

21482

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

JANEIRO DE 1940

N. 1

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

**HUGO RIBEIRO**

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

**JACI C. MONTEIRO**

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

**SALVADOR GONZALES**

1.º SECRETARIO

**RUBENS MACIEL**

2.º SECRETARIO

**ALFREDO HOFMEISTER**

TESOUREIRO

**ANTERO SARMENTO**

BIBLIOTECARIO

**LUIZ SARMENTO BARATA**

Doc. Livre de Cl. Urológica

**NINO MARSIAJ**

Cat. Int. de Cl. Médica

DIRECAO CIENTIFICA

**MARTIM GOMES**

Cat. de Ginecologia

**RAUL MOREIRA**

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**RUBENS MACIEL**

REDATORES

GABINO DA FONSECA  
MARIO TOTA  
FLORENCIO YGARTUA  
NOGUEIRA FLÓRES  
VALDEMAR CASTRO  
PEDRO MACIEL  
JACI MONTEIRO  
MARIO BERND  
NINO MARSIAJ  
AMÉRICO VALERIO  
J. LISBÔA DE AZEVEDO  
IVO CORREIA MEYER  
LUIZ S. BARATA  
HELMUTH WEINMANN  
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES  
GUERRA BLESSMANN  
DECIO DE SOUZA  
ANES DIAS  
RAUL MOREIRA  
PEREIRA FILHO  
J. L. T. FLÓRES SOARES  
J. MAIA FAILACE  
CARLOS CARRION  
ALVARO B. FERREIRA  
C. LUPI DUARTE  
JOÃO G. VALENTIM  
ANTONIO LOUZADA  
VALDEMAR NIEMEYER  
E. J. KANAN

— 0 —

GERENTE: ALMANZOR ALVES

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 111

Caixa postal, 872





# Sumario

## Trabalhos originais

JOSE' A. VASCONCELLOS — Tratamento do pé talus congênito e processo original .....	”	3
LUIZ FELIPE MAGALHÃES VIEIRA — Exploração cirúrgica das vias biliares .....	”	9 <del>12</del>
PEDRO SIRANGELO — Intoxicação pela Ricina .....	”	10 15

## Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina — Ata .....	”	25
Sessão de posse da nova diretoria .....	”	37

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

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



ANDRADAS, 1428  
TELEFONE, 7700  
PORTO ALEGRE



ANÁLISES MÉDICAS - VACINAS AUTÓGENAS

**LABORATORIO FAILLACE-CARRION**

— EX. LABORATORIO WALDEMAR CASTRO —

**D<sup>rs</sup> J. MAYA FAILLACE — D<sup>r</sup> CARLOS M. CARRION**

F. M. P. A.

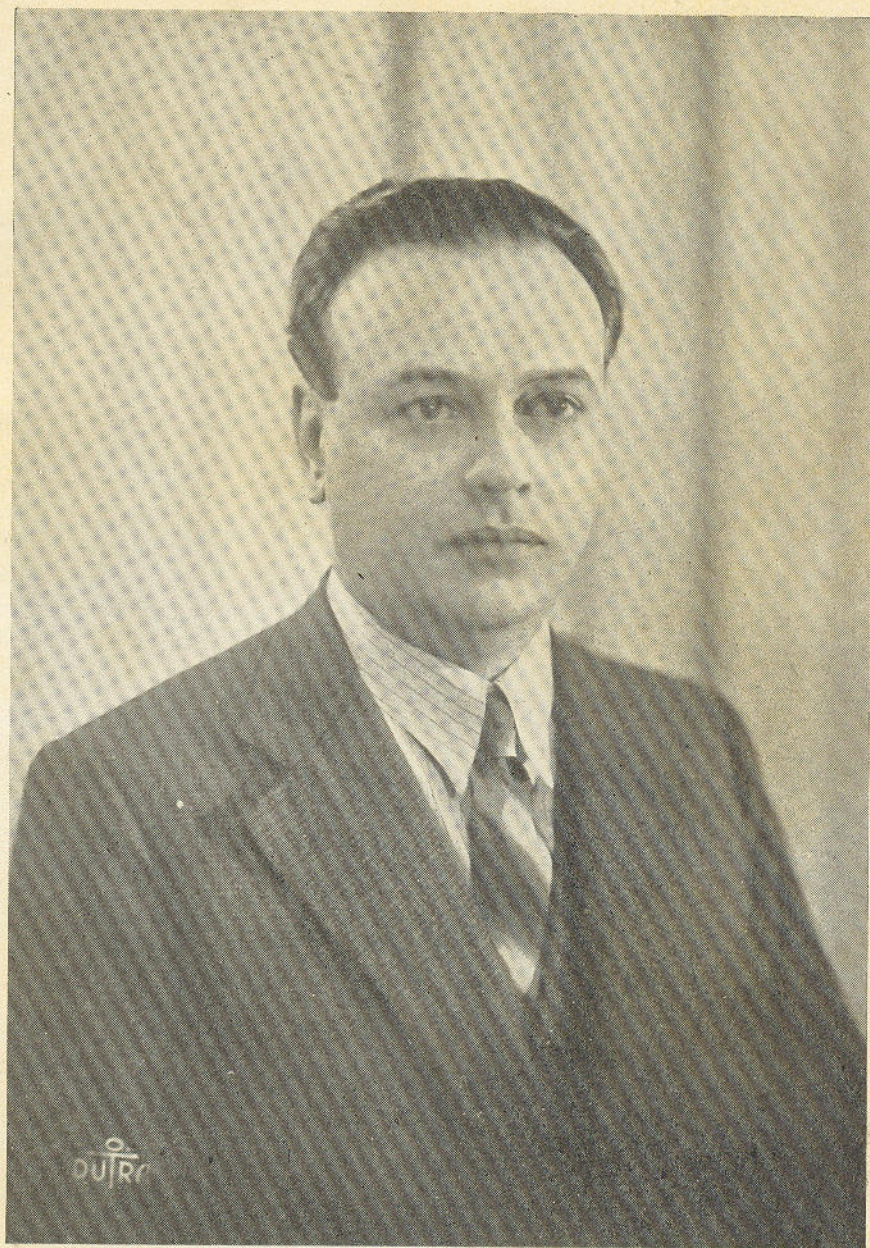
DE QUOTEC

Reg. n.º

Em

5208  
13/5/61





*Dr. Hugo Dinto Ribeiro*

Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre  
no período social de 1940-41.



# Tratamento do pé talus congênito e processo original

José A. Dasconcellos

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de  
Medicina de Pório Alegre

Socio titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

## I PARTE

O pé talus congênito é na maioria das vezes um pé talus chato valgus. A deformidade talus é de facil correção; no entanto, o mesmo não se dá com as deformidades chato e valgus. O valgusismo pôde se tornar ulteriormente, no adolescente e no adulto, em uma enfermidade muito grave.

Como tratar o pé talus congênito?

A massagem para distender as extensores e a própria electricidade para estimular os grupos de musculos mais enfraquecidos são uteis; mas uma contensão adequada é sufficiente em regra geral.

Como conter o pé talus?

O professor Julius Hass recomenda, desde os primeiros dias de vida, colocar um rolo de algodão no dorso do pé e se pôr o mesmo em equinismo extremo por meio de uma atadura de flanela.

No evoluir do processo, conforme as necessidades, usa uma bota de gêsso por tres meses, ficando o pé em posição forçada de equino varus ou valgus, e para o tratamento complementar, nas formas ligeiras, o paciente usa um sapato com o salto prolongado para traz e com

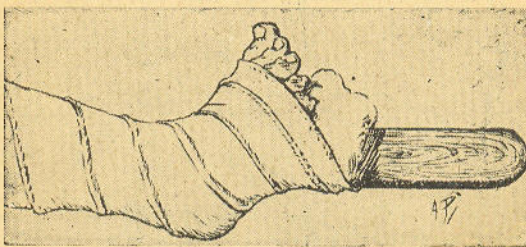


Fig. 1

a face superior inclinada para frente; existindo o valgus, coloca, por dentro do sapato, uma palmeira inclinada transversalmente.

Para a noite, emprega a tala de Nieny, na qual, as uniões transversais estão invertidas.

Lamy usa para corrigir o talus e o valgus a tala que se vê na fig. 1.

Lucien Michel construiu um aparelho em bascula, constituido de uma palmeira que vai além do calcanhar e de duas hastes metalicas



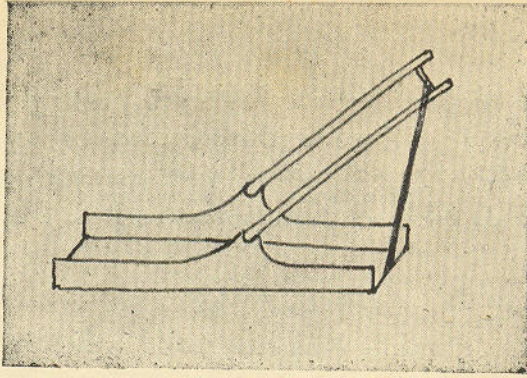


Fig. 2

que ficam colocadas nos lados da perna. Na palmilha, em sua parte posterior, tem uma tira de borracha que serve para fazer a flexão plantar. O aparelho permite deixar o pé em varo ou valgo. A figura 2 dá idéia do aparelho.

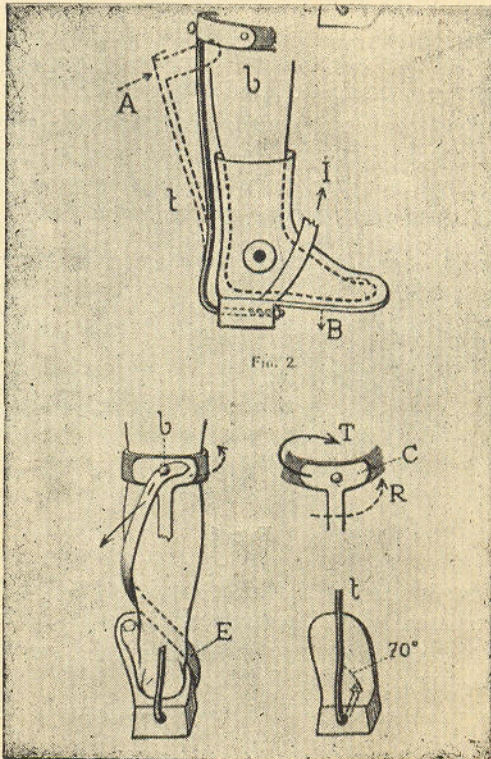


Fig. 3



Rocher usa, nas deformidades do pé, o aparelho que está representado na figura 3.

