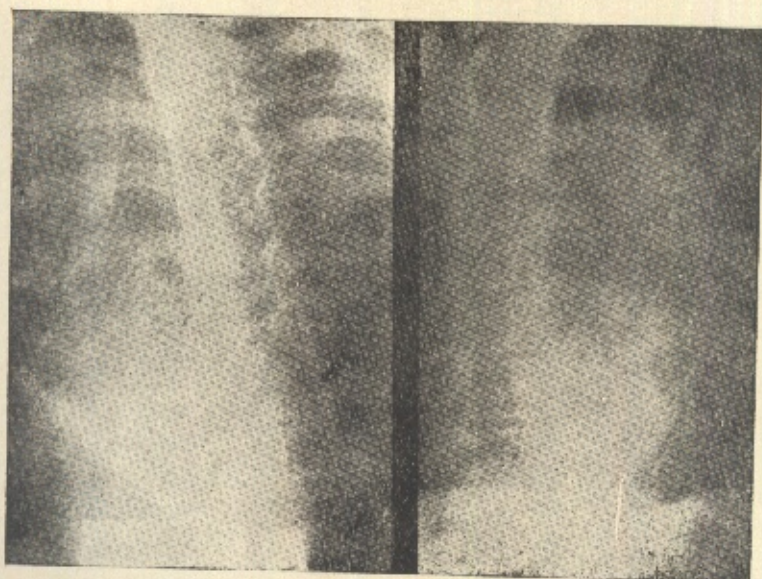


Fig. n.º 44

Area cardiaca aumentada á custa da dilataçãõ com hipertrofia do ventriculo direito e auricula esquerda.

Arco medio muito aumentado, notando-se na parte superior o relevo da pulmonar e na parte inferior o da auricula esquerda.

Ventriculo esquerdo com os diametros dentro das medias normais.

Ao nivel do contorno direito observamos na parte superior o relevo que aí faz a auricula esquerda e na inferior o contorno da auricula direita.

O exame radioquimografico revelou: (Figs. 45 e 45 A)

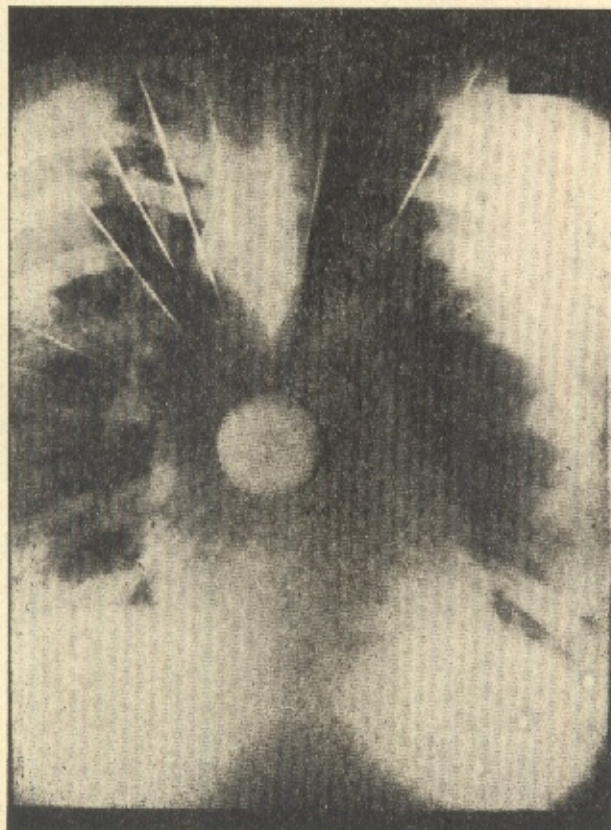


Fig. n.º 45

(Continúa).



Euphyelin

Vaso dilatador
na angina do peito,
esclerose das coronarias, hipertonia,
degeneração do musculo cardiaco.

Diuretico poderoso

isento de mercurio
no edema de origem renal e cardiaco.

- Comprim. - Ampolas - Suppositorios -



BYK - GULDENWERKE - BERLIN NW 40

HANS MOLINARI & COMP. RIO

Depositorios gerais - Caixa postal, 833

FLUOCAL LECITHINADO

EMULSÃO
AQUOSA
ESTAVEL

DE CALCIO
ORGANICO,
MAGNESIO

LECITHINA
DE
OVO

REMINERALIZA
E
RECALCIFICA

TONIFICA
O
ORGANISMO

TONIFICA
O
SYSTEMA NERVOSO

TUBERCULOSES
LYMPHATISMO
CHLOROSE

EMAGRECIMENTO
ANEMIAS
CONVALESCENÇAS

NEURASTHENIA
CANSACO CEREBRAL
ESGOTAMENTO NERVOSO

Tratamento da **Sífilis** em qualquer período, em adultos e crianças.

Natrol

(Tartaro-bismutato de sódio)

Espirilicida energico, **hidro-solúvel**, atoxico, indolor á injeção.

Magníficos resultados nas anginas agudas **não específicas**, conforme observação do autor do processo, Dr. Aristides Monteiro. ("O Hospital", Outubro 1934).

2 c. c. = 0,038 Bi

NATROL (pomada) — Cicatrizante, espirilicida de ação local.

Na

INERCIA UTERINA

Quer no período de expulsão, quer no de livramento

RETROPHYSINA

(Extrato de lóbulo posterior da hipófise),

tem cabal indicação.

Hemorragias — Paralisia intestinal e vesical.

EMPÓLAS

Na

INFECCÃO PUERPERAL

Dois bons produtos L. C. S. A., que prestam aos Clínicos os melhores serviços:

UTEROCALDO — filtrado de culturas da flora genital feminina.

Vacinação local

Empólas de 5, 10 e 30 c. c.

VACINA PUERPERAL — L. C. S. A.

(Coli-estafilo-estreptocócica)

Imunização geral.

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal, 163 — Rio de Janeiro.
 Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — R. Siqueira Campos, 1257.
 Agente em Pelotas — Bohns & Carneiro — Rua Marechal Floriano, 115.

Um caso de doença de Addison com hipotensão arterial externa

Juvenal Santos
Gen. Cel. Medico

e

Francisco Leitão
1.º Gen. Medico

(Trabalho do Hospital Central do Exército)

Embora tão rara que, segundo informa Osler, em 21 anos nos Estados Unidos, só foram registrados 17 casos, a doença de Addison está tão bem conhecida e estudada, que parece nada mais se poder acrescentar ás suas descrições clássicas.

O aparecimento de um caso na 3.ª Enfermaria do H. C. E. pareceu-nos, entretanto, digno de publicidade, não só por termos dêle uma observação relativamente minuciosa, como por apresentar alguns aspectos interessantes.

O doente em questão, estava baixado ha poucos dias; tinha vindo para o Hospital com o diagnóstico de nefrite, quicá estribado em sinais que a fariam crêr. Ao vê-lo, porém, chamou-nos logo a atenção, a astenia extrema; ao exame, feito em seguida, ocorreu-nos a idéia, o diagnóstico de doença de Addison e tuberculose generalizada. A' medida que a observação se documentava, o diagnóstico mais se fundamentava. Por fim, o *exitus* confirmou-o inteiramente, mostrando ao exame macroscópico: tubérculo na capsula supra-renal esquerda, lesões na direita, lesões no baço, abundantes tubérculos no mesentério e tuberculose pulmonar de ápices, mais acentuada á direita (necrópsia dos Drs. Aridio Martins e J. Sampaio). O exame histo-patológico, não poudo, contudo, ser feito, porque o Dr. J. Sampaio, que se encarregára dêle, encontrou alterações cadaavéricas acentuadas, nas peças retiradas.

OBSERVAÇÃO — 3.º Sargento M. M. C. da Escola de Veterinaria. 25 anos de idade. Natural do Estado de Mato Grosso. Baixou á 3.ª Enfermaria em 26—VI—933.

Ant. morb. hered. — Pais mortos. Tem 8 irmãos vivos sadios. Dois faleceram: um de "congestão pulmonar", e outro no parto que vitimou sua progenitora. O pai morreu aos 70 anos.

