

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1941

Presidente

ÁLVARO BARCELOS FERREIRA

Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente

LUIZ BARATA

Doc. Cl. Urológica

Secretário Geral

JOSÉ GERBASE

Doc. Cl. Dermatossifiligráfica

1.º secretário

ADAYR EIRAS DE ARAUJO

Doc. Cl. Urológica

2.º secretário

ORLANDO BIANCAMANO

Tesoureiro

ANTÉRO SARMENTO

Bibliotecário

E. J. KANAN

Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Direção científica

TOMAZ MARIANTE

Cat. Cl. Médica

NINO MARSIAJ

Doc. Cl. Médica

RAUL MOREIRA

Cat. Cl. Pediátrica Méd.

Secretário da Redação

ALFREDO HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACI MONTEIRO
MARIO BEEND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBOÁ DE AZEVEDO
IVO CORRÊA 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. FLÔRES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NEMEYER
E. J. KANAN

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

OSWALDO HAMPE — Apresentação de instrumento	pg. 133
MARIO RANGEL — Os cinco "Sulfas"	" 137
DAVID M. DA SILVA — Sôbre um caso de aneurisma aorta . .	" 141
—	
DR. EDMUNDO BERCHON DES ESSARTS	" 145
NOTAS TERAPÊUTICAS	" 148

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

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



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 gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

Apresentação de instrumento

Oswaldo Hampe

Extensor de fios de sustenta-fios tutores — nas suturas gástricas e intestinais e em outras intervenções cirúrgicas

A carência de auxiliares aptos, em número suficiente, e não a vaidade, foi a causa da ideiação e da construção do singelo e útil instrumento que, neste artigo, apresentamos em fotografia.

Em as pequenas organizações cirúrgicas de nosso interior, se faz, de seguido, sentir a falta de equipas de trabalho e até de simples auxiliares exercitados, não só para as intervenções de cirurgia comum, mas também, e muito principalmente, para aquelas que supõe, para as suas realizações, técnicas de categorias mais diferenciadas.

Embora se possa realizar, com rigor de técnica, um grande número de intervenções, apenas com o auxílio de um bom ajudante, em outras, entretanto, se torna de muita utilidade ou até imprescindível a ação de um segundo auxiliar ou, preferivelmente, de alguns auxiliares disciplinados, para que se as possam levar a termo de uma maneira correcta e sem excessivas perdas de tempo, já que este facto não deixa de constituir uma inconveniência, as vezes até de gravidade, principalmente quando as condições de resistência vital do doente se acham diminuídas de maneira acentuada, o que nem sempre se pode estabelecer com precisão, apesar dos exames cuidadosos das funções orgânicas e dos sistemas tissulares.

E sendo este segundo auxiliar (para não se falar de um terceiro ou de um quarto), dotado de capacidade de trabalho desta categoria, difícil, em geral, de ser encontrado, imaginamos, para substituí-lo, em um certo número de casos, a haste metálica encurvada e retorcida em suas extremidades, agindo como as mãos do auxiliar que mantem os fios de sustento nas operações de estômago e intestino, para auxílio das quais, foi ela destinada, de início, em exclusividade.

Seu uso, no entretanto, se tem mostrado, também, de utilidade, em outras categorias de intervenções, como adiante relataremos.

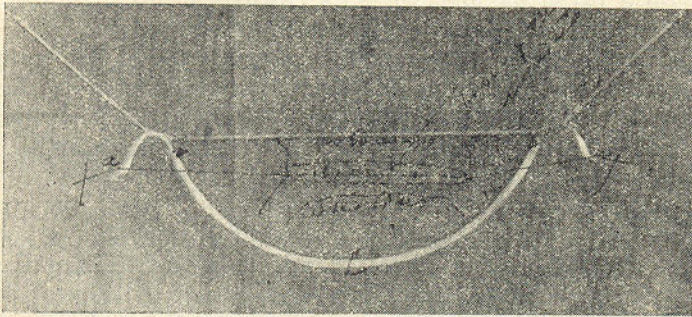
Na cirurgia gastro-intestinal, nas gastro-duodectomias, nas gastro-pilorectomias, nas gastrectomias, nas gastro-entero-anastomoses simples, nas resecções segmentárias do intestino delgado, do estômago e do colon, isto é, em operações que necessitam suturas das diferentes porções do tractus gastro-intestinal de modo a restabelecer a continuidade do tubo digestivo, ha necessidade de serem realizadas estas suturas, como uma das condições imprescindíveis para o successo feliz da intervenção, com os caracteres de rigor exigidos pela Técnica.