Por meio da haste t corrige a deformidade talus.

A abdução do pé e o valgus ele as corrige por uma torsão dada no aparelho.

A correia E serve para impedir a rotação da coleira R.

Alguns ortopedistas vão aos extremos de fazerem alongamentos de tendões ou intervenções osseas; isto me parece desnecessário desde que o tratamento corretor tenha sido bem conduzido.

## II PARTE

Já tenho empregado varias vezes, com bons resultados, e é usado na 26.<sup>a</sup> enfermaria da Santa Casa o aparelho muito simples e util, de minha originalidade, que vou descrever:

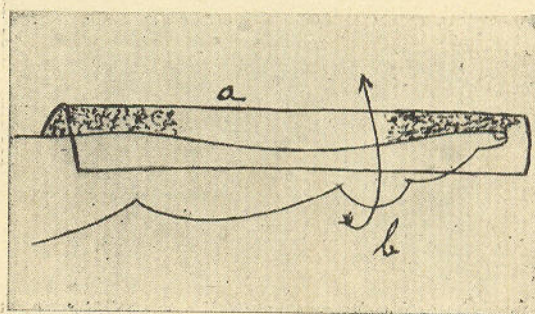


Fig. 4

De um retangulo de papelão forte se faz uma goteira (fig. 4<sup>a</sup>). Coloca-se algodão no dorso do pé e no joelho, ou, então, passa-se uma atadura de flanela do pé até a coxa.

Põe-se a goteira de papelão por cima do pé e da perna (fig. 4), fixa-se tudo com uma atadura de flanela.

Como se vê, na fig. 4, o pé está em flexão forçada e bem contido. Si existir a deformidade valgus, pomos mais algodão do lado externo do pé e este fica corrigido em varus e, vice-versa, si existir a deformidade varus põe-se o algodão no lado interno do pé. O pé chato é corrigido pela atadura que passa pelo calcanhar (fig. 4 b).

Chamo a atenção para a importante ação que a atadura (fig. 4-b) exerce sobre o calcaneo; ela e a goteira obrigam o osso calcaneo que, no pé talus, tem o eixo longitudinal dirigido para cima e para frente (fig. 5) a se inclinar para baixo e para frente (fig. 6). Desse modo se faz, realmente, a correção do pé chato e não ficticiamente pela flexão na articulação tarso-metatarsica creando um pé escavado.

A fig. 5 é a radiografia de um pé talus varo chato em que a linha B do calcaneo converge, na frente, com a linha A do tibia, que é constante. A mesma linha B, na fig. 6, que é o mesmo pé da fig. 5,



com a goteira (u)colocada, tem a sua convergência com a linha A em direção posterior. Confrontando as posições do osso calcaneo da fig. 5 com o da fig. 6, nota-se a sensível mudança de inclinação. A posi-

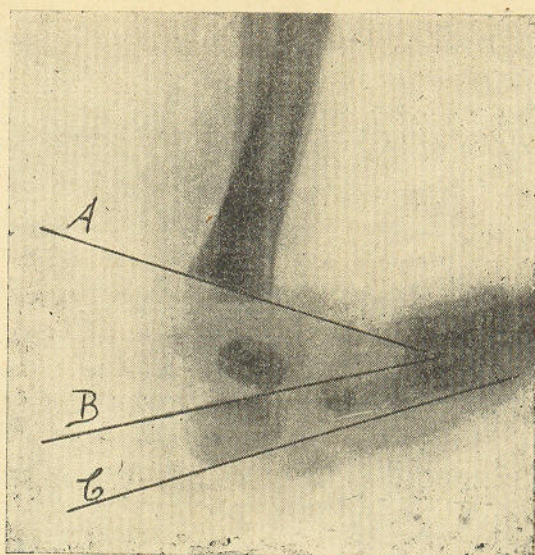


Fig. 5

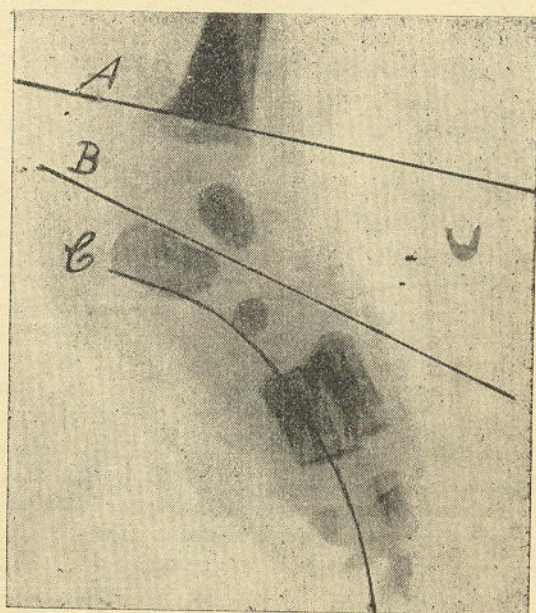


Fig. 6



ção tomada pelo calcaneo da fig. 6 é semelhante a que se vê na fig. 7 que é de um pé normal em flexão.

Na fig. 5 a linha C, que vai do calcaneo ao metatarso é uma linha réta, o que mostra a deformidade chata do pé talus. Na fig. 6, que é a radiografia do mesmo pé da fig. 5, no aparelho de goteira, a li-

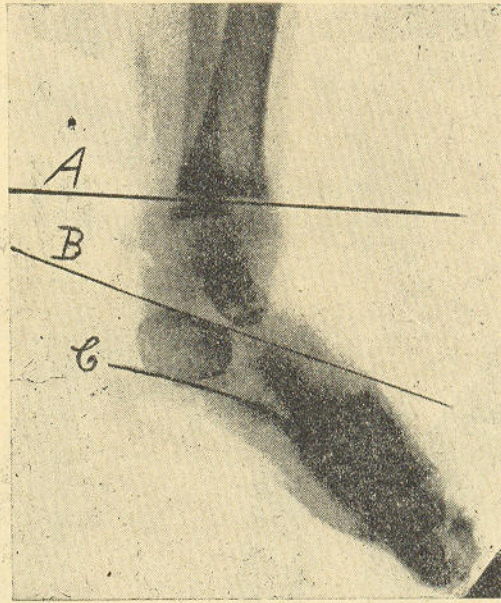


Fig. 7

nha C é uma curva que vai do calcaneo ao metatarso, linha esta semelhante a linha C da fig. 7 que é a de um pé normal em flexão.

Pelo exposto se vê que o aparelho em goteira, por mim imaginado, corrige a deformidade chata do pé talus; coloca os ossos do mesmo em posição idêntica aos de um pé normal

#### Conclusões:

- 1) Os recursos apontados pelo Prof. Julius Hass em seu livro (tradução do Prof. José Valls);
- 2) A tala usada por Lamy;
- 3) O aparelho de Lucien Michel e usado pelo Prof. Ombrédanne;
- 4) O aparelho de Rocher;

Não corrigem, em um só aparelho, todos os defeitos do pé talus congênito, principalmente a deformidade **chato**.

O aparelho em goteira, aqui apresentado, (fig. 4) corrige todas as deformidades do pé talus congênito e tem, ainda, em seu favor a simplicidade de confecção e preço.



Novidade!

Suprifen

o novo analeptico  
e tonicardiaco  
em gotas e ampolas



A Chimica "Bayer" Ltda.



## Exploração cirurgica das vias biliares

por

Ruiz Felipe Magalhães Vieira

Lido numa das sessões da Sociedade de Cururgia por ocasião dos estudos sôbre Vias Biliares

A exploração cirúrgica das vias biliares se faz após a abertura do ventre.

O seu interêsse é de real importância e para conhecer esta afirmativa basta que se medite alguns instantes. Tal convicção faz com que seja grande o cuidado em praticá-la e não menor á atenção nos dados fornecidos.

Mais fàcilmente se convence da verdade, quando sabe-se que é pela exploração cirúrgica que se esta mais perto da lesão.

Quem poderá identificar a natureza de uma obstrução?

Quem poderá com acerto orientar a cirúrgica sem examinar pormenorizadamente a árvore biliar?

Para examinar bem é necessário empregar todos os métodos, porque êles se completam e fortalecem a conclusão. Há necessidade em conhecer todos, porque muitas vezes os obstáculos impossibilitam o uso de um ou de outros e ter-se-á que empregar aquele que mais adequado fôr no momento. Suas descrições serão feitas sem comparação dos valores, os quais poderão ser evidenciados fàcilmente.

Para uma boa exploração o paciente ficará emdecubitus dorsal com um coxim na altura da D 12 e LI para exagerar a lordose, tendo também a cabeça em posição alta.

A incisão requer cuidados, pois conforme o segmento da árvore biliar que se deseja examinar, esta ou aquela incisão fornecerá maior campo, serão poucas as que satisfazem quando o interêsse está em examinar duma maneira geral e ainda mais levando em conta o sacrificio dos elementos nobres da parêde.

As incisões de Mayo-Robson, de Kher, para-costal, de Pribram citada por Mirizzi, são as que melhor mostram. Será a de Kher que servirá para a descrição deste assunto. Começa esta na altura do apendice xiphoides desce pela linha mediana até a metade, onde sofre uma mudança de direção, seccionando o músculo transverso direito sem lhe atingir o bordo, seguindo paralelo a este até o plano da cicatriz umbelical. Seccionado o peritoneo afasta-se os lábios da incisão por meios de afastadores.



## VESÍCULA BILIAR

### *Inspecção e Palpação:*

O colom transverso aparece encostado ao bordo inferior do figado e entre eles a vesícula como uma cupula espérica azulada.

Não havendo aderências afastam-se essas visceras com campos operatórios para expôr a região ao exame. Si houver aderências desfaz-se-ás na medida do possível, com o dedo simplesmente ou ajudado por uma gaze secionando com tesoura as mais resistentes, tendo sempre o cuidado de parar a hemorragia e não cortar os tratus fistulosos que são curtos, duros e densos. Nos casos que houver um ligamento unindo o colon transverso á vesícula, não permitindo afastar aquele orgão, seciona-se entre duas ligaduras e afasta-se o colom para baixo protegendo com campos.

Na maioria dos casos podemos examinar bem a vesícula que se encontra colada á face inferior do figado tendo sua extremidade delgada dirigida para baixo, para traz, para dentro. Piriforme de 8 á 10 cent. de comprimento por uns 3 á 4 cent. de largura, côr azulada, superficie lisa e regular.