Ant. morb. pessoais: Sarampo, varicela, cachumba, blenorragia. Informa ter adquirido impaludismo no Rio de Janeiro; assim chamava êle a febre que tinha ás tardes. Nenhum tratamento bismútico.

Hist. doença atual: Desde que veio para o Rio, ha dois anos, nunca mais teve boa saúde. Além do "impaludismo", andava constantemente resfriado; ás vezes, com tosse e catarro. Em todo o caso, com pequenos males, sem importancia maior, ia cumprindo satisfatoriamente as suas obrigações, até que começou a sofrer de grandes dôres no epigástrio; dôres fortissimas, acompanhadas de náuseas e vômitos. Tais dôres deciam

para o baixo ventre. Procurando médico, disseram-lhe tratar-se de apendicite.

Depois essas crises passaram a ser acompanhadas de diarréia. Fazia oito a dez dejeções por dia. As fézes eram sanguinolentas. Essas perturbações tinham períodos de acalmia, nos quais o doente passava relativamente bem. Mas, o cansaço cada vez maior, impedia-lhe os estudos na Escola de Veterinaria. Incharam-lhe os pés e, ás vezes, pela manhã, o rosto. Baixou então ao H. C. E., "por se sentir cansado nos estudos e ter perturbações gastro-intestinais", como escreveu na sua caderneta, o colega que nos precedeu na Enfermaria.

Estado atual (ocasião do nosso exame em 10-VII-1933). Queixa-se de uma fraqueza extrema: cansa-se até para falar, como diz. Tem as mesmas perturbações gastro-intestinais: diarréia sanguinolenta, náusea, vômito. Grande anorexia. Dôr epigástrica espontânea, mas passageira.

Inspeção — Indivíduo de compleição fraca, muito emagrecido. Extremidades frias, não cianosadas. Ausencia de pigmentação no rosto, nas aréolas mamárias, nas mucosas, nas margens do anus, nos órgãos genitais. Edema maleolar discreto, indolor á pressão, de consistencia dura. No momento, não havia edema no rosto, nem mesmo no ângulo da mandíbula, onde para alguns autores, é mais freqüente nas nefrites, do que mesmo o sub-palpebral. Língua normal. Pesquisa da raia de *Sergent*, negativa.

Aparelho circulatório — Pulso extremamente hipotenso, difficilmente exploravel. Freqüência muito variavel; o mais das vezes 120 batimentos por minuto, atingindo de uma feita a 66. Bulhas abafadas. Pressão arterial pelo Vaquez-Lauby — $5\frac{1}{2}$ Mx. e 2 Mn., a mais baixa que ambos nós vimos até hoje. A notar que a oscilação do manómetro é apenas visivel, apenas perceptivel o ruído também.

Aparelho respiratório: o exame estetacústico mostra uma acentuada macieez em toda a parte superior do pulmão direito, com estertores húmidos e crepitantes. No pulmão esquerdo os sinais pareciam-nos menos acentuados: sub-macieez e expiração prolongada no ápice. A radiografia mostrava uma infiltração bilateral, mais acentuada á direita.

Exame do abdomen: respiração abdominal; reflexos presentes. Pressão nos pontos classicos — Mac. Burney, Morris, Lanz, Mayo-Robson, nenhuma dôr ou reação. Nenhuma dôr á pressão no epigástrio, região umbilical, ou qualquer outro ponto. A dôr epigástrica, rara nos últimos tempos, informa o paciente, é aguda e fugaz. Manobra de Rovsing negativa, assim como o sinal de Meltzer e também o de Lapinski e Jarkowski, tido como excelente para afirmar a existência de uma apendicite crônica.

Sistema nervoso: Estado mental normal, intelligência e memória íntegras. Apenas a anamnese é difficil, pelo cansaço que logo se manifes-

SULFARSENOL

A. SEZARY

"LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS" <Pag. 30>
"O tratamento arsenical mais practico por
via subcutanea ou intramuscular reali-
za-se com as injeccoes.

de
Sulfarsenol"

H. Millet & J. Roux
CAIXA POSTAL 1135 - RIO

*Publicidade Medica
exclusivamente*

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA



Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0,026_{gs} DE BISMUTHO METALLICO
MEDICACAO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO

Injecções indolores
de
MERCURIO-GLYCEROPHOSPHATO-CACODYLATO
PHOSPHARGYRIO

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

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

CAPSULAS DE TYMOL E FETO MACHO
DE "CAMARGO MENDES"

ESTAS CAPSULAS FACILITAM O EM
PURGAM POR SI, EXPELLINDO
PREGO DO TYMOL COMO VERMIFUGO.
OS VERNES DO AMARELLÃO
OO EM DOSE INDECUA COM ABSO.
AS LOMBRIGAS
LUTA SEOURANCA GRACAS AD SEU
OS OXYUROS E OS
ESTADO DE DIVISAO NO EXTRACTO
TRICOEPHALOS
DE FETO MACHO

CASA 3112
RUA LOP. PH. 22 INQUARTOS
"CAMARGO MENDES"
S. PAULO

GLYCOSORO

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

SORO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratorio
Gross
Rio de Janeiro

ta interrompendo o interrogatorio, pelo que os informes são colhidos aos poucos. Reflexos normais. Pupilas contraídas, não apresentando a curiosa particularidade descrita por Porak: quando se fecha os olhos as pupilas se dilatam desmesuradamente; ao serem reabertos, uma ligeira constricção pupilar se produz e só muito lentamente élas voltam ás primitivas dimensões.

MARCHA DA DOENÇA

Encontramos o doente já com tres exames de laboratorio realizados:

1) *Pesquisa de ovos de parasitos nas fêzes e amebas* — negativo.

2) *Exame de urina*: densidade 1,007. Albumina 2,4 por litro. Uréia 6,0 grs. Acido úrico 0,15 etgrs. por mil. Clorêtos 1,5. Fosfatos 0,5. Sedimentos: urato ácido de sódio, muitos cilindros hialinos, células epiteliaes polimorfas e raros leucocitos.

3) *Uréia no sangue*: 0,50 por mil.

Pedimos mais os seguintes, que deram o resultado abaixo:

4) *Índice de Velez* — positivo.

5) *Pesquisa de b. de Koch no escarro homogeneizado*: negativo.

6) *Pesquisa de b. de Koch nas fêzes*: ausencia de qualquer bacilo alicool-ácido resistente.

7) *Novo exame de fêzes* — parasitos e amebas — negativo.

Analisemos, ligeiramente, o valor dêstes exames: a) as fêzes sangui-nolentas não pareciam porém causadas por hemorroides ou disenteria amebiana; b) a uréia no sangue era elevada, para um indivíduo no regime em que o encontramos; c) a uréia na urina era baixa; d) o acido úrico na urina, bem como os clorêtos, eram baixos. Ora, isso é o que se encontra precisamente no mal de Addison.

Outro fato, também em favor de doença de Addison — tuberculose das capsulas suprarenais — era o índice de Velez positivo; não conseguimos aqui a fórmula das disposições dos núcleos dos polimorfos neutrófilos, por não no-la ter enviado o laboratório. O exame de escarro, repetido, era negativo e isso conforme já o mostrára Porak, chamando a atenção para a freqüência da negatividade deste exame, mesmo quando presentes lesões pulmonares bem acentuadas. Porak ainda acrescenta que, na doença de Addison, quando ha lesões pulmonares, estas são mais freqüentes nas bases; no caso em questão, eram de ápices.

Estabelecido o diagnóstico de doença de Addison e tuberculose generalizada, sem nenhuma esperança de conseguir mesmo uma pequena melhora, mas tão somente de retardar o *exitus* do infeliz moço, mudamos logo de terapeutica. Primeiro, permitimos-lhe um regime de todo liberal: comer o que apetecesse, como e quando quizesse. Em seguida mandámos dosar a uréia no sangue, bem como os clorêtos.

8) *Uréia no sangue* — 0,65 por mil.

9) *Clorêtos no sangue* — 4,25 por mil — hipocloremia já assinalada na doença pelos autores.

Apesar do regime, pouco aproveitava o doente: anorexia rebelde, vômitos freqüentes. O pulso radial é inexplorável, imperceptível. Pela escuta 120 sístoles por minuto. Temperatura oscilando entre 35 e 35,5. Não se consegue tomar a pressão arterial! Isto em 14-VII-933.