E para que elas possam ser feitas, com os requisitos estes, justa-

mente exigidos, já que de uma má sutura pode resultar um óbito, se torna muito útil ou até necessário o sustentar-se, em boa posição as partes a serem suturadas, para que seja colimado o objetivo de se realizar sempre a mais perfeita das suturas.

Para esta finalidade, se tem imposto, como mais apropriado meio de prevenção, de fixação e de sustento das partes vicerais, correctamente dispostas para a sutura, os fios robustos de linho e de catgut, fixados nos pontos convenientes e mantidos por mãos de auxiliares ou por meio do instrumento em questão.

Este aparelho se nos tem mostrado muito eficaz em sua função, principalmente nas gastrectomias, em que se nos revelou capaz de subs-



tituir o assistente preposto a segurar os fios tutores, até com certas vantagens, como aquelas da mais perfeita assepsia, do menor espaço que toma no campo de trabalho e a da igualdade de força, que modifica-se sómente ao arbítrio do cirurgião.

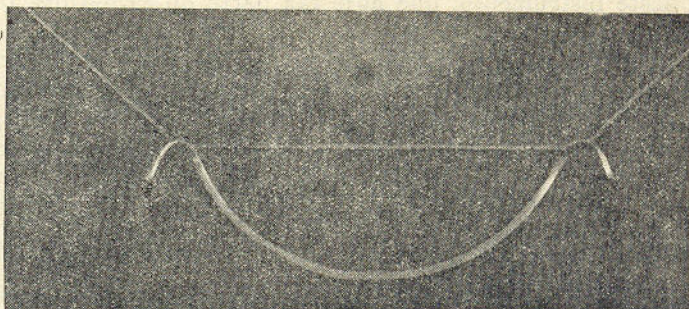
O emprego da alça tensora não impede o uso das pinças copros-táticas àqueles que a utilizam e não tem incompatibilidade com nenhum processo de sutura manual em uso, quer sejam eles, processos, a pontos separados ou corridos e quer sejam feitos em um, dois ou três planos, segundo os tipos de Albert, Lembert, Hartmann, Schmieden, Pribam, Connel, Cushing ou qualquer outro, invertentes ou não invertentes em totalidade.

Aqueles que usam, como nós, a sutura invertente, reforçada pela sero-serosa de Cushing, fazendo a das curvaturas das anastomoses, principalmente aquela da curvatura correspondente à bôca eferente, isto é, a da comissura em relação com a grande curvatura, por meio de pontos feitos pela parte interior dos órgãos a anastomosar, do tipo "em feston" dos franceses, para evitar-se a formação de orla grande, exuberante, capaz de chegar, em período de edema, até ao estado de formação valvular obstrutiva, e sómente a do restante da reta anterior com pontos de Schmieden ou de Priban-Connel, lembramos que um pequeno afrouxamento do linho de sustento permite, com facilidade, a realização desta parte difícil e de maior importância da anastomose.

Este método de síntese, que inverte, com segurança, todas as bordas a suturar-se, evitando ectropion da mucosa, e que é talvez o de técnica mais trabalhosa, mas que é também, com muitas probabilidades, o de maior perfeição não só pela segurança da hemostasia e pela solidez que lhe é própria, como também pelo facto de evitar a perigosa formação de orla interior excessiva, deixa-se executar, com bastante facilidade, com o auxílio do instrumento em estudo.

Entretanto não foi só em cirurgia gastro-intestinal que se nos apresentou de utilidade este aparelho.

Nas incisões longas do peritônio, dos planos aponevróticos e da pele, sua ação se tem evidenciado, muitas vezes, de proveito, já que,



estirando os fios colocados nos ângulos das feridas operatórias destes diferentes órgãos, levantam suas bordas, as mantem em paralelismo e afastadas das vísceras que não devem ser lesadas pelas agulhas, facilitando sua síntese cirúrgica.