Existem algumas alterações que se percebe ao primeiro golpe de vista, pois são grosseiras tais como rompimento da parêde, tumor de vesícula, outras no entanto necessitam mais atenção, porque afetam detalhes mais subteis. A côr escura aparece nas vesiculites, onde surgem algumas manchas negras por lugares, por outros pontos brancos, descolorados e contornados de néoformações fibrinosas, tendo algumas um furo que são chamadas as perfuradas. As manchas brancas dão um aspéto malhado nas vesículas de estase sem calculos, as paquivesiculite mudam para um tom amarelado. Alteração da forma vai desde a vesícula volumosa semelhante a um balão com uma forte tensão, do líquido em seu interior, nos piocolecistos, até as de volume de uma nós, enrugadas e franzidas. A inflamação da serosa, que a envolve torna a superficie despolida e congestionada, e os calculos deformam-na dando aspéto bosselado.

Pela palpação da vesícula nota-se flacidez da parêde e esvaziamento pronto pela expressão, porém nos estados patológicos sentir-se-á endurecimentos localizados que serão incrustações calcareas e depositos de colestestina. Parêde com perda da flacidez normal, espessada e endurecida se encontra nas paquivesiculites; em outras ocasiões é o contrario, reduzida a uma lâmina delgada contendo líquido sob forte tensão, nos chamados piocolecistos; nesses casos seria melhor que não se usa-se a expressão cística. Encontra-se também vesículas de aperência normal, que são obstruidas, não se esvaziando pela expressão onde se palpa um ou mais calculos.

### CÍSTICO

*Inspecção e Palpação:* O cístico que continua para baixo a extremidade afilada da vesícula se apresenta como um cordão de côr escura, recoberto pelo pequeno epiplom. Vê-se-o melhor, quando colocada uma



pinça de anel sôbre a vesícula ou mais exatamente no bacinete, faz-se uma tração; então o cístico que aí atrás se encontra, aparece bem sôbre a dobra de revestimento do epilom gastro-hepático. De calibre irregular, apresenta partes estreitadas e outras dilatadas; de trajeto mais ou menos flexoso, e grossura de um pálito de 3 a 4 milímetros de diametro.

No estado o patológico é alterado: a direção por aderência que re-  
puxa; o calibre por calculo que incravado faz as vezes de válvula, deixando entrar a biles e evitando a saída, que pela cronicidade pôde aumentar de várias vezes o diametro primitivo.

Quando se deseja palpar o cístico, é mistér introduzir o indicador no hiatus de Winslow e procurar para cima e bem a direita, ou então descer pelo colo da vesícula.

O calibre e a homogeneidade das sensações tateis informam a respeito de sua integridade.

### COLEDOCO E HEPÁTICO

**Inspeção e Palpação:** Resultando da união do cístico e do hepático, o coledoco muitas vezes se encontra coberto pelo duodeno, que é necessário afastar para descobri-lo. Quando a porção supra duodenal do coledoco é bem amostra, aparece como um tubo cilindrico regular de côr amarelo esverdeado, grossura de um lapis pouco menos, (4 a 5 milímetros de diametro) sôbre o bordo livre do epiplão gastro-hepático que forma o tétro do hiatus de Winslow.

Nas afecções obstrutivas o coledoco chega atingir a grossura de um dedo indicador e nas crônicas antigas o volume de uma alça intestinal. Quando nos casos que há forte tenção da biles dentro do canal ao se abrir o epilom gastro-hepático com o fim de inspecionar melhor, imediatamente o coledoco faz hernia pela brecha.

As pericoledocites trazem retração da luz do canal com estreitamento que nos lugares onde se encontram alteram a regularidade do calibre e mudam a côr para uma tonalidade esbranquiçada.

Na inspeção do hepático use-se a manobra de Kehr, que consiste em voltar as costas para a cabeça do paciente e baixar a cabeça como quem vai olhar a face inferior do figado, enquanto que a mão esquerda com a face palmar voltada para a face inferior daquele órgão resvala em direção de pediculo, palpa e mostra o campo á inspeção.

A porção retro-duodeno-pancreático do coledoco será inspecionada e palpala após o rebatimento do duodeno e da cabeça do pancreas, para isso necessita ser seccionado o ligamento lateral do duodeno, rente á primeira e segunda porção, com dedo coifado por uma gaze, procurando o plano de clivagem, até descolar numa certa extensão. O auxiliar segurando pelo duodeno levanta e afasta esses órgãos para o lado E. ficando o coledoco bem exposto, á inspeção e palpação. Mas o deslocamento nem sempre se consegue fazer e nas ocasiões que há uma peritonite adesiva essa manobra torna-se quasi impossível.

A palpação do hepático faz-se pela manobra de Kehr que também serve para o hilo hepático; para o coledoco introduz-se o dedo indicador no hiatus de Winslow e o polegar por cima pinça este canal, procura-se



perceber a regularidade do calibre, o estado elástico e o grau de tensão da parêde. Quando há um endurecimento duvidoso, faz-se como manda Terrier, uma punção com uma agulha, que dará a certeza.

O coledoco se aprecia até seu encontro com o duodeno; daí por diante será sentido empurrando com o indicador introduzido no hiatus de Winslow, o peritôneo que forma o ligamento lateral do duodeno e pinçando com o polegar por cima. Costuma-se também palpar o coledoco retroduodenal, pregueando a parêde anterior deste órgão entre os dedos citados, algumas vezes chega-se a sentir a ampola de Vater. A porção retropancreática quando não for rebatida e descolada a cabeça do pancreas, será percebida através a espessura glandular, onde somente serão sentidas as alterações profundas ou calculos de volume bem apreciável.

### CATERISMO

O instrumental que deve ser empregado é aquele que usa o oftalmologista ou quem opera vasos.

Draga e estiletos de Dejardin, de diversos calibres feitos de cobre destemperado pelo calor e flexíveis.

Sondas de Nalaton do n.º 4 a 10 da filete Charrière.

Seringa de Pravaz ou de Ricord com agulha fina e de bisel curto.

Agulhas redondas para sutura. Fio fino OO.

Para se fazer o cateterismo das vias biliares, utiliza-se sempre o colédoco na sua porção supra-duodenal. E' aí o lugar de eleição para se cateterizar.

Quasi nunca se usa o côto cístico após a colecistectomia, porque seu calibre é exíguo ou porque sua implantação dificulta a introdução do cateter.

O cateterismo através uma abertura da vesícula é deixado de lado, pela impossibilidade que há de atravessar o colo do cístico, devido curvaturas dobras de mucosa e válvulas.

Frequentemente se usa o cateterismo por via retrógrada.

Consiste êste em introduzir o catetér da ampola de Vater para o colédoco, sôbre o que trataremos oportunamente.

O lugar de eleição para se fazer o cateterismo, como dissemos, é a face anterior do colédoco na sua porção supra-duodenal.

Um auxiliar puxa por uma pinça colocada na vesícula com o fim de fazer desenhar o cístico que vai ter o colédoco, entretanto, não serão poucas as vezes que há dúvidas a respeito de que o canal que está diante dos olhos seja o colédoco ou a veia porta, certifica-se punctionando com uma agulha, montada em seringa, o líquido extraído quasi sempre dá a certeza. Porém, há ocasiões em que ainda não se sabe si é sangue ou bilis, neste caso basta pingar uma gôta sôbre uma compressa, se for bilis ficará azulada ou esverdeada.

Na certeza de que o canal tido á vista é o colédoco, coloca-se dois fios finos, por meio de agulha redonda e muito fina, um ao lado do outro, sôbre a face citada e depois da implantação do cístico.

A tração será feita por meio d'esses dois fios e após proteger o campo com gaze, para evitar que a bilis caia no peritôneo.



Coloca-se o indicador esquerdo no hiatus de Winslow, para reparar e proteger a secção. Entre os dois fios faz-se uma incisão numa extensão de um centímetro, que ficará na distância que medeia entre o cístico e o duodeno. Enxuga-se a menor gôta de bilis e a hemostasia na parêde do canal é feita com sôro quente.

Pela abertura do colédoco introduz-se o cateter para o lado do hepático, sempre com doçura, procurando sentir o menor obstáculo e dando a fôrma necessária para progressão nas curvaturas, com cuidado de não introduzî-lo muito longe. O menor obstáculo palpa-se do lado de fóra, pinçando o canal entre os dedos citados. Examinando o hepático, retira-se a sonda e dirige-se no colédoco para a ampola de Vater. Conseguindo-se transpôr esta ampola, sentir-se-á um resalto e uma queda numa cavidade ampla que é o duodeno. Não conseguindo, há conveniência em saber a qualidade do impeçílio, se um cálculo, um tumôr, um espasmo ou um estreitamento. Muda-se o calibre do cateter. Ainda não sendo possível, com uma sonda de Nelaton, introduzida no colédoco, passa-se um fio ou uma pinça circundando o canal e apertando-o sôbre a sonda. Com uma seringa de Pravaz introduz-se água oxigenada.

Passando no duodeno o gaz que se desprende enche êste orgão. Si não passar, voltará, para fóra, pela sonda. Pode-se usar, também, sôro fisiológico. Nada resolvido somos obrigados a fazer a duodenostomia para examinar a carúncula. Esta é uma intervenção suprema que só se usa em último caso, porque, além de desfazer as relações anatômicas do colom do epiplão é uma manobra de realização que fâcilmente contamina o peritônio.

Uma das condições que obriga a fazer a duodenostomia é a peritonite plástica, impossibilitando o descolamento retro-duodeno-pancreático.

Consiste a duodenostomia em abrir o duodeno na face anterior da segunda porção. Coloca-se dois fios ou duas pinças no meio desta face fazendo-se a incisão entre elas, de 3 a 5 centímetros. A menor gôta de líquido deve ser enxugada. Repara-se os lábios da incisão pór quatro pinças.

Em cada bôca dos segmentos, aferente e eferente, introduz-se um tampão de gaze preso a fios que se repara do lado de fóra da cavidade abdominal por pinças e vai-se a procura da papila entre as dobras da mucosa.

Quando não se encontra servirá de guia a extremidade da sonda, a gôta de bilis que escapa, o cálculo que aparece ou um tumôr.

A papila tem uma côr mais vermelha que o resto da mucosa; costuma-se encontra-la na metade da porção descendente da face pósterio-interna.

Sonda-se por aí a ampoula e o canal colédoco, procurando identificar a natureza do abtáculo, si um estreitamento, um cálculo, etc., fazendo-se, assim, o cateterismo retrógado.

### COLANGIOGRAMA

Os estudos de Pablo Mirizzi abrem-nos um campo, de orientação novo no estudo deste capítulo, rico em dados informativos.

Um dos quesitos importantes é a anestesia; divide seus doentes se-



gundo esta em três grupos: nos obesos emprega a raquianestesia, naqueles em que a infiltração sub serosa não póde se fazer usa a esplanquénica segundo processo de Braun e, nos que póde infiltrar a sub serosa faz a esplanquénica segundo Drüner.