Começámos a injetar extrato de supra-renal (supra renina Heckel, Intocortican R. Leite e cloridrato de adrenalina).

Observámos o seguinte: o doente se sente melhor; pulso 90, pressão 6—4 pelo V. Laubry. É interessante o resultado desta opoterapia — a uréia no sangue baixou, e na urina atingiu á normal; assim também o ácido úrico.

Ex-lo:

10) *Uréia no sangue*: 0,35 por mil.

11) *Urina*: densidade 1.018. Albumina 1,4 por mil. Uréia 20,0. Acido úrico 0,40.

Sedimento: piocitos, cilindros hialinos e granuloses, elementos figurados do sangue.

12) *Pesq. hematozoario no sangue* — negativo. Para exclusão da historia de Impaludismo do doente.

Até o dia 20-VII-933, sem alteração no estado geral.

Neste dia — Hematemeses, soluços persistentes, como já assinalára Strumpell em casos graves. Pedimos medida de reserva alcalina. Como se sabe, esta é diminuida na doença de Addison, como o mostrou Maranhon. Só poudo ser feita no dia 24, o doente tendo usado doses grandes de bicarbonato de sodio nos dias anteriores; a reserva alcalina era de 61 — aumentada.

Foi feita também a dosagem de glicose no sangue. O doente estava em uso de sôro glicosado. Por mal entendido do enfermeiro, a colheita de sangue para dosagem de glicose, foi feita pouco após uma injeção de 250,0 grs. de sôro glicosado. A dosagem deu 0,80 por mil de glicose, portanto uma evidente hipoglicemia. Valia, ao nosso juizo, por uma prova de hiperglicemia provocada — curva acentuadamente baixa e volta rápida a taxa inicial.

Nos últimos dias começou a surgir a melanodermia. Espontaneamente, teve uma frase conhecida, dizendo achar-se *sujo*, por não tomar banho ha dias; mas a irmã enfermeira fazia a sua limpeza com toalha húmida. O fenômeno foi, entretanto, discreto. Sinal de máu prognóstico este, da ausencia da melanodermia, como já o verificára ha tempo o grande Osler e que, para alguns, é devido a ser a atividade pigmentar da pele, um mecanismo de defesa para suprir a insuficiencia da supra-renal.

Apareceram, igualmente, nos últimos dias, extensas equimôses.

No dia 30, pela manhã, estado geral muito máu. Houve pequeno aumento do edema, ou melhor surgiu um pequeno edema na face esquerda e mão esquerda; o já assinalado, inalteravel. Nenhum odôr especial até os ultimos momentos — o falado odôr cadaverico de Greenhow que se encontra em tais casos. Inteligência intacta até o fim. Está mergulhado num torpôr, mas solicitado responde bem.

Observamos a diminuição do ritmo respiratório assinalado por Pokrak. E' o tipo de morte por astenia progressiva.

Uma prova falhou no nosso exame: a medida da reserva alcalina. Outras deixaram de ser feitas: tais como a ergografia e o metabolismo basal. Quanto a este, convem lembrar, que só nos dois primeiros dias de hospitalizado o doente teve pequena elevação térmica. A sua temperatura mais comum era de 35,0 e 35,5; apenas, subindo alguns décimos após a medicação opoterápica. Ademais, seu estado não permitiria fosse tal exame feito. Quanto áquela, singelíssima de realizar, si não pesquisada, o exame do doente, era, de algum modo, um equivalente.

Sendo, entretanto, presente no observado, um fenômeno singular para o lado do aparelho circulatório, pena que as circunstâncias de momento não nos tivessem permitido mais esmero na sua semiótica, tomando a pressão venosa, tirando um esfigmo e um electrocardiograma, fazendo a já tão esperançosa capilaroscopia, pois na doença de Addison, conforme cita Berardinelli, apresentam-se os "capilares ungueais acenadamente espásticos, com circulação lenta e granulosa."

Um dos fatos interessantes da nossa observação é a melanodermia discreta e tardia do doente. Como Sergent não admite doença de Addison, sem melanodermia e nós sempre estudamos mais pelos livros franceses, fazemos dela, o sintoma mais alarmante. E', talvez, o mais falho, pois que a pigmentação pôde ocorrer em várias circunstâncias, que nada tem a ver com a síndrome de Addison. Só Osler, no seu "Principles of Practice of Medicine, cita dezeseis, sem exgotar todos... E o nosso caso confirmou o que êle escreveu: "The cases in which pigmentation is slight or does not occur run a more rapid course". E não vamos aqui, diante de um caso concreto, estudar o problema difícil e ainda não resolvido do metabolismo dos pigmentos, para dizer que êle tinha razão...

Em resumo, verifica-se na observação:

- a) dôres epigástricas em forma de crises gástricas.
- b) náuseas, vômitos e diarréia sanguinolenta.
- c) astenia com hipotensão extrema.
- d) emagrecimento com caquexia.
- e) hematemeses.
- f) extensas equimóses.
- g) edemas localizados.
- h) melanodermia discreta e tardia. i) hipotermia.

Ainda os seguintes:

- 1) Hipoglicemia.
- 2) Hipocloremia.
- 3) Aumento da uréia no sangue e diminuição na urina.
- 4) Diminuição do ac. úrico na urina.

Com a opoterapia, diminuição da uréia no sangue, aumento da uréia e do ac. úrico na urina atingindo a valores normais.

Sociedade de Medicina

Ata

Ata da sessão realizada em 18. 9. 1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: prof. Mario Tota.

Secretario ad-hoc: dr. Carlos Hofmeister.

Estavam presentes os seguintes socios: Armin Niemeyer, Aurelio Py, Airtton Py, Flôres Soares, Argemiro Dorneles, Antêro Sarmento, Maximiliano Cauduro, Pombo Dorneles, Luiz Faiet, Batista Hofmeister, A. Botini, Fernandez Peña, Saint-Pastous, Hugo Ribeiro, Alfredo Hofmeister, Leonidas Escobar, Valentim, Edegar Eifler, Karacick, e A. Kluwe, de Bagé.

Foram aceitos socios efetivos por unanimidade os drs. Osvaldo Figueiredo Souto e Alfredo Barros Hofmeister.

Passando-se á ordem do dia o presidete cedeu a palavra ao conferencista inscrito, dr. Pedro Maciel, que discorreu sobre "Contribuição ao estudo do Reflexo Sino-carotideo em Cardiopatologia".

E' o seguinte o resumo da conferencia:

Refere-se inicialmente aos progressos surpreendentes da cardiologia nos ultimos anos, reportando-se á época não muito distante em que os problemas da patologia do aparelho circulatório quasi que se restringiam sob um ponto de vista muito estreito, ao estudo das lesões oro-valvulares, conceito esse que se foi ampliando a medida que a evolução desses estudos foi se fazendo no sentido da fisio-patologia e em que os cardiologos foram compreendendo que não só ao coração cabe a responsabilidade das alterações da função circulatória mas que o fenômeno é muito mais vasto e complexo, abrangendo não só todo o sistema propriamente dito, (artérias, veias, capilares), dependendo tambem de uma série de outros fatores em que participam além dos accidentes bio-dinamicos, o próprio metabolismo celular.

Por fim chama a atenção para o conceito moderno de intima associação funcional neuro-vasculo-endocrino-orgânica e dá interdependencia do tonus neuro-vegetativo e dos diversos estados de equilibrio ou des-equilibrio humoral que vieram imprimir um novo aspeto á patologia com repercussão sobre a terapêntica.

Compreende-se á luz desses conceitos, que ha uma cadeia ininterrupta de fenômenos que se entrelaçam no que diz respeito á patologia do aparelho cardio-vascular, e que vai desde a função mecânica da válvula cardiaca ou vascular, se solidarizando através das funções complexas das fibras do coração, das paredes vasculares, das leis que regem o equilibrio tensional até a intimidade do intercambio celular em que avulta o fenômeno metabolico, tudo sob o controle neuro-endocrino, condicionando os

fenômenos aparentemente dissociados na admirável harmonia de uma única função.