Nas operações de plástica perineal, nas diferentes colpo-períneorrafias, principalmente naquelas com desdobramento dos planos perineais e com rafia dos músculos elevadores do anus, a haste tensora de fios, funcionando como instrumento de sustento e exposição da região em que se opera, por meio de fios de linho fixados na orla do orifício vaginal, nos pontos aonde irão ter as extremidades laterais da incisão e que, após a sutura, constituirão a comissura vaginal posterior, presta auxílio notável, substituindo as pinças e os auxiliares prepostos a mantel-as em posição de afastamento.

A construção deste instrumento é muito fácil, e é facilmente realizavel por qualquer ferreiro dotado de mediana capacidade de forjador.

Seu emprego é também facilissimo, o que se infere da simples observação da figura da alça metálica que ilustra este artigo, a qual, sem necessidade de descrição prolixa e fastidiosa, explica de sobejo sua ação.

Este instrumento mede de:

	a	até	a	40	centímetros
e de	a	até	b	9	centímetros.

Em a — a — existem casas com aberturas laterais, que permitem a rápida colocação dos fios de sustento, já fixados nos tecidos a serem mantidos, agindo-se de modo análogo àquele necessário para preensão dos fios nas sovelas de Reverdin, e a sua pronta fixação, em o ponto ótimo, por meio de qualquer pinça hemostática.

A haste — c —, quando não se mantiver convenientemente, pode e deve ser fixada à pele ou às compressas de proteção do campo operatório, por meio de um ponto de sutura ou de uma pinça.

E quando se tornar necessário variar a tensão dos fios ou suprimi-la, nada se pode apresentar de mais fácil realização ao cirurgião, pois para tal conseguir basta, com perda de tempo insignificante, abrir e fechar a pinça, prendendo o fio de sustento em outro ponto.

Nossa prática comprovou, de maneira francamente favorável, a utilidade deste instrumento, que hoje faz parte do grupo dos ferros de muito uso.

E' por este facto principal de se ter ele mostrado proveitoso e prático, que resolvemos apresenta-lo aos colegas que se encontram em condições de auxiliares semelhantes às nossas, para os quais, certamente, ha de mostrar sua utilidade de ajudante incansavel e de valor real.

O Neosalvarsan

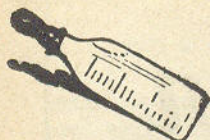
existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções somente em água bidistilada ou em sôro glicosado à 10% o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cedo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.



● NA FALTA DO LEITE MATERNO



MODIFIQUE O LEITE DE VACA

(fresco ou em conserva — pó, condensado, etc.)

NA ALIMENTAÇÃO DOS

● LACTENTES NORMAIS

COM

LACTEINA

FARINHA MEDICINAL À
BASE DE AMIDO DE ARROZ
LACTO-CÁLCIO-CITRATADO



Vidros com 90 grms.

Latas com 280 grms.

(mais economico)



● LACTENTES DÉBEIS, HIPOTRÓFICOS OU PREMATUROS

COM

BAUTROFIL

GRANULADO — LACTATO DE CÁLCIO,
CITRATO DE SÓDIO E "BAUINTRATO"
= (HIPOGLICEMIANTE VEGETAL) =



Vidros com 280 grms.

Produtos baseados em estudos do Prof. Martagão Gesteira,
de manejo simples, de tolerância absoluta, coagulando o
leite em flocos finíssimos, de perfeita digestibilidade.



L. C. S. A.

Laboratório Clínico Silva Araujo

Caixa Postal 163

Rio de Janeiro

Carlos da Silva Araujo, S. A. — Caixa Postal 163 — Rio.

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO — L. C. S. A.

Agente em Porto Alegre: Fausto Sant'Anna — Rua Siq. Campos, 1257.

Agente em Pelotas: Bohms Irmãos — Rua Marechal Floriano, 115.

Os cinco "Sulfas"

Sulfanilamida - Sulfapiridina - Sulfatiazol - Sulfaguandina - Sulfadiazina

por

Mario Rangel

Foi há apenas 7 anos que se vulgarizou a descoberta da sulfanilamida. E nesses poucos anos, na ância legítima de melhorar, melhorar sempre, centenas e centenas de pesquisadores procuram o quimioterápico ideal: o derivado que seja mais eficiente que todos e atóxico ou com o mínimo de toxidez.

Foram estudados até hoje *cinco mil* derivados sulfanilamídicos.

Desses cinco mil, *cinco*, apenas, conseguiram vencer e dominar, sendo hoje, armas excelentes nas mãos do médico hábil.