O processo de Braun consiste em injetar 40 cc. de novocaina a  $\frac{1}{2}$  por % em média com algumas gôtas de adrenalina, no plexo celíaco. Depois de aberto o ventre a injeção é feita pelo auxiliar e o cirurgião é que coloca a agulha no lugar, para isso introduz a mão D. tendo as polpas digitais do indicador e medio voltadas para cima, para a face inferior do fígado, aí reconhece a esquerda da vesícula biliar, o lobo quadrado, continuando a progredir em direção oblíqua para a profundidade reconhece uma segunda iminência o lobo de Spiegel; volta aí nessa altura as polpas dos dedos para baixo e procura nos lados o ângulo aórtico renal. O dedo medio palpa o bordo externo da aorta e o indicador palpa a origem da arteria renal. Chegado a este ponto com a mão esquerda, introduz a agulha que segue o dorso da mão direita, o espaço inter digital dos dedos citados, até o encontro do plano resistente formado pela columna vertebral, onde é feita a injeção do anestésico.

O processo de Drüner consiste em infiltrar os mesmos tecidos que contornam os órgãos, usa para isto uma solução de novocaina a 25 por cento sem adrenalina para vêr melhor os vasos que sangram e fazer a hemostasia.

Na raquianestesia feita nos obesos emprega a percaina na dose de 0,0007 a 0,008 conforme o pêso do paciente, na altura DXII ou LI sem extração do liquor, meia hora antes, porém administra uma injeção de efedrina e durante a operação cuida a pressão arterial máxima que não caía abaixo de 10 sem fazer novamente a efedrina.

A finalidade em empregar essas anestésias é de no momento de tirar a radiografia, o paciente parar de respirar sem o que não sairá boa a chapa. Tratando-se de pacientes pusilamines e histéricos, hipertiroideanos etc., emprega anestesia geral, colocando um dreno no colédoco e fazendo a colangiografia posteriormente.

A colongiografia durante a operação, faz injetando a substância opaca na vesícula ou no cístico; quando usa aquela, retira por punção a mesma quantidade de bilis que injeta de contraste.

Assim retira 10 cc e injeta 10 cc de lipiodol que é a substância que usa. Quando emprega o cístico, tem o cuidado de isolá-lo bem dos tecidos que o rodeiam, para que a substância refluindo, não os infiltre e dê um colangiograma nebuloso.

Respeita o vestíbulo e as válvulas de Heister e injeta 3 á 4 cc, muito lentamente a razão de 1 cc por minuto, com agulha semponta e bem fina. A chapa sob dorso. Com este modo de fazer seus colangiogramas, diz evitar a contração do hepático e colédoco, pois não irrita pela punção e nem excita dilatando por meio da injeção.

Antes porém de bater a chapa retira todo o campo e toda a gaze que tenha sido manchada pela a substância de contraste. O filme será revelado com toda urgência e examinado antes de fechar o ventre, momento que resolverá drenar ou fechar sem drenar.



## Intoxicação pela Ricina

por

Pedro Sirangelo

A pouca frequência do caso a que ora nos propomos relatar, colhido em nossa clínica particular, inclinou-nos a sua divulgação já que o consideramos de interesse geral.

A paciente — uma senhora de 38 anos — havia, segundo a narrativa dos circunstantes, ingerido regular quantidade de sementes de “mamoneiro”, oriundas de uma árvore existente no quintal de sua residência, que lhe haviam aconselhado como um bom remédio para a sua “prisão de ventre” habitual. Algumas horas após ter comido as tais sementes, sobrevieram-lhe dôres violentas abdominais, acompanhadas de náuseas, vômitos e diarreia. Foram então reclamados os socorros da “Assistência Pública”; atendida por um colega daquela repartição, conseguiu este aliviar-la das dôres e melhorar seu estado geral, tendo sido recomendada assistência médica. Isto aconteceu tres dias antes que a nossa presença fôsse requisitada.

No dia seguinte, como persistissem os sintomas já citados e durante uma nova e forte crise dolorosa ao nível do epigastrio, foram novamente solicitados os serviços da “Assistência Pública”, que mais uma vez a medicou, insistindo o colega daquele posto na necessidade da presença de um profissional que tomasse o encargo de assisti-la.

Esse estado continuou entretanto até ao dia imediato quando — não só devido ao sofrimento da paciente como também ao estado de fraqueza apresentado por ella, agravado pela falta de alimentação — resolveram então procurar um médico.

O exame objetivo pouco ou nada contribuiu para a elucidação do caso: fraqueza considerável, estado somnolento, debilidade circulatória. Entretanto, já na história da doença, nos foram apresentadas umas sementes que á primeira vista não identificamos e cujas características descreveremos adiante. Tendo nos sido esclarecido provirem as mesmas da árvore de mamoneiro, só então fomos penetrando na causa daquele estado apresentado pela nossa doente.

Os sinais subjetivos revelavam dôr á palpação em toda a região abdominal e a do epigastrio, com “forte sensação de ardor desde a garganta até o estomago”. Queixava-se ainda de náuseas, sendo que a diarreia, intensa até a vespera, havia diminuído bastante, após ter vindo “com um pouco de sangue”.

Medicamos a doente obedecendo a orientação sintomática. Após lhe lhe termos administrado um analéptico cardiaco e pouco depois um anti-espasmódico, prescrevemos-lhe uma poção com sub-nitrato de bismuto, tintura de opio canforada etc., e recomendamos-lhe alimentar-se frequen-



temente com leite, leite com café, caldos de frutas, sopa de leite com ovo, laranjadas, limonadas e águas minerais, primeiro ás colheradas, depois aumentando gradativamente a quantidade de cada refeição.

Já no dia seguinte apresentava a doente sinais de melhora, queixando-se entretanto, ainda das dôres e da sensação de queimadura. As náuseas haviam cessado. Passamos então a administrar-lhe uma ampola diária de "Glicosôro" e "Extracto Hepático".

Pouco a pouco foram se restaurando as fôrças perdidas e antes mesmo de decorrida uma semana achava-se a enferma já restabelecida.

Vejamos agora, porque attribuímos ás referidas sementes a causa desta grave intoxicação e passemos para isso a estudar a sua planta de origem: o "ricino" ou "mamoneiro". Esta planta originária da India e aclimatada em nosso paiz, conhecida também por "Palma Cristi" é entre nós chamada vulgarmente de "mamoneiro". E aqui cabe uma ressalva para não confundirmos a planta em fôco com o "mamoeiro" cujo fruto é o "mamão", o "papayer" dos franceses ou ainda "carica papaya" donde é extraída a "papaina", pepsina vegetal já bastante empregada.

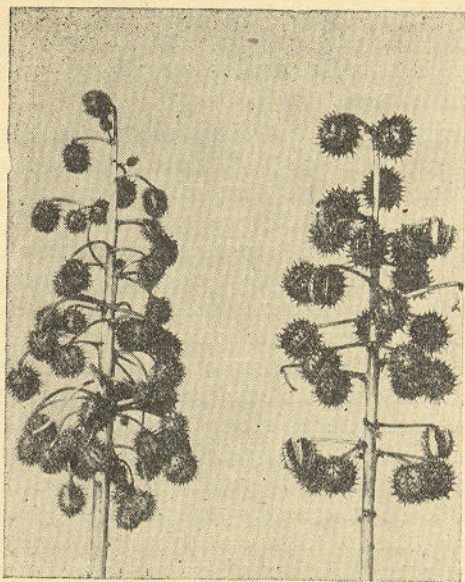
Voltemos então ao nosso "mamoneiro", cuja gravura junto reproduzimos.

O "ricinus comunis" é uma planta da familia das euforbiaceas que cresce espontâneamente em muitas regiões de nosso paiz e que se cultiva em grande escala na Europa Meridional, especialmente na Italia. No norte da Europa ela é frequentemente transplantada para os jardins servindo de adorno. Seu fruto é formado de tres cápsulas rugosas que se separam na maturidade pondo em liberdade sementes, muito variáveis nas suas dimensões e apresentando uma coloração inconstante. As manchas que apresentam a sua cuticula externa são muito diversas. Estes grãos são em geral ovais-oblongos, ligeiramente comprimidos sôbre uma das faces, convexos sôbre a outra; sôbre sua extremidade superior aparece uma caruncula ou pequeno tuberculo de côr parda. Sua superfície é lisa de uma coloração cinza ou cinzo-avermelhado, trazendo manchas ou salpicados cujas côres vão do pardo ao preto. A envoltura superficial destaca-se fâcilmente por maceração; encontra-se abaixo desta uma segunda camada preta, dura, crustacea e finalmente uma terceira, delgada, de côr esbranquiçada que cerca o albumen cujas celulas são muito ricas em materia graxas. Na composição química desses grãos de ricino entram um grande número de materias diversas, mas dois de seus principios sobretudo, devemos considerar importantes: o óleo graxeo, extraído por pressão a frio, e um principio de natureza albuminoide, a "ricina".

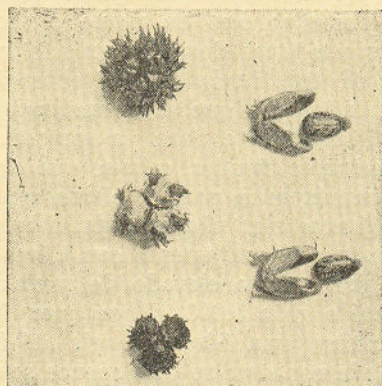
O oleo de ricino compõe-se principalmente do triglicerido do ácido ricinoleico, ácido graxeo caraterístico, não saturado, que constitue o principio ativo do óleo. O uso do ácido não é conveniente na prática porque possui cheiro e sabôr muito mais desagradaveis que o óleo de ricino e produz náuseas com maior facilidade.

O óleo mesmo isto é, o glicerido não decomposto é inefficaz e só atúa como purgativo quando no interior do intestino foi saponificado pela bilis e a enzima do suco pancreatico que desdobra as graxas em glicerina e ácido livre. O oleo que resta sem saponificar age mecânicamente





"*Ricinus comunis*"



"*Ricinus comunis*" — Fruto composto de 3 capsulas rugosas que se separam na maturidade pondo em liberdade as sementes.



pois lubrifica a parêde e a massa fecal dura. Vimos até aqui portanto, que não podemos atribuir ao óleo de ricino a causa da intoxicação.