Por outro lado a perfeição e subtileza dos metodos semiológicos permitindo um diagnóstico exato vieram trazer a este ramo da medicina um realce especial. Passa depois a revêr o estudo sobre anatomo-fisiopatologia das zonas vaso-sensíveis e reflexogenas da aorta e seio carotídeo em que se destaca a contribuição de Danieloupolu. Expõe a concepção deste autor sobre a fisiopatologia do sistema circulatório e sua aplicação clínica e em que se evidencia a possibilidade de se obter não só um conhecimento perfeito das propriedades fundamentais do coração e dos vasos, como também de surpreender lesões latentes não reveladas por nenhum outro metodo de exame até então conhecido. Como contribuição a esses estudos, ilustra o seu trabalho com varias observações de sua clinica particular e do Ambulatório da 3.^a cadeira de Clínica Médica do professor Saint-Pastous, observações essas que vêm confirmar os notáveis estudos de Danieloupolu. Termina dizendo que a finalidade dessa comunicação é contribuir para a divulgação dum método novo, e que apenas inicia uma série de estudos em que pretende estabelecer o criterio diagnóstico e prognóstico do metodo em face dos sinais de insuficiencia cardiaca inaparente, aspeto sedutor do problema no que diz respeito ao diagnóstico precoce das perturbações circulatórias."

Ao terminar a leitura do seu trabalho, o conferencista foi saudado com calorosa e prolongada salva de palmas. Usaram da palavra enaltecendo o grande valor da conferencia produzida pelo dr. Pedro Maciel, os professores Saint-Pastous e Aurelio Py, os quais exalçaram, em termos extremamente elogiosos a importancia do tema e a preciosa contribuição trazida ao estudo dessê capítulo da Medicina pelo notavel trabalho que o dr. Maciel acabava de apresentar á Sociedade de Medicina.

Porto Alegre, 18. 9. 1936.

Dr. Carlos Hofmeister, secretário ad-hoc.

Áta da sessão realizada em 25. 9. 1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Achavam-se presentes os seguintes socios: drs. Borba Lupi, E. J. Kanan, M. Cauduro, Alfredo Hofmeister, Karacick, R. di Primio, Batista Hofmeister, Luiz Faiet, Sadi Hofmeister, Mario de Assis Brasil, Valdemar Niemeyer, Carlos de Brito Velho, Florencio Ygartua e Hugo Ribeiro.

A áta da sessão anterior deixou de ser lida por não achar-se o respectivo livro na séde.

Em seguida foi dada a palavra ao dr. E. J. Kanan, que discorreu sobre um caso raro de descolamento traumatico de origem obstetrica da epífise superior do cubito esquerdo, de uma creança de 48 horas de vida que apresentava uma deformação do cotovelo esquerdo, com edema, relativa impotencia funcional, e limitação da flexão do ante-braço sobre o braço.

A radiografia revelou um descolamento epifisário, isto é, uma ru-

tura ao nível da cartilagem de conjugação com deslocamento da extremidade diafisária superior do cubito para a frente através da abertura do periosteo, batendo sobre a palheta humeral, limitando assim o movimento de flexão.

Após a redução do deslocamento foi o cotovelo imobilizado em ângulo reto, por meio de um pequeno aparelho de papelão improvisado. 14 dias depois foi retirado o aparelho, apresentando-se a pequenina docente em boas condições com o retorno gradual e progressivo da função do cotovelo.

O trabalho do dr. Kanan foi comentado pelos drs. Mario Tota e Brito Velho.

Tomou a palavra em seguida o dr. Raul di Primio que fez interessante comunicação a respeito de fenômenos cosmicos sobre a lepra. Sobre o assunto manifestou-se ainda o dr. Mario de Assis Brasil.

Por ultimo prendeu a atenção da casa o dr. Waldemar Niemeyer com um trabalho referente aos "problemas de circulação oftálmica".

Iniciou seu trabalho ressaltando a importancia capital dos fenômenos circulatórios na discussão do diagnóstico em oftalmologia.

Em todas as afecções das diferentes membranas oculares, são os distúrbios de circulação que concorrem para a patogenia dos principais sintomas mórbidos patentes.

Tanto em anatomia como em fisiologia restam ainda grandes incógnitas no assunto.

Nestes ultimos anos entretanto, com a contribuição de modernos métodos de pesquisas, a questão começa a ser estudada com mais cuidado.

Focalizou em seguida as particularidades dos vasos oftálmicos, extra e intra bulbares.

Mais adiante fez referencia ás condições especiais da circulação na coroide e na retina, e sua independencia nos estados normais. Passou a estudar pormenorizadamente a questão da pressão arterial endo-bulbar e os seus métodos de pesquisa, descrevendo neste sentido os de Baillart, Bliedung e dos japonezes Yyenuma e Suganuma.

Passou em revista os processos anatomo-patológicos observados no sistema vascular e terminou com o estudo do problema do glaucoma, entidade de caráter especial em oftalmologia, e na qual ainda pairam grandes dúvidas sobre o "primum movens", que desencadeia a série de degenerações vasculares e nervosas que caracterizam esta molestia enigmática.

Antes de encerrar a sessão o professor Mario Tota marcou a próxima ordem do dia uma conferencia do dr. Borba Lupi sob o tema "Cirurgia das cavernas pulmonares tuberculosas, escolas argentina e uruguaia".

Porto Alegre, 25—9—1936.

Dr. Helmuth Weinmann,

1.º secretário.

NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*

Indicado na excitação nervosa
nos desequilíbrios vagosympa-
thicos, palpitações, insónia,
dyspepsia nervosa.

À base de estroncio bromado,
crotaegus, leptolobium, meimendro.

Dose: 1 a 2 colheres de chá em água
assucarado as refeições.

NEURILAN

Lab. Gross-Rio

Ata da sessão realizada em 2—X—1936 na séde da Sociedade de Medicina.

A sessão foi presidida pelo professor Mario Tota e secretariada, na ausencia dos efetivos, pelo secretario nomeado "ad-hoc" dr. Alfredo B. Hofmeister.

Achavam-se presentes os seguintes socios: drs. José Ricaldone, Bruno Marsiaj, Nino Marisaj, Sadi Hofmeister, Batista Hofmeister, Decio Martins Costa, Alvaro Barcellos Ferreira, Karaciek, Carlos Carrion, João Valentim, Henrique Failace, Valdemar Niemeyer, Antonio Botini, René Flores, Valdemar Castro, Leonidas Machado, Jaci Monteiro, Carlos de Brito Velho, Poli Marcelino Espirito, Alfredo dos Santos e Guaraci Souza.

Não havendo expediente, o presidente concedeu a palavra ao conferencista inscripto, dr. J. C. Borba Lupi, que dissertou sobre "Tratamento cirurgico das cavernas pulmonares tuberculosas". Conceito actual de Escola na Argentina e Uruguai (Cordoba, Buenos Aires e Montevideo) dizendo, em resumo, o seguinte:

"Depois de uma regular peregrinação, num incessante, sinão torturante desejo de aprender, que ser-nos-ia superior ás nossas energias, si não fosse a cativante gentileza dos filhos das nobres nações argentina e uruguaia, cada qual mais querendo sobrepujar o outro em carinho e atenções dispensadas aos brasileiros.

Não vos poderia desmerecer o vigoroso entusiasmo e ardoroso amor patriotico como são, na Argentina e no Uruguai, encarados todos os problemas que se relacionam com a assistencia, profilaxia e tratamento da

tuberculose, como os Sanatórios e Hospitais são, além de amparo e confortável assistência aos doentes, verdadeiros centros de investigação e divulgação científicas.

Não devo deixar sem uma especial referencia, de encomiar a admirável organização da luta anti-tuberculosa, especialmente para profilaxia e tratamento da infancia no extraordinario país que é o Uruguai, verdadeira sinergia fisiologica entre todos os serviços de tuberculose. Tudo produto da capacidade de trabalho e sadio patriotismo daquele grande povo.

Permitir-me-ei, illustre senhor presidente e illustres colegas, se me concederdes, trazer a este recinto um trabalho sobre "Assistencia e preservação anti-tuberculosa no Uruguai".