O PRIMEIRO — A SULFANILAMIDA

E' o mais vulgarizado no Brasil. Certamente não há hoje médico que o não conheça. Foi a sua introdução uma completa e verdadeira revolução na terapêutica. Mostrou-se eficiente contra os temíveis estreptococos, os rebeldes estafilococos, o tenaz gonococo, os cocos em geral; eficiente no tracoma; eficiente na pneumonia, na meningite.

Lógo no início da sua vida ativa, a sulfanilamida enfrentou um grave episódio, que quasi a desacreditou: é que, sendo praticamente insolúvel na água (só se dissolve 1 grama em 100 gramas de água) um laboratório norte-americano apressado, lançou no comércio o "elixir de sulfanilamida", em que a sulfanilamida estava dissolvida em etilenoglicol. Ora, o etilenoglicol é tóxico, e esse "elixir" o célebre "elixir Massengil", que foi lógo recolhido) matou várias dezenas de pessoas. Enquanto se discutia si as mortes eram produzidas pela sulfanilamida ou pelo etilenoglicol, houve um período de hesitação e receio. E os inimigos do progresso, os velhos amigos da rotina, aproveitaram-se bem dessa hesitação para difamar e tentar derrubar a sulfanilamida. Mas em vão.

A sulfanilamida tem salvo e vai salvar milhares e milhares de vidas. Foi uma descoberta de valor incomparável para a "luta contra a morte".

Algumas verdades elementares que se deve lembrar de vez em quando:

Sulfanilamida em injeção — Si a solubilidade é só de 1 por cem, uma ampola de 5cm³ tem 5 centigramas de sulfanilamida. Haverá médico que espere curar seu doente com esta dóse? Sabe-se por outro lado que, para ação da sulfanilamida, é mister uma determinada *concentração no sangue* (10 a 15 centigramas por litro de sangue) e essa concentração

só se mantém si o doente receber sulfanilamida de 6 em 6 horas (porque nesse prazo ela se elimina).

Portanto, a conclusão é o que há de mais simples e evidente: é preciso que o doente receba no mínimo 60 centigramas de 6 em 6 horas (6 litros de sangue, a 10 centigramas por litro, igual a 60 centigramas).

Dose ineficaz — Certo médico receita: "Sulfanilamida tal, 1 tubo; tomar 1 comprimido ao almoço e ao jantar".

Esse doente tomará 1 grama de sulfanilamida por dia e ficará 16 horas sem medicação (da hora do jantar até a hora do almoço do dia seguinte). A concentração de sulfanilamida no seu sangue será mínima. *Ele não se curará.* O seu médico atribuirá o fracasso à sulfanilamida ou reconhecerá a verdade, isto é, que ele não sabia receitar sulfanilamida?

Intervalo — O doente deverá ser acordado à noite para tomar seus comprimidos. E' preciso que tome de 6 em 6 horas. Do contrário, si tomar a última dose às 10 horas da noite, por exemplo, às 4 da madrugada já terá eliminado; e ficará até às 7 ou 8 *sem sulfanilamida no seu sangue* e portanto, com os germes agressores em franca atividade.

Sulfanilamida local — E' da mais alta eficiência, nos casos de cocospígenos. Prescrever em pomada a 5 ou 10 por cento (com diadermina ou "could cream") ou melhor ainda, em glicerina (dissolver a quente, a 20 por cento, com o resfriamento forma-se uma cera que se redissolve a banho maria na hora da aplicação).

Vacina com sulfanilamida — Algum médico acreditará que os 2 ou 3 centigramas de sulfanilamida contidos numa ampola de vacina para ser aplicado de 3 em 3 dias seja coisa que possa ser levada a sério?

O SEGUNDO: — A SULFAPIRIDINA

E' veiu a sulfapiridina. E' também quasi insolúvel na água, toma-se em comprimidos de $\frac{1}{2}$ grama. Mesmas dosagens. Mesma concentração no sangue. Mesma eliminação. E' mais ativa do que a sulfanilamida nas *meningites*. E' mais ativa também nas *pneumonias*.

E' inferior à sulfanilamida no que se refere às *estafilocócicas*. E' igual quanto ao *tracoma*, quanto à *blenorragia*. E' um pouco menos tóxica do que a sulfanilamida.