Defato, é sabido, desde muito tempo, que si o óleo de ricino não é tóxico, os grãos inteiros de ricino ou os resíduos provenientes da expressão desses mesmos grãos para obtenção do óleo são energeticamente tóxicos. Tres ou quatro grãos de ricino bastam para provocar accidentes graves e mesmo a morte em crianças.

O principio tóxico do ricino foi isolado por Kobert e Stillmarck em 1889, que lhe deram o nome de RICINA. E' uma materia albuminoide, insolúvel na água, no alcool, no éter, solúvel em fracas diluições salinas, notadamente na solução de NaCl, que, por sua atividade aproxima-se de certas toxinas microbianas. E' sumamente venenosa e produz, qualquer que seja sua via de administração uma gastro-enterite hemorrágica dependente da trombose dos pequenos vasos e dos capilares intestinais. O mesmo observa-se no envenamento pelas sementes do ricino. A ricina perde sua atividade por aquecimento e secagem. As sementes frescas são muito mais tóxicas que as sêcas: bastam 20 sementes de quantidade são muito mais tóxicas que as sêcas: bastam 20 sementes frescas para matar um homem adulto. A injeção intravenosa de quantidades muito pequenas (a dose mortal do preparado mais puro obtido até hoje é nos coelhos 1/10.000 de miligramo por quilo de peso do animal) produz de inicio um periodo latente durante o qual nos animais de experimentação não se observa nada de anormal; unicamente, como acontece também pela administração de certas toxinas bacteriais, começam a perder peso ainda que não tenham febre. Só no fim de um ou de mais dias apresenta-se paralisia dos centros vaso-motor e da respiração e a morte sobrevem após diarréias e espasmos com respiração irregular e intermitente e queda constante de pressão arterial. Até agora todos os ensaios praticados para obter-se a ricina em estado quimicamente puro têm sido infructuosos. Ela não passa ao óleo de ricino e não tem applicação terapêutica, mas por outros motivos desperta grande interesse. Com effeito, ela foi utilizada — como substância de fácil obtenção — por Ehrlich, no ano de 1891, em investigações que lograram importância fundamental para a doutrina da imunidade e para a soroterapia. Como resultado principal destes importantes estudos, sabe-se que os animais (ratos brancos e coelhos) logo imunizam-se para a ricina quando se lhes administram quantidades pequenas mas não mortais, diàriamente, da mesma ricina. Quando se prosegue no tratamento com doses crescentes os animais pôdem alcançar um gráu muito elevado de imunidade; os coelhos, por ex. pôdem alcançar até o gráu 5.000, o que quer dizer que não morrem quando se lhes administra uma dose que seja até 5.000 vezes maior que a mortal. A imunidade conserva-se pelo menos seis meses quando é elevada. Deve-se a formação de um grande excesso de "antiricina" (Pouls-son) e pode-se transmitir de um animal a outro mediante injeções desô-ro. A imiunidade para a ricina só protege contra esta substância mas não contra outros tóxicos vegetais semelhantes, como a abrina.

Esta toxalbumina, portanto, não tem mais do que um interesse toxicológico, já que não há indicação alguma para seu emprego terapêutico, com excepção da possibilidade de empregá-la para obter a imunização



contra o seu próprio veneno. De fato, ela constitue um veneno enérgico para o protoplasma. As sementes do ricino pódem dar lugar a envenenamentos graves, cuja sintomatologia (Marfori), consiste principalmente em perturbações profundas para o lado do aparelho digestivo (vômitos, diarréia sanguinolenta, dôres no epigastrio e no abdomen) e em alterações renais (nefrite hemorrágica) ás quais se junta com frequência a ictericia. Estes sintomas estão acompanhados de uma diminuição considerável de fôrças, temperatura febril, debilidade cardíaca, sonolência e ás vezes, convulsões, colapso e morte. Quanto ao seu gráu de toxicidade, está provado que a ricina é, entre as toxalbuminas, uma das menos tóxicas, pois embora provocando sintomas graves não ocasiona uma mortalidade muito elevada — 6% segundo Kobert.

O tratamento do envenenamento produzido por esta toxalbumina é puramente sintomático (Marfori). Para combater a gastroenterite empregar-se-ão substâncias albuminosas e mucilaginosas e medicamentos opiáceos. Combater-se-á a nefrite com os meios terapêuticos comuns e finalmente os sintomas de colapso por meio de excitantes físicos e químicos exigidos pelas condições especiais de cada caso.

Vimos portanto, que o caso por nós apresentado, adapta-se perfeitamente ao quadro da INTOXICAÇÃO PELA RICINA.

#### BIBLIOGRAFIA:

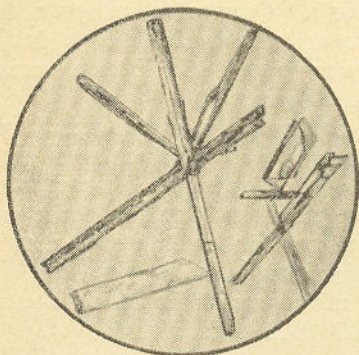
- G. POUCHET — Pharmacologie et Matière Medicale.  
E. ZUNZ — Pharmacodynamie Speciale.  
E. POULSSON — Farmacologia.  
P. MARFORI — Tratado de Farmacologia y Terapeutica.  
A. RICHAUD — Précis de Therapeutique et de Pharmacologie.  
GALTIER-BOISSIERE — Larousse Medical Illustré.



# Vitaminas Syntheticas „Roche”

B<sub>1</sub> = BENERVA «ROCHE»

Todas as hypovitaminoses B<sub>1</sub>



Nevralgias diversas.

Asthenia.

Disturbios intestinaes.

Dôres musculares.

Polynevrites diversas (alcoolica, diabetica, malarica, gravidica, toxica, infecciosa).

Sciatica. Nevrites erural facial, optica, etc.

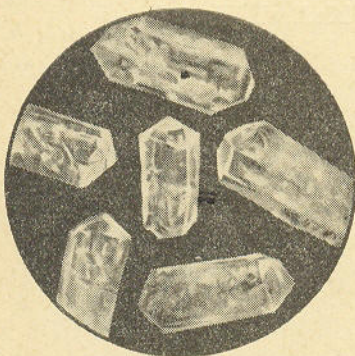
Ampolas de 2 mg (Caixa de 6)

Comprimidos de 1 mg (Vidro de 20)

BENERVA FORTE “ROCHE”

Para supprir, em casos graves, os grandes deficits em vitamina B<sub>1</sub>,  
Ampolas de 10 mg (Caixa de 3)

C = REDOXON «ROCHE»



Diatheses hemorragicas.

Carie dentaria e gengivite da gravidez, vomitos incoerciveis.

Dystrophia, coqueluche, diphteria, affecções pyogenicas dos lactentes.

Prophylactico dos accidentes post-operatorios.

Furunculose, ulcerações.

Catarata.

Estados pre e eschizophrenicos.

Ampolas de 100 mg (Caixa de 6)

Comprimidos de 50 mg (Tubo de 20)

REDOXON FORTE “ROCHE”

Para supprir, nas doenças infecciosas, os grandes deficits em  
vitamina C

Ampolas de 500 mg (Caixa de 3)

PRODUCTOS ROCHE S. A. — C. POSTAL 329 — RIO



# Sociedade de Medicina

## Ata

Áta da sessão do dia 10 de Novembro de 1939

Sob a presidência do Prof. Florencio Ygartua realison a Sociedade de Medicina, mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Lupi Duarte, Álvaro B. Ferreira, E. J. Kanan, R. Maciel, Orlando Biancamano, Antero Sarmento, Samuel Barros, Helio Medeiros, Luiz Faiet, A. Coimbra, Salvador Gonzales, João Vargas do Amaral.

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

Passou-se, a seguir, á leitura do expediente o qual constava de uma carta do Dr. Nicolás Romano, de Buenos Aires, agradecendo sua designação para sócio honorário desta Sociedade de Medicina, e de uma carta da "Equitativa", Cia. de Seguros de Vida, mostrando as vantagens do seguro econômico coletivo.

A seguir o Sr. Presidente notifica á casa o recente falecimento no Rio de Janeiro, do Dr. Belisário Pena, salientando as nobres qualidades pessoais e os grandes dotes científicos do ilustre morto, pedindo á casa um minuto de silêncio em homenagem á memoria do grande vulto que foi Belisário Pena.

A proposta do Sr. Presidente foi aceita unanimemente.

A seguir pede a palavra o Dr. Salvador Gonzales que propõe á casa seja suspensa a sessão em homenagem ao 2.º aniversário do Estado Novo, proposta aceita unanimemente, tendo o Sr. Presidente levantado a sessão.

Na ordem do dia para a próxima sessão está inscrito o Dr. Luiz Rothfuchs que fará uma comunicação "Sôbre a nova organização do manicônio Judiciário do Rio Grande do Sul", e o Dr. Salvador Gonzales, sôbre "Divertículos do esôfago".

Pôrto Alegre, 10 de Novembro de 1939.

**Dr. Salvador Gonzales**  
2.º secretário

Áta da sessão do dia 24 de Novembro de 1939.

Sob a presidência do Prof. Florencio Ygartua se reuniu a Sociedade de Medicina em sessão ordinária, tendo comparecido os seguintes associados: Drs. Hugo Ribeiro, José Vasconcelos, Carlos Carrion, Sadi Hofmeister, Álvaro B. Ferreira, Orlando Biancamano, Helio Medeiros,



Salvador Gonzales, Rubens Maciel, Samuel Barros, Antéro Sarmiento, C. Lupi Duarte, Adair Eiras de Araujo, João Vargas do Amaral.

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

Como nada constasse no expediente, passou-se á votação para novos sócios, tendo sido aceito a Dra. Maria Clara Mariano da Rocha, proposta pelo Prof. Ygartua.

Nada constando na ordem do dia e não havendo comunicações escritas, passou-se ás comunicações verbais.

Com a palavra o Dr. Salvador Gonzales que relata á casa vários casos de anomalias numéricas dos rins, que lhe fôra dado verificar nêstes últimos anos, dentre os quais dois casos de pacientes com quatro rins e vários doentes com três rins.

Extendeu-se em considerações de ordem sintomática e diagnóstica, frisando que não existe sintomatologia clínica que permita o diagnóstico de tais anomalias numéricas, o qual só pôde ser feito pelo exame radiológico constratado, mostrando ainda, que a urografia excretora nem sempre permite um diagnóstico positivo, o qual só poderá ser colimado com o emprêgo da pielografia ascendente.

Ainda discorrendo sôbre ésta técnica de exame salienta o valôr incontestável da Sonda de Chévassu, introduzida, e usada em nosso meio pela primeira vez pelo Dr. Eiras de Araujo.