*

Difundir, vulgarizar entre as populações os recursos de que se dispõe para tratar a tuberculose, é um dever profissional, humano e social. O tuberculoso vai pouco a pouco ganhando a consciencia de seu estado sem arrepios de pavor. Aqui vê o amigo, o conhecido, ali ouve que para seu mal já ha meios capazes de lhe trazerem alivio e as mais das vezes a cura.

Cumpra áqueles que se dedicam á Tisiologia divulgar que o tratamento cirurgico da tuberculose, nos casos em que é rigorosamente indicado, constitue uma operação que pelos aperfeiçoamentos de tecnica é hoje muito bem suportado e com extraordinario resultado. Não ha especialisação que mais irmane, solidarise, ligue e congregue os profissionais, que a tisiologia, são palavras de mestre, de autoridade indiscutivel e indisentida. Reunamo-nos para maior prestigio da especialidade e mais laureis ofereceremos á humanidade e á Patria, pelo estudo, pela investigação científica e, sobretudo humana, da especialidade e ganharão todos: — doentes, pelo maior proveito que hão de usufruir da terapeutica: Especialidade — Tisiologia: pelo melhor conceito que ha de firmar no seio da coletividade.

"

Em nossa excursão e permanencia na Argentina estivemos em Cordoba, a culta e doutoral Cordoba, como é o seu titulo merecido pela cultura que irradia ha tres seculos de sua Universidade.

"Assistimos ao curso de aperfeiçoamento do Instituto de Tisiologia da Universidade, frequentamos assiduamente, como interno, o Sanatório de Trânsito Cáceres ao serviço de cirurgia, como ajudante do professor Villafane de Lastra, e Vicente Bartola, e nos adestramos, ainda, da prática de trabalho de amfiteatro."

"No Hospital de Trânsito assistimos aos métodos e tecnicas mais modernas, praticadas pelos maiores expoentes da cirurgia toraco-pulmonar em Buenos Aires e Cordoba: Ricardo Finocheietto, Oscar Vaccaraz, de Buenos Aires; Villafane de Lastra, Lastre Saiago e Bertola, de Cordoba."

Visitamos os Sanatórios Nacional Santa Maria, com 1.200 leitos, Ascochinga e Laenneo.

Em Buenos Aires assistimos com assiduidade os serviços clínicos e cirúrgicos do Hospital Tornú, com 1.110 leitos.. Neste Sanatório o serviço de cirurgia toraco-pulmonar na tuberculose está confiado aos exímios cirurgiões Mario Brea e Hernani de Aguillar.

No Hospital Rawson assistimos ao serviço do professor Ricardo Finocchietto, o mais dinâmico, ardoroso, infatigável cirurgião que tivemos ocasião de ver a par de sua rara habilidade, autor de métodos próprios, econômicos, estéticos, como as técnicas que descreverei abaixo e ainda de processos estéticos de frenicectomia.

No Hospital das Clínicas, assistimos ao serviço do professor José Arce, e deste notável cirurgião uma conferencia sôbre a sua tecnica de pneumotorax prévio, e a demonstração de um caso de lebectomia total em rapaz de 12 anos, operado havia 128 dias antes por pulmão-poliquístico com bronquietosie e grandes cavernas, cuja peça examinamos, e a uma bronquietosia e grandes cavernas preciso para operação postuma do esofago.

No Hospital Muniz, serviço de cirurgia do professor Bartholomeu Caloagno, assistimos á tecnica mais uma vez de Monaldi, tática operatória descrita abaixo, e visitamos o confortavel e modelar Pavilhão Koch e a clínica de tuberculose do professor Raul Vaccarezze.

No Departamento Nacional de Higiene, a cargo de Rodolfo Vaccarezze, tivemos preleções sôbre as curvas prognósticas de Vaccarezze, assunto que já conheciamos, em geral. No Hospital Fiozito, assistimos ao serviço de cirurgia do professor Alexandre Pavlovski, com uma iconografia de 45 casos de plombage.

Mas, de todos os serviços médicos e cirúrgicos que visitamos uns e assistimos assiduamente outros, o que mais nos impressionou foi a magnificencia do Sanatório de Llanura-Vicente Lopez y Planes, dirigido por Eteheverry Boneo.

Vi ainda o serviço de cirurgia do professor Alexandre Ceballos, em operações de abcessos crônicos do pulmão, tecnica que já viramos e já ajudaramos em Cordoba, no Hospital São Roque, ao professor Vicente Bertola.

Essa conferencia foi ilustrada com a projecção de numerosas fotografias de peças da secção de anatomia patológica do Instituto de Tisiologia da Universidade de Cordoba.

O conferencista longamente dissertou sôbre as indicações clínicas e anatomo-patológicas das indicações da toraco-plastia na tuberculose pulmonar. Estudou longamente todos os processos cirúrgicos de modificação da arquitetura do torax, desde a escola de Sauerbruch, que marca o germen lançado apaixonadamente por Brauer e plasma a escola de toda cirurgia plástica de hoje, estuda longamente a escola franceza de Bernou-Fruchaud-Bernard e, finalmente, o que chama de escola argentina, modificação da franceza, que penetra á grelha costal sem secção de nenhum músculo e esplana longamente os processos operatórios de Henrique e Ricardo Finocchietto, do Hospital Rawson, de Buenos Aires, de onde o conferencista foi assistente, tendo recebido atestado de frequencia naquele serviço de cirurgia especializada, torax-pulmonar. Fala longamente sôbre a operação de Monaldi, baseada nos principios da mecâ-

nica respiratória de Farodi e de que os focos, pela sua topografia, são solidários aos maiores movimentos de inspiração. "Que sob o ponto de vista mecânica, o pulmão não deve ser considerado em seu conjunto sino que se deve dividir em zonas ao nível das quais os movimentos são particularmente amplos (estas zonas são ás que se deve imputar o traumatismo respiratório, a que Forlanini deu sempre grande importancia, como responsavel das principais alterações anatômicas do pulmão e ter sob sua dependencia a genesis dos processos ulcerosos)."

"Estas zonas de maior amplitude foram individualizadas por Monaldi, sob o nome de linhas dominantes, e elas são quatro.

Duas verticais: — uma inferior, sob a dependencia do diafragma; outra superior, sob a dependencia da primeira costela e dos músculos que se inserem.

As outras duas, transversas e postero-anterior, estão sob a dependencia da linha obliqua que vai desde o primeiro espaço entre a linha axilar média e posterior."

"Daí os tipos e tecnicas operatórias, todas destinadas a abraçar o pulmão e contê-lo dentro de uma cinta que diminua a amplitude da respiração, não podem, nem devem ser preferenciais deste ou daquele, mas indicadas, e tanto melhor, quanto no caso dado, melhor determinar o órgão e amortecimento de sua elasticidade.

Assim, os melhores processos de colapso serão aqueles capazes de conter o órgão lesado em todas as linhas de seu movimento.

Daí parecer-nos que a tecnica de Monaldi, precedida de frenico-exese, domina a expansão do pulmão, ainda como fundamento de observação prática nas toraco-plastias, de acóordo com os princípios acima descritos, a experiencia demonstra que as cavidades corticais se colapsam melhor que as centraes."

Em Montevideo, disse resumidamente o conferencista, visitamos e trabalhamos no Hospital Fermin Ferreira, assistimos ao modelar Dispensário Infantil, sob a direção de Sarno e Pedro Cantonnet, o Sanatório Saint Bois, situado em Colón, e todos os serviços de tuberculose, de cuja organização dar-vos-ei futuramente o relatório, o que não fazemos já para não prejudicar a impressão do conjunto.

Nos dois pavilhões de crianças, cada um com 125 leitos, do Sanatório Saint Blois, sob a direção de Pedro Cantonnet, faz-se a terapêutica da tuberculose infantil.

Nesse serviço, graças á ação e infatigavel espírito de investigador de Pedro Cantonnet, o qual disserta, age e pensa com a imaginação ardorosa de um entusiásta, já é longo o cabedal de observações sôbre a terapêutica da tuberculose infantil, tão notavel que coube ao Uruguai a tese official sôbre pneumotorax na infancia, po proximo congresso argentino-uruguaio, a reunir-se breve, e do qual é relator Pedro Cantonnet, e a de fórmulas adultas da tuberculose infantil, do qual será relator o professor Fernando Gomes.