O TERCEIRO: — O SULFATIAZOL

E' mais ativo contra o terrível estreptococo hemolítico, o mortal agente da infecção puerperal, das septicemias graves e de outros inimigos da vida humana.

Não é tão ativo contra as *meningites*.

E' tão ativo quanto os anteriores nas *pneumonias* e na *blenorragia*.

E' mais ativo nas *estafilococcias*.

E' um pouco menos tóxico que a sulfanilamida.

O QUARTO: — A SULFAGUANIDINA

E' recentíssima. Nem sabemos si já existe à venda no Brasil.

E' ativa contra os germes das infecções intestinais, ou antes, os germes que pululam nos intestinos e que são responsáveis pelas toxicoses que irrompem em determinadas condições favoráveis.

E' muito pouco tóxica.

Foi empregada com bom resultado nas *disenterias bacilares*.

Vem sendo experimentada como preventiva das complicações post-operatórias, nas intervenções sobre o intestino.

O QUINTO: — A SULFADIAZINA

E' mais recente ainda. E' a caçula e a maior esperança da família dos "sulfas".

Existe a *sulfadiazina*, quasi insolúvel na água como os demais, e o sulfadiazinato de sódio, solúvel, que se aplica em *injeções intramusculares e endovenosas*. Prefere-se porém, o processo usual: pela boca, comprimidos de $\frac{1}{2}$ grama de sulfadiazina.

E' tão ativa como os anteriores nas *pneumonias*. Idem nas *estreptococias*. Idem nas *meningites*. Idem na *blenorragia*.

E' mais ativa nas *estafilococias*.

E' bem menos tóxica que os outros "sulfas".

Em casos de *Urgencia*



Suprifin



o novo tônico circulatório e cardíaco
em gotas e ampôlas

Sôbre um caso de aneurisma da aorta

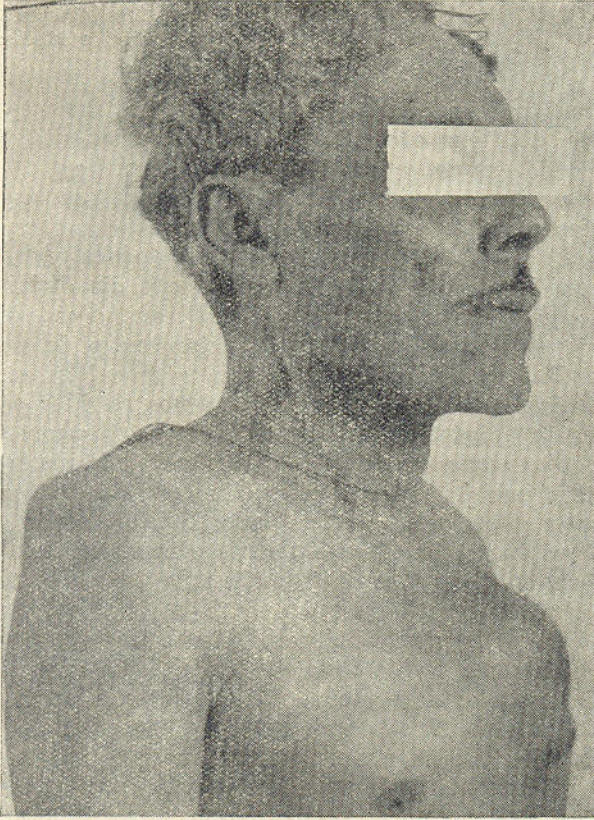
Dr. David M. da Silva Netto

Assistente da Segunda Cadeira da
Clínica Médica

Ao darmos publicidade ao presente caso, o fazemos porque o mesmo no período de sua evolução apresentou varias alternativas, que o tornam digno de estudo.