Para terminar o Dr. Gonzales faz referências estáticas, mostrando através das mesmas que as anomalias numéricas dos rins se verificam em 2% dos casos.

A seguir o Sr. Presidente põe em discussão o assunto.

Pede a palavra o Dr. Adair Eiras de Araujo para comentar em linhas gerais a comunicação do Dr. Gonzales, principalmente na parte referente ao diagnóstico das anomalias numéricas dos rins.

Estuda detalhadamente os subsídios diagnósticos que pôdem fornecer, á urografia excretora e a pielografia ascendente salientando que mesmo com o emprêgo da última se pôdem cometer êrros diagnósticos, pois a sonda uretral, seguindo um dos uretores, não permite a opacificação do outro.

O mesmo não acontece, nota o Dr. Eiras de Araujo, quando é usada a sonda de Chévassu, que nada mais é que uma sonda uretral com uma dilatação olivar na sua extremidade, permitindo uma adaptação perfeita da mesma na porção terminal do ureter, que obsta o refluxo do meio de contraste e permite a sua progressão, sob fraca pressão, através dos ureteres em caso que êstes sejam duplos, mostrando ainda nitidamente a sua confluência.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra, o Sr. Presidente antes de suspender a sessão marcou a próxima ordem do dia: "Comunicação do Dr. Luiz Rothfuchs: "A nova organização do manicomio judiciário do Rio G. do Sul" e Drs. Carlos Osorio Lopes e Salvador Gonzales: "Divertículos do esôfago".

Pôrto Alegre, 24 de Novembro de 1939.

**Dr. Salvador Gonzales**  
2.º secretário



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

Sob a presidência do Prof. Florencio Ygartua, realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Salvador Gonzales, C. Osorio Lopes, Saul Fontoura, S. Barros, Luiz Barata, Hugo Ribeiro, Edgar Eifler, O. Biancamano, Antéro Sarmiento, N. C. Degrazia, Fernando Schneider, Paulo Louzada, Álvaro B. Ferreira, Lupi Duarte, Aleixo Moreira, Helio Medeiros.

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

A seguir, como nada constasse no expediente, passou-se ás propostas de nóvos sócios, tendo sido apresentados os Drs. Cezar Ávila pelo consócio Dr. Carlos Carrion e Dr. Heitor Guimarães pelo Dr. Lupi Duarte.

A seguir o Sr. Presidente concedeu a palavra aos Drs. C. Osorio Lopes e Salvador Gonzales que apresentaram á casa três casos de divertículos do esôfago.

Os relatores após se extenderem em considerações de ordem clínica, passaram em revista as diversas teorias propostas para explicar a etio-patogênia, dos divertículos de esôfago, salientando que se não póde aceitar uma explicação geral e aplicável é formação dos divertículos e que segundo os casos fatores diversos intervêm para justificar a origem e evolução dos divertículos.

Extendem-se em considerações sôbre os sintomas clínicos, as vezes evidentes e tão nítidos que permitem um diagnóstico; outras vezes frustos, e em certos casos mesmo inexistentes.

Para terminar estudam a parte do diagnóstico radiológico, o único subsidio que póde, nos casos duvidózos, afirmar a existencia de divertículos do esôfago.

A seguir o Sr. Presidente poz em discussão o trabalho apresentado pelos Drs. Osorio e Gonzales, trabalho que foi comentado pelo Dr. Luiz Barata e Prof. Álvaro B. Ferreira.

Com a palavra o Sr. Presidente que felicita aos relatores pela brilhante exposição que fizeram sôbre a diverticulóse do esôfago.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente, antes de encerrar a sessão marcou a próxima ordem do dia: Comunicação do Dr. Couto Barcelos sôbre: "Prova de resistência vital".

Pôrto Alegre, 1.º de Dezembro de 1939.

**Dr. Salvador Gonzales**

2.º secretário

Sessão do dia 5 de Dezembro de 1939.

Em sessão extraordinária reuniu-se a Sociedade de Medicina, no dia 5 de Dezembro de 1939, para prestar uma homenagem ao Dr. José Gomes, ilustre leprólogo brasileiro e ao mesmo tempo ouvir a sda autorizada palavra sôbre palpitantes questões referentes ao problema



médico-social da lepra e a interferência de condições mesológicas e climáticas que ao mesmo se referem.

Encontravam-se presentes as seguintes pessoas: Drs. Leonidas S. Machado, Juvenal Santos, Azevedo Câmara, Hermes Afonso, O. Biancamano, Harri Quadros de Oliveira, Valdemar Castro, Alfredo S. Neto, Pereira Filho, Osvaldo Souza, José C. Parreira, Rubens Maciel, R. Grümwald, Heitor Guimarães, J. P. Coelho de Souza, Gilberto Mangeon, Carlos Teles, José Vasconcelos, Adolfo P. Kicles, Helmuth Weinmann, Paulo Moreira, Antunes de Alcântara, Mário Bernd, Ulisses Nonoái, M. C. Mariano da Rocha, Edith Mariano da Rocha, João V. Amaral, Salvador Gonzales, Pedro Pereira, Carlos Carrion, Florencio Ygartua, Luiz Rothfuchs, Piaguassú Corrêa, José Pessoa Mendes, J. Maia Faiaface, Cesar Santos, Nino Marsiaj, Capuano, Ricaldone, Argemiro Dorneles, Fradique Corrêa Gomes, Armin Niemeyer, Enio Marsiaj, Edgar Eifler, Jorge Julien, Bonifacio Costa.

Aberta a sessão o Sr. Presidente, Prof. Florencio Ygartua, convidou para fazerem parte da mesa de trabalhos ao Sr. Secretário da Educação e Saúde Pública, Dr. Coelho de Souza, ao Dr. Bonifacio Costa, Diretor do Depart. Est. de Saúde e aos Drs. José Gomes, Heitor Guimarães e Juvenal Santos.

A seguir o Sr. Presidente leu uma carta endereçada ao Prof. Martin Gomes, pelo Diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Freitas de Castro, na qual justificava sua ausência á sessão e ao mesmo lhe pedia que o representasse. Por razões alheias á sua vontade o Prof. Martin Gomes justificou sua ausência á sessão.

Com a palavra o Sr. Presidente que apresenta á casa o grande leprólogo patricio, Dr. José Gomes, resaltando em eloquente improviso as qualidades pessoais e científicas do homenageado, e pedindo ao Prof. Ulisses Nonoái para que saudasse ao conferencista em nome da Sociedade de Medicina.

Com a palavra o Prof. Nonoái que atraés de bela oração saúda ao Dr. José Gomes, propondo, ao terminar, que o mesmo fosse aclamado sócio honorário da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre. Uma grande salva de palmas abafou as últimas palavras do orador.

A seguir o Sr. secretário fez entrega do diploma de sócio honorário ao Dr. José Maria Gomes.

Com a palavra o ilustre conferencista que agradece todas as homenagens que lhe são prestadas e passa a discorrer sôbre o têmea da sua conferência.

Faz inicialmente um estudo sucinto sôbre a história da Lepra e a sua distribuição pela superfície da terra, mostrando ser ésta muito desigual, desigualdade subordinada á fatores de ordem climática e metereológica.

A seguir estuda a mesma questão no território brasileiro, fazendo resaltar do mesmo modo a interferência das condições climáticas e mostrando que dentro de cada Estado da Federação existem zonas mais suscetíveis ao desenvolvimento da doença e para a sua passagem ao estado endêmico.

Extende-se em considerações sôbre os fatores raciais e sôbre as



condições de vida e alimentação das populações, que pôdem interferir no aparecimento e desenvolvimento do mal de Hansen, mostrando que dentro do território nacional a doença foi transportada, a grandes distâncias, pela migração dos colonizadores e trabalhadores.

Relata sucintamente a organização do leprosário e do proventório para findar com considerações mais extensas sôbre a missão do dispensário, em redor do qual converge toda a campanha médico-social contra o Mal de Hansen.

Ao terminar a sua conferência o Dr. José Gomes foi muito aplaudido por todos os presentes.

Com a palavra o Sr. Presidente agradece em nome da casa ao conferencista e marca a próxima ordem do dia: conferência do Prof. Álvaro Barcelos Ferreira, sôbre "Broncografia" e Dr. Luiz Rothfuchs, sôbre "A nova organização do Manicômio. Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul".

Em seguida o Sr. Presidente encerra a sessão.

Pôrto Alegre, 5 de Dezembro de 1939.

**Dr. Salvador Gonzales**  
2.º secretário

## Novos livros

Andréa Majocchi

### MEMÓRIAS DE UM CIRURGIÃO

(Tradução de Cecília Reis)

O mais ilustre cirurgião da Itália, famoso como os irmãos Mayo dos Estados Unidos e como Lorenz de Viena, amado pelo seu coração e por sua clínica humanitária, conta-nos as emoções experimentadas pelo homem que, debruçado sôbre um corpo humano estendido na mesa de operações, de bisturi em punho, sente depender de si a continuação de uma vida... Conta-nos as grandes e obscuras tragédias que se escondem nos pavilhões de cirurgia e no fundo dos hospitais... O heroísmo do homem ante a dôr e a desgraça...

Um vol. com 447 pgs.

Livraria JOSÉ OLYMPIO Editora

Dr. Joseph A. Jerger

### DOUTOR, AQUI ESTÁ O SEU CHAPÉU

(Autobiografia de um médico de família)

(Tradução de Tasso da Silveira)

A superespecialização da medicina atual está acabando com o "médico de família". O clínico geral, que tanto assistia ao nascimento das crianças como acudia às pernas quebradas, removia um apêndice inflamado ou remediava as mazelas dos velhos, vai se tornando uma figura do passado. — "Aqui está o seu chapéu, Doutor..." e, despedido êste, recorre-se aos especialistas.

O Dr. Joseph Jerger é um dos mais notáveis clínicos dos Estados Unidos tendo hoje, em Chicago, uma numerosa clientela. Seu nome está feito e sua situação é vitoriosa, mas êle não se confôrma com o pouco caso de que é vítima o "médico de família", cuja defesa resolveu fazer simplesmente com a exposição de sua própria vida.

E' uma apaixonante "Autobiografia de um Médico de Família" que V. deve ler depois de ter vibrado com os romances de A. J. Cronin — "A Cidadela", "O Romance do Doutor Harvey Leith" e "Sob a Luz das Estrelas" — e com as emocionantes "Memórias de um Cirurgião", de Andréa Majocchi.

Um vol. com 379 pgs.