Na observação e experiencia de compressão gazosa, vimos uma vasta série de 130 casos, desde a idade de 4 anos; ha atualmente 45 crianças em tratamento com compressão gazosa.

— “Só a colapso-terapia, só o pneumotorax, é capaz de volver a vida das crianças chegadas ao nosso sanatório e morrer com todos os sintomas de impregnação bacilar, com infiltrações pulmonares evolutivas excavadas e nemoptiscantes”. (Cantonnnet).

Concluindo, propoz as homenagens da Sociedade de Medicina ao professor Gumercindo Saiago, da Universidade de Cordoba, director do Instituto de Fisiologia, repetindo as palavras de Mariano Castex, presidente da Academia Nacional de Medicina, da Argentina, por ocasião da recepção daquele professor: “Os relevantes merecimentos de Gumercindo Saiago, conquistados em um largo, paciente e ininterrupto e metódico trabalho investigador, fizeram-no chegar ao mais elevado cume, sendo sua personalidade, desde muito tempo, um dos mais ilustres fisiologos, não só do país e da América Latina, senão do mundo contemporaneo.”

Ao terminar, o conferencista foi saudado por uma salva de palmas. Tomando a palavra, o dr. Jaci Monteiro elogiou o trabalho apresentado pelo colega, trazendo ao conhecimento da casa algumas observações quando de sua viagem a Buenos Aires, que vieram corroborar as do conferencista. Com a palavra o dr. Nino Marsiaj, tece elogios ao conferencista pelo ótimo trabalho apresentado. Em seguida, os drs. José Ricaldone e Henrique Faillace fazem comentários laudatórios á colaboração apresentada pelo conferencista a assunto tão importante. Por último, o professor Mario Tota felicita a casa pela excelente conferencia trazida ao seu conhecimento.

Para a ordem do dia da próxima sexta-feira inscreveram-se os drs. Raul di Primio e Antonio Bottini, que dissertarão, respectivamente, sobre: “Em tórno de alguns transmissores de doenças no Rio Grande do Sul” e “Brucelose humana”.

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

Porto Alegre, 2 de Outubro de 1936.

Dr. Alfredo Hofmeister, secretario ad-hoc.

Áta da sessão realizada em 16—10—1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: dr. H. Weinmann.

Estavam presentes os seguintes socios: drs. Adair Figueiredo, Ygartua, Alvaro B. Ferreira, Sadi Hofmeister, Alfredo Hofmeister, Maximiliano Cauduro, Borba Lupi, Valdemar Castro, di Primib, Carlos Bento, João Valentin, Hugo Ribeiro e Kanan.

A áta não sofreu emendas.

No expediente foi lida uma carta do dr. Adair Figueiredo oferecendo diversas obras para a Bibliotheca da Sociedade.

Foram propostos para socios os seguintes facultativos: drs. Manoel Karacick, José Candido Borba Lupi, Sadi Hofmeister e Armando Lemos, respectivamente pelos drs. Mario Tota, Bruno Marsiaj, Lupi Duarte e Maia Failace.

Em seguida foi dada a palavra ao dr. di Primio que discorreu sobre o tema: "Em torno de alguns transmissores de doenças no Rio Grande do Sul".

O trabalho do dr. di Primio prendeu-se á interessantes observações de sua especialidade.

Nada mais havendo a tratar foi suspensa a sessão, ficando inscrito para a proxima ordem do dia o prof. Raul Moreira, com uma conferencia subordinada ao título: "Fragilidade meningea na criança".

Porto Alegre, 16—10—1936.

Dr. Helmuth Weinmann, 1.º secretario.

Áta da sessão realizada no dia 23 de outubro de 1936, na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Dr. Florencio Ygartua.

Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Achavam-se presentes os seguintes associados: drs. Mario Staedter, Antero Sarmiento, Hugo Ribeiro, Valentin, Lupi Duarte, Alvaro B. Ferreira Manoel Rosa, Sadi Hofmeister, Maximiliano Cauduro, Batista Hofmeister, Luiz Rotfuchs, Rebello Horta, Mario Assis Brasil, Raul Moreira, Borba Lupi, Pedro Pereira, Laurette Arias e Alfredo Hofmeister.

A áta da sessão anterior foi aprovada sem sofrer emendas.

Foram aceitos como socios efetivos os drs. Manoel Karacick, José Candido Borba Lupi, Sadi Hofmeister e Amadeu Lemos.

Foram propostos para socios os drs. Osvaldo Vieira da Silva, Mario Corrêa Staedter, Airton Py e José Margenat, todos propostos pelo professor Mario Tota, e Ladislau Rathkay pelo dr. Helmuth Weinmann.

Logo e mseguida foi dada a palavra ao orador inscrito, professor Raul Moreira, que discorreu sobre "Fragilidade Meningea na Criança".

Começou o orador acentuando que diante do seu polimorfismo clinico e das dificuldades, não raras, no terreno da terapeutica, as menin-

gites na infancia constituem problema oportuno, para que se desolva uma questão que é o pavor dos pais e a apreensão constante do pediatra.

Passa, em seguida, a distinguir a meningite de mais interesse para o pediatra, tal a leptomeningite, constituída pela inflamação da pia-mater e folheto visceral da aracnoide. Mostra, depois, como se dá a infecção da leptomeninge diretamente, por propagação de focos vizinhos e por via sanguínea.

Continúa, fazendo um estudo detalhado dos novos sinais semiológicos que muito auxiliam o clínico no exame do enfermo, passando, em seguida, a esmiuçar o papel preponderante da sífilis, do alcoolismo e da tuberculose, na produção de meningites de várias naturezas. O professor Raul Moreira acentua que, em 1931, fazendo a abertura oficial dos cursos, na nossa Faculdade de Medicina, dizia, referindo-se á frequência da tuberculose infantil: "Seria quasi o caso de, parodiando o adverbio do mestre neurriatra brasileiro, dizer que "devemos pensar "tuberculosamente".

Entretanto, quando se atinge o capítulo complexo das meningites, pode-se afirmar que ambas as expressões têm valor fundamental: "Pensemos "tuberculosa" e "sifilíticamente". Depois de estudar o papel importante da diatese na produção das leptomeningites, faz considerações em tôrno das reacções meningeas nos sífilíticos e tuberculosos e da dificuldade frequente na clínica em distinguir si o processo meningo-encefálico ou simplesmente meningítico seja de origem sifilitica, apesar da positividade da reacção de Wassermann.

O orador passa depois a estudar as formas anatomo-patológicas das leptomeningites especificas ressaltando as formas gomosas e esclerosas.

No capítulo seguinte de sua conferencia, o dr. Raul Moreira analisa as condições clinicas das meningites, estudando-as nos recém-nascidos, nas doenças infecciosas, nos traumatismos, as meningites cerebro-espinhal e tuberculosa, nas toxi-infecções gastro-intestinais, nas molestias do aparelho respiratorio e as meningites toxicas.

Faz em seguida, estudo detalhado das classificações, mostrando como deve predominar o criterio etiológico, onde presta decidido apoio a liquido cefalo-raquiano, desde as pesquisas memoraveis de Quinke.

Cita opiniões recentes de Ivo Nasso, distinguindo as "meningites eo líquido purulento e as "meningites com liquido límpido", e as de de Casaubon que procura restringir o campo das meningites serosas, chamando-as de síndromes meningíticas agudas.

O orador fala depois na pellocefalia, síndrome, pouco conhecida, só diagnosticada pela punção ventricular. E conclue o capítulo com as mais simples e prticas, a de Osler, de 1899, e a de Otavio Ferreira Pinto, publicada em 1935.

O orador, aborda, então, com minucia, a descrição de alguns casos de sua clinica particular.

Antes, porém, faz considerações gerais sobre as várias formas de leptomeningites, detendo-se propositadamente, na análise da meningite tuberculosa, cuja narração oportuna poderia constituir um tratado de grossas páginas...

Depois acentua como a meningite de fundo tuberculoso é sempre

apreensão grave que invade o amor dos pais e a probidade do médico, devido á sua marcha sub-aguda e seu início, altamente traiçoeiro.

Acentua o professor Raul Moreira que é preciso suspeita-la antes de percebê-la, tornando-se necessária a franqueza rude que nos impõe o prognóstico.