Trata-se de um indivíduo (O. C. L.), com 54 anos, branco, casado, de profissão pintor, residente nesta capital. Baixou ao serviço no dia 23 de junho de 1940. Relata que a sua doença teve início aproximadamente em janeiro de 1938. Quando certo dia dirigia-se para o trabalho, começou a sentir uma fadiga geral, ao mesmo tempo notou que a sua visão se tornava turva, tendo a impressão de ver pequenas estrelas (sic). Foi então obrigado a parar para evitar uma provavel queda. Sentiu na mesma ocasião zumbidos nos ouvidos e fortes palpitações na região epigástrica. Estes pródromos duraram vários dias e num mesmo dia várias vezes. Transcorridos dois meses aproximadamente destas primeiras manifestações, começou a sentir uma dor localizada na parte superior do tórax (lado direito), sendo a dôr irradiada para ambos os braços (face anterior) e mais acentuada no braço direito. Pensou então tratar-se de um reumatismo. Neste interim, começou a notar o desenvolvimento de um pequeno tumor localizado no lado direito do peito, muito doloroso, dando, por vezes, a impressão de ferroadas. Baixou à Santa Casa de Misericórdia desta Capital, em 1938, com a sintomatologia seguinte: Tumor, ainda pequeno, localizado na face anterior do hemitórax direito, dôr nos braços, tosse e expectoração. Tendo feito tratamento específico durante dois meses, conseguiu sensiveis melhoras, tais como regressão do tumor e cessação, em parte, das dôres, obtendo no fm deste tempo, alta melhorado. Voltou então às suas atividades normais. Logo depois, porém, sentiu agravar-se o seu mal, com rápido aumento do tumor e da dôr, localizada então somente no ponto tumoral, sendo obrigado a baixar pela segunda vez a Santa Casa, indo para nosso serviço. Apresentava desta vez a mesma sintomatologia, porém com dôres mais atrozes e o tumor grandemente exteriorizado. Fez o mesmo tratamento da vez precedente e, após dez meses, obteve a regressão do tumor, tendo alta em outubro de 1939. Descansou aproximadamente uns 15 dias e novamente voltou ao trabalho. Mas, como se dera anteriormente, de novo o tumor cresce, tornando-se agora mais volumoso do que dantes, com exteriorização notavel, chegando mesmo a, de um ponto de sua parede, surgirem algumas gotas de sangue. Baixou à Santa Casa em julho de 1940. Indivíduo do tipo mediolíneo, altura 1,84, pesando 85 quilos, eutrófico. Gânglios inguinais de ambos os lados palpaveis, indolores, duros e de

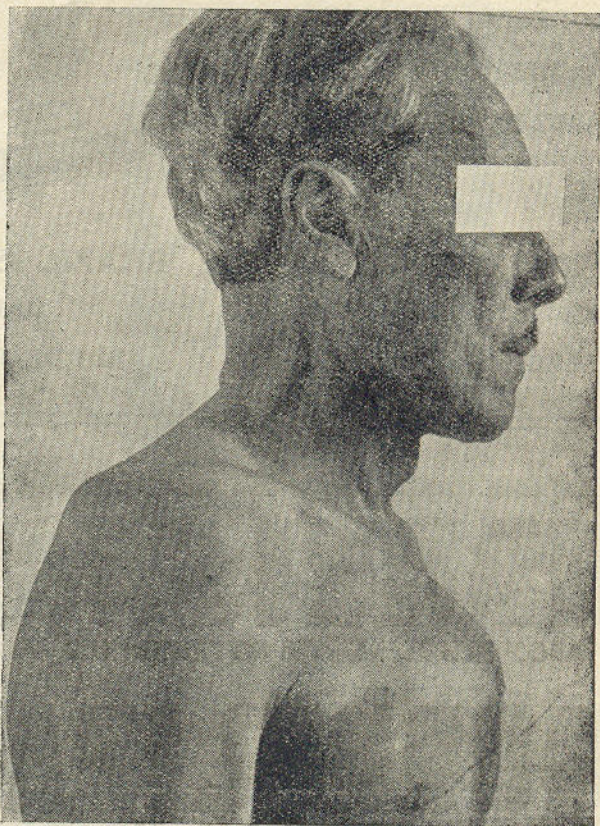
superfície lisa. Tibialgia acentuada. Pele elástica resistente, úmida, esboço de circulação colateral do tipo cava-cava-azigótica. Notamos uma tumoração localizada na parte anterior do tórax, indo em altura, do segundo espaço intercostal direito até ao quarto. A pele a este nível, mostra-se brilhante, cianosada, apresentando um botão hemático, conforme pode-se ver nas fotografias anexas.



Pulso radial regular, rítmico, batenco 84 vezes por minuto. Havia isocronismo entre os pulsos radiais direito e esquerdo. Pressão arterial MX II e MN $6\frac{1}{2}$. Reação de Wassermann francamente positiva. Pela apalpação encontramos ictus cordis no 5 espaço intercostal esquerdo, circunscrito, fraco. Sensibilidade dolorosa, algo exagerada, em toda a região precordial. Pela ausculta notamos no fóco mitral ligeira hiperfonese das duas bulhas, no fóco aórtico da segunda, ausência de sopro ao nível do tumor.