Livraria JOSÉ OLYMPIO Editora



# DEXTROSOL

(Glocose — d)



**ASSUCAR NUTRITIVO**  
**GLUCOSE PURA, POUCO EDULCORANTE, NÃO IR-**  
**RITA O INTESTINO, PRESTANDO-SE, POR ISTO,**  
**PARA DIETA ASSUCARADA E EXCLUSIVA**  
**E PARA CLISMA**



“Diagnostico e Tratam. das doenças Inf.  
Prof. Dr. F. Lust de Karlsruhe”  
Trad. Lages Netto

## **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 escrupulo e escoreito de impurezas;  
Por dever a sua composição a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

**PHOSPHORO**

**CALCIO**

**iodo;**

Por ser absolutamente isento de alcool;  
Por não produzir iodismo;  
Por não conter fluoretos (descalcificantes), 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 oeneficos effectos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescências e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

—o—

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



# Sociedade de Medicina

---

## Sessão de posse da nova diretoria

Sob a presidência do Prof. Florencio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina a sua última sessão ordinária do ano de 1939, tendo comparecido grande número de sócios.

Aberta a sessão o Sr. Presidente convidou para fazerem parte da mesa de trabalhos os Drs. J. Bonifacio Costa, D. D. Diretor do Departamento Est. de Saúde, e João Pita Pinheiro, um dos fundadores da Sociedade de Medicina.

Com a palavra o Sr. Presidente comunica á casa ter a Sociedade de Medicina encerrado, brilhantemente, mais um ano de trabalhos científicos, graças á colaboração eficiente dos seus sócios, que não pouparam esforços no sentido de tudo fazer para que o prestígio médico e científico do Rio Grande continúe a ocupar o lugar que lhe pertence no cenário da Medicina Nacional.

A seguir o Sr. Presidente informa á casa que será empossada a nova diretoria que regerá os destinos da Sociedade durante o ano de 1940, integrada pelos Drs. Hugo Ribeiro, presidente; Jaci C. Monteiro, vice-presidente; Salvador Gonzales, secretário geral.

O presidente salienta os valores que compõem a nova diretoria e afirma ter plena certeza que éla continuará resoluto, no árduo labor, de elevar o nome da Medicina Riograndense e convida aos eleitos para virem ocupar os seus respectivos lugares na mesa de trabalhos.

As últimas palavras do Sr. Presidente foram abafadas por prolongada salva de palmas.

Com a palavra o Dr. Hugo Ribeiro, presidente eleito, disse:

“Prezados colegas.

Ao assumir a presidência da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, em substituição ao distinto colega e amigo de muitos anos, Florencio Yguartua, eu vos agradeço, meus caros colegas, a alta distinção.

Bem sei que ao escolherdes o novo presidente, tivestes a preocupação de eleger um nome ligado, de há muito, á Sociedade e com um interesse grande pela sua vida e prosperidade.



Desde o dia em que abandonei os bancos acadêmicos e que nela ingressei, jamais me disintressei, por sua sorte; e os presidentes, muitos dos quais ainda se acham entre nós, honrando a classe com sua cultura, inteligência, capacidade e conduta profissionais, sempre me tiverem a seu lado nas horas difíceis.

Si eu assim procedi, é porque não compreendo nossa capital, sem uma tribuna sempre pronta a receber o médico estudioso, para transmitir a seus pares, o fruto de suas observações sobre as cousas médicas, tão variadas, imprecisas em sua interpretação e cheias de problemas complexos a resolver.

Sou daquêles que pensam que as sociedades médicas são indispensáveis no ambiente profissional. E' nelas que os novos ouvem dos mais velhos, conceitos calcados na experiência de muitos anos e acabam por sentir a instabilidade daquilo, que, a primeira vista, lhe parecia imutável.

Sob a influência de seus mestres, aprendem a criticar com discernimento e elevação e em pouco tempo, já com a curiosidade científica despertada, correm aos hospitais para observar bem os fatos clínicos, ou nos laboratórios vão dedicar parte de seu tempo, com espírito elucidador e com a vontade de renovar.

Lá aprendem a admirar mais seus mestres, quando os vêem, com erudição e base sólida, discutir com seus pares, os problemas em questão.

Em pouco tempo a tribuna já lhes pertence, e chega então a vez do mestre — quando realmente é mestre — de vibrar de satisfação, com amor quasi paternal, ao ver seu discípulo inteligente, culto, demonstrando alma de médico, espírito investigador, conquistar reputação entre seus colegas e iniciar, quem sabe, uma notoriedade, para cujos alicerces êle tanto contribuiu. Mas, acima de toda essa sensação, está o interêsse científico e o estímulo para a formação de homens de ciência, capazes de, nos congressos médicos ou na imprensa, elevar a classe a que pertencem.

Pôrto Alegre, capital sulina da nossa pátria, já é um centro médico. Seus hospitais particulares, grandes e bem instalados, estão sempre repletos de doentes, muitos dêles, vindo de bem longe. Já não existe aquê le exôdo de doentes do interior do Estado para as capitais platinas, em busca dos recursos médicos dos grandes centros. E' que em nossa Capital, êles já existem e é grande a reputação de nossa classe, no seio da população.

Não há, no entanto, entre o centro médico profissional, que é grande, relação com a produção científica que ainda é pequena. Isso devemos sentir e lamentar mas também corrigir, pois não vejo justificativa, que não seja a falta de estímulo, mal que vem de muito longe.

Lembre-mos que Pôrto Alegre é sêde de uma universidade, com um número elevado de professores de Medicina e outro, não menor, de auxiliares de ensino, muitos dêles, com a ambição natural e nobilitante de algum dia serem professores titulares.

Não se compreende mais um professor de Medicina, que não seja um esforçado na produção científica, e tanto isto é verdade, que, na maior parte das grandes universidades, os professores são escolhidos, en



tre os capacidades, os de maiores títulos e tudo se faz para aumentar a produção.

Sigam todos o exemplo de alguns professores da nossa Faculdade que, se conduzindo como os grandes mestres da Medicina, colaboram nas sociedades médicas, comparecem aos congressos, têm seus nomes repetidamente citados nas revistas e que dão, com sua cultura, sua inteligência e com o prestígio da cátedra, o melhor de seus esforços á ciência, para, engrandecendo seu nome, honrar o seu título.

Um título de professor não se esconde entre as paredes de uma sala de aula para estudantes, êle acompanha a quem o possui, em toda a parte; e aquêlê que não ouve seus reclamos, não faz caso de seus protestos, confunde-se na mediocridade e torna-se pequeno por ter um título tão grande.

A nossa velha e amiga Santa Casa de Misericórdia, por onde tem passado o que de melhor existe em nossa classe, continúa sendo uma fonte inesgotável de recursos para os estudiosos das cousas médicas. Os lugares de diretor e assistentes de serviço são disputados. Não é justo que os que lá trabalham, fiquem mudos nas sociedades médicas e seus nomes não sejam vistos nas revistas, acompanhando trabalhos científicos. Não é justo que todas as curiosidades médicas, por êles observadas, fiquem avaramente, guardadas em suas memórias ou em seus arquivos particulares.

Tudo que de interessante fôr observado, deverá ser trazido para nossas sessões e discutido para que fique registrado, e, divulgado, possa auxiliar, mais tarde, aos colegas que tomam a si, a tarefa de estudar as questões mais variadas da patologia.

Ainda ha bem pouco, em uma sessão desta Sociedade, realizada em conjunto com a de higiene e saúde pública, em que esteve em ordem do dia o GRANULOMA VENERO, chamei a atenção para o fato, nada lisongeiro para nós, de quasi não haver citação de casos dessa doença no Rio Grande, enquanto que nas revistas médicas das capitais platinas encontramos citações de doentes, vindos do interior de nosso Estado.

A minha grande vontade é vêr partir de nossa Sociedade, o estímulo para todos os médicos do Rio Grande, sobretudo para aquêles que dispõem de serviços hospitalares, de laboratórios ou dispensários. Será grande a satisfação, si as páginas de nossa revista se tornarem poucas para a produção. E aquêles que, por motivos particulares, não quizerem colaborar connosco, participando de nossas reuniões ou escrevendo em nossa revista, lembro que a imprensa médica de nosso país é numerosa e acolhedora; e si néla colaborarem, poderão ficar certos, que minha satisfação será igual, porque o que desejo, é tão sómente que Pôrto Alegre, que já é um grande centro médico, seja também um centro científico.

Meus prezados colegas.

Fui por vós chamado para presidir as sessões da Sociedade de Medicina. Conferistes-me um título que dá relevo profissional e social. Eu o aceitei, conciente dos deveres que êle me impõe e da responsabilidade



que tenho perante vós. Pela sua prosperidade, tudo farei. Quanto a vós, meus caros colegas, não vos esqueçais que tendes também responsabilidade, perante mim, e sobretudo, perante nossa agremiação. Devemos trabalhar juntos, levados para o mesmo fim que é o prestígio da Sociedade de Medicina, para o bem da nossa classe.

Não vos posso dar agora, um programa administrativo; êsse tem que surgir a medida que os fatos se sucedam. Não me parece razoável estabelecer um programa e depois não poder cumpri-lo.

No entanto, já vos posso dizer uma aspiração que é a de estabelecer um círculo vicioso: chamar os expoentes da classe ás nossas sessões, para que elas se tornem mais interessantes; torná-las interessantes para que a elas todos compareçam. Tudo farei para que não haja sessão fraca e para isso estabelecerei ordem do dia, reunindo em uma mesma sessão, sòmente as comunicações que se enquadrem bem em determinado ramo da Medicina.

Não é razoável que um cirurgião, para ouvir uma comunicação que lhe interessa sòbre técnica operatória, seja forçado, por um dever de cortezia, a ouvir uma ou mais palestras sòbre oftalmologia e um oftalmologista a ouvir uma exposição sòbre um caso de pura clínica pediátrica.

Pretendo limitar o tempo para cada orador, lembrando que um homem ilustrado, para falar a colegas igualmente ilustrados, não necessita, em regra geral, mais de 20 minutos para dizer com clareza e precisão, o essencial de seu pensamento sòbre uma questão médica.

Tudo farei para que os trabalhos apresentados sejam discutidos com interêsse grande e muita tolerância. Nesse sentido, lembro-vos as palavras de Sabouraud: "La discussion de tous les cas est indispensable. Un cas présenté qui est laissé sans discussion est une pierre que tombe dans un puits, et l'eau se referme. C'est un cas perdu."

Empenhar-me-ei para que as discussões se procedam com método, para que cada orador diga de uma só vez tudo o que tem a dizer sòbre o assunto em fóco e que a discussão se encerre com a réplica do relator. Aos que comentam a comunicação a réplica deverá ser excepção. Quanto ás tréplicas, e sobretudo os diálogos, só servem para tornar deselegante uma discussão sòbre assunto de ordem científica. Afastemo-los de nossas sessões.