Depois de comentar sua estatística de 20 anos de clínica, onde o prognóstico foi sempre fatal na meningite tuberculosa, cita as pesquisas promissoras de Jousset que curou casos com o produto Allergine, consistindo em um fosfatido extrahido de bacilos tuberculosos especiais, afóra os doentes curados por Bokay, pela radioterapia precoce.

Por fim, o professor Raul Moreira termina sua conferencia, citando, minuciosamente, dois casos curiosos e raros de sua clínica, abstenendo-se de citar outros devido á escassez do tempo. O primeiro doentinho é de uma meningite purulenta, de origem traumática, provocada pelo ferimento no couro cabeludo por esporão de galo de rinha, que lhe saltou na cabeça, enquanto brincava.

Dias depois, a infecção invadiu o osso parietal, perfurando-o, dando nascimento ao quadro clássico das meningites agudas, tendo a punção revelado a presença de puz cremoso, riquíssimo em estreptococos.

O segundo enfermo apresentou, após uma cena completa da leptomeningite, com os caracteres da meningite tuberculosa, uma entidade, raramente descrita pelos autores, com o nome de "paralisia oculo-motor periodica".

O tratamento específico sífilítico fez desaparecer todos os sintomas que foram de repetição, com blefaroptose palpebral, mostrando o ataque ao nucleo do oculo-motor comum.

Depois de estudar, detidamente, os nervos e musculos oculares e citar a opinião de Ivo Nasso, das meningites infocitárias benignas que se podem enquadrar neste caso, o professor Raul Moreira termina, dizendo: "o certo é que o estudo das meningites, no campo vasto da pediatria, é sempre um livro aberto aos avidos deste estudo, e aqui deixo assinaladas algumas de suas paginas..."

Em seguida toma a palavra o dr. Mario Assis Brasil, cujas primeiras palavras foram felicitando o professor Raul Moreira. Passa a fazer "comentarios em torno de casos de meningites tuberculosas.

Mais adiante, o dr. Rebello Horta cita um caso raro de meningite.

Com a palavra, o dr. Helmut Weinmann, começou elogiando o interessante trabalho do conferencista. Apresenta, a seguir, duas observações, uma de meningite tuberculosa, e outra de localização meníngea de processo luetico.

Ressalta o valor prático dos resultados precoces da reacção de Lunge nos casos em que as outras provas humorais ainda não se apresentam positivas.

Neste sentido faz comentários em torno de uma modificação que introduziu no metodo original do ouro coloidal, modificação esta que em centenas de observações lhe ofereceu sempre resultados extraordinarios.

Ainda os drs. Florencio Ygartua e Borba Lupi se estendem em considerações em tórno do assunto tratado pelo conferencista.

Antes de encerrar a sessão o dr. Ygartua marca a proxima ordem do dia para a sessão a ser realizada hoje, na qual se insereveu o dr. Antonio Bottini com o tema "Brucelose humana".

Porto Alegre, 23 de outubro de 1936.

Dr. Helmuth Weinman, 1.º secretario.

Áta da sessão realizada em 30—10—1936, na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: prof. Mario Tota.

Secretario: dr. Helmuth Weinmann.

Estavam presentes os seguintes associados drs.: Adair Figueiredo, Hugo Ribeiro, Luiz Rothfuchs, Alvaro B. Ferreira, Valentim, Antero Sarmiento, Maximiliano Cauduro, Botini, Pereira dos Santos, Raul di Primio.

A áta da sessão anterior não sofreu emendas.

Nesta sessão foram propostos os seguintes novos socios: drs. Jorge Washington Martins, Atilio José Capuano, Decio Tota, Cecilio Monza, Jorge Braga Pinheiro, Amador Florez Barrios, Abel Schulmann, Alvaro Murilo da Silveira, Antonio Amadeu Recco, João Martins de Oliveira, João Moreira d'Avila, Breno Cardia Alves.

A proposito, o professor Mario Tota referiu que existindo nesta capital um numero relativamente elevado de colegas que, por motivos vários, não faziam parte da Sociedade, enviára a cada um destes confrades uma carta solicitando a sua colaboração nesta corporação. Como se via, o pedido lograra exito completo, pois quasi todos tinham enviado a sua proposta para socios.

No expediente além de muita correspondencia foi lida a seguinte carta:

"Berna, 11 de setembro de 1936.

Meus illustres patricios.

Dr. Mario Tota e João Lisboa de Azevedo.

Recebi com indescritivel agrado e sobremaneira honrado a vossa carta de 10 de julho, chegada somente a Berna no dia 20 de agosto. Providenciei imediatamente no sentido de satisfazer ao pedido formulado pela Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Para começar, pego permissão para enviar por esse mesmo correio das principais revistas médicas da Suissa, tendo tomado por minha conta uma assinatura por um ano, dos seguintes jornais médicos:

I. "Schweizerische Medizinische Wochenschrift", revista hebdomadaria, publicada em Bâle. E' talvez depois da Revue Medicale de la Suisse Romande o mais importante orgão dos estudos médicos da Suíssa.

II. Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique.

III. Revue Medicale de la Suisse Romande. E' o grande jornal médico da Suíssa franceza, publicado em Lausanne.

IV. Praxis. Revista suíssa de Medicina.

V. Bulletin trimestral de l'organization de l'hygiène.

VI. Sociedade das Nações, organização de Hygiene.

O Ministerio de Saúde Pública federal tem a seu cargo, somente publicações de estatísticas, representadas pelo "Bulletin fédéral d'Hygiène publique" que segue no anexo n.º dois.

Todas estas revistas estão já subscritas á Sociedade de Medicina por um ano e serão enviadas á Porto Alegre de hoje em diante regularmente. Quanto á livros de medicina, de autores suísson, levei comigo os mais importantes (que não são numerosos) e do Rio de Janeiro, para onde sigo breve, enviarei directamente á vossa destino, evitando assim o preço do transporte postal, que é carissimo neste país.

Posso assegurar a meus colegas que tive prazer imenso em poder cumprir o que me pedem. Nunca deixei de dedicar-me em meus lazeres a nossa profissão mas o que posso assegurar com firmeza é que nunca poderei esquecer o nosso Rio Grande ao qual me prendem as mais gratas lembranças de meu passado, do qual só me lembro com saudades.

Peço permissão para oferecer aos meus colegas o resumo de uma comunicação que fiz á Sociedade de Ginecologia de Bucarest, como testemunho do meu grande apreço.

Li, com muito interesse, a vossa magnifica revista, Archivos Rio Grandenses de Medicina, cujo envio agradeço muito penhorado.

Com muita admiração e estima,

Colega gratissimo

(a.) *Nabuco de Gouvêa.*

Terminada a leitura do expediente, o dr. Mario Tota chamou a atenção dos seus consocios para o numero sempre crescente de revistas estrangeiras que dia a dia enriqueciam a bibliotéca da Sociedade de Medicina. Referiu que a aquisição de tais publicações originára-se da solicitação enviada pela directoria da Sociedade aos diversos embaixadores e consules brasileiros no sentido de se conseguir a permuta dos nossos arquivos com jornais médicos dos países nos quais aqueles diplomatas representavam o nosso país. Essa iniciativa tinha sido coroada de exito, como se

podia verificar pelas excelentes coleções que enriquecem atualmente a nossa bibliotéca, para gaudío dos estudiosos.

Com a mão no assunto, o dr. Mario Tota expendeu emcomiásticas considerações sobre a carta do dr. Nabuco de Gouvêa, enaltecendo o nobre e generoso gesto do eminente colega e o grande valor do donativo por ele feito á Sociedade, presenteando-a com uma das mais notaveis publicações científicas do mundo.

Passando-se á ordem do dia tomou a palavra o dr. Antonio Bottini, que dissertou sobre "Brucelose humana".

E' o seguinte o resumo do trabalho do dr. Bottini:

"Afirma Arlindo de Assis que a existencia de brucelose humana no Brasil é hoje ponto pacífico. E de fato a razão está toda com o insigne professor, sinão vejamos. Lá no extremo norte, em Belem do Pará, Aben-Athar, em 1936, descreveu um caso. Carini e Vepuci, em 1932, publicaram trabalhos demonstrando a existencia de brucelose humana em terrenos bandeirantes. Lacorte, em 1935, observou tambem a existencia no Rio de Janeiro. Arlindo de Assis em 1936, ainda na capital da republica, identificou outro caso de brucelose crônica, em um cliente, dr. Carneiro de Mendonça. O doente portador desta infeção crônica procedia de São Paulo. Mas não somente fóra daqui têm sido observados casos de brucelose, tambem em Porto Alegre, Gonçalves Carneiro, em idos tempos, teve um caso. E, em 1933, Pereira Filho descreveu outro com todos os detalhes.

Diante desta rápida exposição chegamos desde logo a conclusão que não vos trazemos novidades, mesmo porque nada de novo existe sobre a terra, entretanto a nossa observação apresenta o interesse de uma nota á guiza de contribuição nosográfica.

Talvez nem outro mérito ela tenha. Depois o dr. Bottini prosseguiu na descrição do caso clínico, analisando a sua sintomatologia e expondo as hipoteses de diagnóstico que o conjunto mórbido permitia fossem levantados, mas que as provas de laboratorio iam dismantelando umas após outras.

Ressaltou as dificuldades de diagnóstico para tais casos, frizando como foi afinal chegado á conclusão clínica que depois o laboratorio confirmou.

Julga que os casos de brucelose aqui devem ser mais frequentes do que se pensa. Depois de 97 dias de molestia a doente tem alta curada.

Como se vê, o caso foi de marcha prolongada, chegando a temperatura a atingir muitas vezes 42,3°.

A confirmação do diagnóstico clínico foi feita pelo Instituto Pereira Filho. A hemocultura deu resultado positivo depois de 11 dias de incubação na estufa a 37°. Foi identificado o germe causador da septicemia essencial que era a "brucela abortus lovis de Bang", e a cura do paciente foi obtida com a endoproteina específica apenas com o emprego de 1 cc. fraccionado em tres doses. Disse ainda que embora não tenha feito punção no baço e no fígado, achava que a cura fora completa, porquanto regrediram as hepato e esplenomegalias. Teceu ainda considera-

ções em torno do caso, para dizer que o complexo morbido não era perfeitamente concorde com o quadro clínico pintado pelos patologistas, mas o diagnóstico foi confirmado pelo laboratório e posteriormente pela terapêutica específica.

Por fim, arrematando as suas conclusões, sustenta a existencia de casos de brucelose crônica e formula duas perguntas:

1.º — A ação patogênica da brucelose abortus Bovis é a mesma para os animais e para o genero humano?

2.º — No caso de ser a mesma, como encarar o problema do casamento em face de pessoas jovens atacadas de brucelose crônica? Terminou dizendo que o assunto é controvertido e por isso pedia o seu estudo também sob este aspeto social".

Antes de encerrar a sessão o presidente marca a ordem do dia da proxima sessão, para a qual inscreveu-se o prof. Ulisses de Nonoái com o tema "Esboço da fisiopatologia do contágio da tuberculose".

Porto Alegre, 30 — 10 — 1936.

Dr. Helmuth Weinmann, 1.º secretario.

COLITES - DIARRHEIAS NAS GRENÇAS - GASTRO ENTERITIS - AGNÉ - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

COMPRIMIDOS

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO

LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO

PORTO ALEGRE

YEERTUA

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.**Medicados pela illustre classe medica**

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

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- Dr. Helion Povoa (Assistente)

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

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

Renê Fülöp Miller LEÃO XIII

Edição da Livraria do Globo — P. Alegre

Fülöp Miller, famoso na Europa mas desconhecido até ontem no Brasil, foi entre nós divulgado pela Livraria do Globo através de dois de seus livros principais: **ESPIRITO E FISIONOMIA DO BOLCHEVISMO e OS JESUITAS**.

Agora vamos conhecê-lo na biografia. O grande papa Leão XIII, cujas enciclicas ficaram famosas, aparece aqui num retrato vivo e, com êle, ressurgem toda uma época. Vemos a figura imponente do Sumo Pontífice dominando o cenário-europeu, inflando na política, erguendo-se como uma personalidade excepcional, dessas destinadas a ficar com um lugar áparte na História.

Profundo e equilibrado, Fülöp Miller revela-se um grande biógrafo, conseguindo empolgar o leitor e interessá-lo na leitura deste livro adminável, que aparece numa tradução da prof. Maria Guaspari.

GINA KAUS

CATARINA II (Retrato duma Imperatriz

Edição da Livraria do Globo — P. Alegre

Gina Kaus, escritora vienesa, nos dá neste livro primoroso um retrato vivo e fiel da Grande Imperatriz da Rússia. Segundo a crítica europeia, esta biografia marca uma perfeita conciliação, ou, melhor, reconciliação entre o romance e a História. Não há traições á verdade histórica e ao mesmo tempo a leitura tem um sabor de aventura, de drama, de ficção. Toda a trágica e pomposa corte russa, com suas intrigas, suas orgias, seus crimes e suas taras aparece aqui numa reconstituição vigorosa que só podia ser feita por quem, ao par de grande cultura possuísse também o talento de romancista. É o caso de Gina Kaus, escritora vienesa, autora de "TRANSATLANTICO", um dos romances de mais emoções dos últimos tempos.

CATARINA II, que foi traduzida por Marina Guaspari, é uma grande biografia que se vem juntar ás de Ludwig, Schneider, Wertheimer e Zweig — editadas todas pela mesma casa.

Para o seu

Café COM LEITE

use o

Café 35

do

famoso

Café Nacional

CALCIO COLLOIDAL

"Granado"

MORRHUATO DE CALCIO COLLOIDAL

Com vitaminas A e D
em vehiculo aquoso,
perfeitamente indolor.



Racional e moderna associação
medicamentosa, empregada como
recalcificante e tonico, de escol,
nos estados prebacillares, na
fraqueza muscular ou nervosa e
como adjuvante no tratamento da
Tuberculose
em suas varias manifestações.

CALCIOTHERAPIA INTENSIVA

Caixa de 12 empôlas, a 2 cm.³

Granado & Cia.

Rua 1º de Março, 14, 16 e 18
Rio de Janeiro *Brasil*

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...i 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

Director 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

O Laboratorio Doria - Campinas, Est. de S. Paulo

Recomenda a prescrição para Ulceras não especificas,
— Eczemas, — Rachaduras, (dos seios) Assaduras, (crianças)
— e em todas as manifestações cutaneas da Diatese ex-
sudativa,

a "Pomada Dermatisan Doria"

o mais moderno dos produtos para os casos a que se destina.

Formula: — Oleo de Chaulmoogra, Lanolina, Vaselina,
Ox. Zinco e tinturas vegetaes.

Instituto de Radiologia Clinica
Porto Alegre

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

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

LABORATORIO PHARMACEUTICO INDUSTRIAL "CAMARGO MENDES S/A"

SOLITARIA

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

Capsulas
TENIFUGAS
DE
"Camargo Mendes"

1 - RUA FRANCISCO LEITÃO 48 - Caixa 3413 - S. Paulo



ESTANCIA DE AGUAS MINERAIS DE IRAÍ

PARTICULARMENTE INDICADA

nos estados dispépticos;
nos padecimentos do duodeno;
na litíase biliar;
nas colites crônicas;
na litíase úrica;
nos eozemas;
nas piодermites;
nos reumatismos;
na diabete;
na sífile;
para restauração orgânica.

Iraí está ligada á Santa Bárbara, estação da viação férrea mais próxima, por ótima estrada de rodagem. Além dos automóveis particulares, ha luxuosos e confortáveis ônibus que correm diàriamente entre essas duas localidades, cobrando apenas 30\$000 por passagem simples e 54\$000 por passagem de ida e volta. De qualquer estação da V. F. R. G. S. se podem comprar passagens directas a Iraí, com direito a 45 dias de permanência. Iraí tem luz eléctrica, água e exgôto, e conta com ótimos hotéis, cujas diàrias oscilam entre 9 a 16\$000. Ha serviço médico gratuito para o uso das águas. Finalmente ha em Iraí grandioso balneário, notavel obra da engenharia nacional, cujo custo ascendeu a quasi 1.000 contos de réis.

Dr. recomende uma cura em Iraí a seu cliente