A divergência sòbre um motivo médico, é fato banal em uma sociedade e por mais que se prolongue a discussão, não se chega, de imediato, a uma conclusão. Só com o tempo é que se firma a verdade infismável, do que hoje é discutível.

Conduzindo-se uma sessão com método e sabedoria, éla poderá ser publicada, quasi que na integra, em nossa revista; e os colegas do interior ou de outros Estados, poderão avaliar em suas salas de trabalho, de que modo aquí se trabalha e produz.

Com a fundação das diversas sociedades especializadas, como as de cirurgia, pediatria, higiene, etc. a Sociedade de Medicina enfraqueceu-se, e, por isso, não temos mais necessidade de reuniões semanais, como se fez até então. Tentar manter essa praxe, é contribuir para tirar o valôr de suas sessões.

Por assim pensar, sòmente duas vezes ao mês formarei programa pa-



ra sessões ordinárias e nos moldes estabelecidos, procurando, sempre que possível, fazer da segunda, um complemento da primeira. Dessa forma, para cada número da revista, teremos colaboração, bastante, sôbre um mesmo ramo da Medicina, o que o tornará mais interessante a um determinado grupo de leitores, e cada grupo terá seu número.

Não quero com isso dizer, que não haja lugar para trabalhos científicos com descrições minuciosas, para obra completa sôbre um determinado assunto. O que desejo é que não constem da ordem do dia de uma sessão ordinária, destinada á discussão de casos clínicos ou novidades médicas. Eles poderão ser apresentados nas duas sextas-feiras restantes ou publicados na revista, onde serão muito desejados.

Não devemos esquecer que há duas modalidades de trabalhos científicos. Uns, pôdem ser lidos em uma assembléa, prendendo a atenção de todos, quando tem habilidade o conferencista e o ambiente é propício; outros que só pôdem ser apreciados, quando lidos com atenção especial e repetidamente, no silêncio de uma sala de estudo.

Todos são interessante, a questão é a maneira de apresentá-los.

Antes de terminar de expôr essas aspirações, que não são um programa, faço aqui uma observação. Todos nós somos cortezes, temos a mesma vontade de não melindrar aos outros. Isso bem estabelecido, podemos dispensar as palavras, excessivamente lisongeiras. Não é nada elegante a troca de elogios. Em uma sociedade científica, as pessoas devem interessar muito menos que os factos. E' a esses, que devemos criticar, para que nos aproximemos o mais possível da verdade, que é base na ciência.

Eu vos tenho a declarar ainda, que, terminado o periodo administrativo para o qual fui eleito, não serei, sob pretexto algum, candidato á reeleição, como já é praxe em nossa sociedade. Não tomem essa minha vontade como um comodismo; é que sou contrário, salvo rarissimas excepções, a toda a espécie de reeleição. Não posso terminar esta oração, sem vos dizer da emoção que experimento, ao me sentar nesta cadeira, já occupada por tantas expoentes da Medicina do Rio Grande. Vou substituir meu muito estimado colega e velho amigo dos tempos escolares e que, durante dois anos, presidiu nossas sessões com muito táto, e com dedicação, que todos nós reconhecemos e agradecemos, dirigiu os destinos da Sociedade.

Não pretende falar de todos os presidentes que por aqui passaram, cujas atuações vós bem conheceis. Vou referir-me, sòmente, a dois grandes homens, sem querer colocá-los em plano superior ao de seus antecessores ou sucessores; é porque influíram, fortemente, na minha formação médica. O primeiro é Octavio de Souza, clínico de primeira linha, dotado de um espirito crítico muito fino, trabalhador infatigável e amigo dos jovens médicos que o rodeavam em seu serviço hospitalar, tudo lhes ensinando e empenhando-se para transmitir a cada um, seu feitio clínico metuculozo e de médico profundamente prático. O outro é Annes Dias, uma das figuras mais brilhantes da Medicina nacional e um perfeito homem de ciência. Lembro-vos que foi nesta Sociedade que se iniciou e progrediu sua vida de cientista, que culminou com a conquista de um nome admirado e respeitado em todos os centros médicos do país e do estrangeiro.



Sua passagem por esta presidência é digna de menção. Nunca desanimou com o desinteresse de seus colegas mais velhos e de maior responsabilidade no meio profissional. Rodeado dos mais jovens, que se sentiam seus discípulos, as sessões por êle presididas eram interessantes, porque era êle o grande animador. Já que estou recordando, não posso deixar de evocar com muita saudade, o início da segunda fase de minha vida profissional, e levando meu pensamento além mar, vejo minha segunda escola, êsse velho casarão de parêdes escuras, obra prima da arquitetura franceza e monumento de ciência: o velho e tradicional hospital São Luiz de Paris, o Partenon da dermatologia como já foi chamado. E, atrás de suas parêdes, inclinicados sôbre os doentes ou professando no anfiteatro, sempre cercados por médicos dos mais diversos recantos do mundo, revejo aquêles homens dedicados e sábios que fazem o prestígio da escola de S. Luiz, sobretudo meus tres grandes mestres prediletos: Sabouraud, Ravaut e Milian, cujos nomes pronuncio com muita admiração e profundo respeito.

Minhas últimas palavras, meus amigos, são para vos agradecer pelos magníficos companheiros de diretoria que me dêstes, os ilustres colégas e amigos, Jacé Monteiro e Salvador Gonzales. Juntos, e com colaboração inteligente de todos vós, saberemos vencer os obstáculos que encontrarmos pelo caminho.'

Após, o Sr. Presidente, comunicou á casa ter completado a diretoria e empossado nos seus respetivos cargos os 1.º e 2.º secretários, tesoureiro e bibliotecário, Drs. Rubens Maciel, Alfredo Hofmeister, Antero Sarmiento e Luiz Barata respetivamente. A direção dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", órgão oficial da Sociedade, ficou assim constituída: Comissão Científica: Drs. Nino Marsiaj, Martim Gomes e Raul Moreira; Secretário da Redação: Dr. Rubens Maciel e Gerente, Sr. Almanzor Alves.

#### Fala o Dr. CARLOS CARRION

As palavras que acabais de proferir perante esta Assembléa, traduzem, perfeitamente, a vontade que tendes de trabalhar para o constante progresso da Sociedade de Medicina.

E' de faço, fazendo cousas novas, atendendo o anseio de muitos, que se continuará a atrair os que ainda se encontram afastados do nosso convívio. Assim, aos poucos, a classe médica cerrará em torno da Sociedade de Medicina, por todos os títulos merecedora do nosso carinho e da nossa desinteressada dedicação.

E é nessa esperança, Sr. Presidente, e confiando em vossa ação dedicada, prudente e sábia, que nós vos saudamos, e, na vossa pessoa, também os demais membros da Diretoria que vem de ser empossada."

Em seguida foi encerrada a sessão.

#### RECEPÇÃO NA RESIDENCIA DO DR. HUGO RIEBEIRO

Em sua residência, para onde se dirigiram os sócios presentes á sessão da Sociedade de Medicina, o Dr. Hugo Ribeiro foi saudado pelo Prof. Raul Moreira, que falou em nome da Sociedade de Medicina. Em rápido improvisado enalteceu a figura do Dr. Hugo Ribeiro, não só como pro-



fissional mas como cidadão, salientando a modestia de que sempre se cerca, a qual não impediu todavia, que o seu alto renome profissional se fosse cada vez mais consolidando. Terminou, dizendo da satisfação que os sócios da Sociedade de Medicina sentiam por ter por presidente uma das figuras que mais tem trabalhado para o engrandecimento da Sociedade.

Respondendo, o Dr. Hugo Rbeiro, assim se expressou: Meus colegas e amigos.

Não sei que palavras eu vos possa dizer, em resposta a essas tão delicadas, tão elegantes, expressivas de vossa grande bondade, que acabo de ouvir de vosso interprete, o meu muito prezado amigo Raul Moreira.

Todos vós sabeis que não sou dado a lides oratórias; e si neste instante aqui me tendes nesta atitude, é porque me lembro que, para fazer um agradecimento, basta haver um coração.

E' grande a satisfação que tenho em vos receber, hoje, neste recinto, que é o meu lar, onde reina a amizade e onde impera o respeito. E' aqui o lugar mais apropriado para vos dizer palavras amigas de reconhecimento.

Nós médicos, vivemos uma vida cheia de sensações desagradáveis, e, para neutralizá-las, procuramos sensações opostas, cultivando o que é bom e acariciando o que é belo. Temos que dar a nossos olhos o que de belo existe na natureza pródiga ou feito pela mão do artista, para apagarmos de nossa retina o que de feio e mesmo repugnante, vemos no exercício da profissão; temos que encher nossos ouvidos com os sons maviosos e sublimes da música, para abafarmos as queixas e os soluços que ouvimos nos lares de nossos doentes; temos que procurar, no salões da sociedade, um ambiente de alegria, para esquecermos o de tristeza do hospital; e na literatura, tão nossa amiga, companheira da adolescência, vamos buscar um pouco de fantasia e muita espiritualidade, para quebrarmos o ritmo no materialismo de nossa ciência.

E quando, já encanecidos, temos vivido uns lustres na profissão, necessitamos de alguma cousa mais que não esteja em nós, que venha de outro: é a amizade de nossos colegas, são os aplausos pela nossa conduta.

Meus prezados amigos.

O vosso gesto, conduzindo-me á presidência da mais antiga sociedade médica do Rio Grande, coroado, hoje, com as palavras magnanimas de vosso interprete, eu o recebo com muita simpatia e muito sensibilizado, pois vejo nele, ao lado de uma imensa bondade, a vossa simpatia, e de qualquer modo, êle significa um aplauso á minha conduta profissional.

Sua lembrança, eu a guardarei, carinhosamente.

Sem poder botar bem a mostra tudo que se passa em meu coração, vou terminar estas poucas palavras.

Antes, porém, eu e minha familia, agradecemos esta boa visita e fazemos votos, em vésperas de novo ano, pela vossa prosperidade, pela saúde de vossas esposas, pelo futuro de vossos filhos e para que Deus conserve a paz, em nossa grandê e querida Pátria.



# Iolipobí

Original associação  
obtida pelo L. B. C.:

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

Formula por empola de 4 cc.  
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	...	0,200
Hormolipoides de cerebro	.....	0,020
Neuro-diastrases	.....	0,002
Lecithina	.....	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolueis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que alem de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepatodiastrases; neuro-diastrases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaç.

## INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

## MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

# Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

## DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

**Dr. Mario Pinheiro**

Director do Instituto de Neurobiologia da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

**Dr. Héllion Póvoa**

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