Para o lado dos aparelhos, digestivo respiratório e urinário, nada notamos de anormal. O nosso diagnóstico, em vista da sintomatologia que apresentava o nosso doente e da localização tumoral, só poderia ser aneurisma da aorta. O exame radiológico nos deu o seguinte resultado: Volumoso aneurisma saciforme interessando a totalidade da aorta ascendente e desenvolvido para diante e para os lados.

O presente caso nos sugere as considerações seguintes: O tumor teve a sua exteriorização exagerada por três vezes, e também em igual número de vezes se deu a sua regressão; para nós as regressões devem ser atribuídas ao tratamento específico a que foi submetido o nosso paciente e ao longo repouso a que estava forçosamente sujeito. O repouso prolongado que determina a diminuição da pressão arterial e, em consequência, da onda pulsátil sobre a parede vascular, dá margem

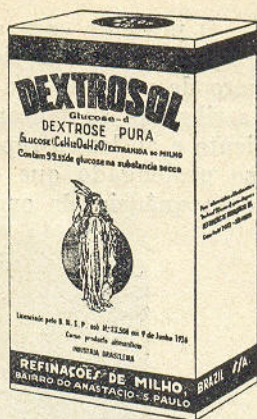


a que se forme com mais facilidade uma camada protetora dos coágulos estratificados. Ao sair da enfermaria o paciente entrava novamente em atividade, no exercício de sua profissão, tendo de dispensar maior esforço, que, forçosamente, aumentava a pressão arterial e o choque contínuo da onda sanguínea sobre a parede vascular, tendo como consequência uma maior pressão sobre a dilatação já existente, provocando, sem dúvida, a desagregação da parede, assim aumentando o saco aneurismático. Chegamos, pois, a uma conclusão que nos parece lógica: o repouso associado ao tratamento específico tem uma grande influência sobre a regressão dos aneurismas, porque diminui a intensidade da onda pulsátil sobre o saco aneurismático, facilitando desta maneira uma melhor formação de coágulos, e faz estacionar, não regredir, as lesões específicas.

DEXTROSOL

(Glucose — d)

ASSUCAR- NUTRITIVO
DIETA DE SCHIFF,
DIETA DE ARON,
ANTI-FERMENTESCIVEL



REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA 748

CAIXA 2972

CAIXA 3421

PORTO ALEGRE

SÃO PAULO

RIO DE JANEIRO

DOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MIRRÓLICO E CHALMOGRÍCO, SUPERSATURADOS DE LÍPOIDES TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

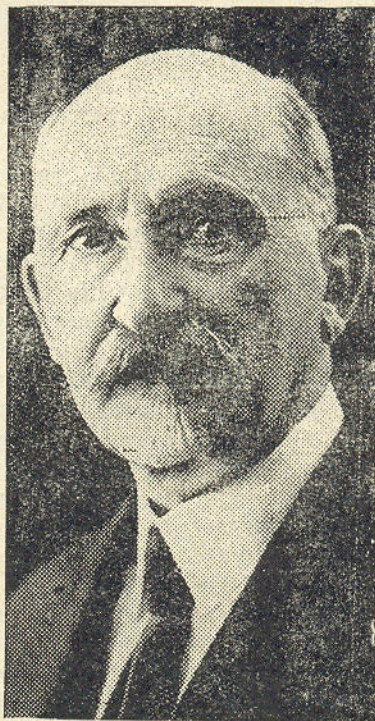
RIO

Amostras em Porto Alegre:

Antonio Rizzo & Cia.

Rua do Uruguai, 91 - 1.º andar

Dr. Edmundo Berchon Des Essarts



Nasceu na cidade de S. Gabriel no dia 1.º de Maio de 1864, sendo seus progenitores Edmundo Berchon des Essarts e Ana Amela Berchon des Essarts.

Com a morte de seu pai, em 1873, sua família transferiu residência para Pelotas, em 1874. Courseu o colégio de Carlos André Laquinini, prestando os preparatórios na Instrução Pública de Porto Alegre.

Em 1887 matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a qual courseu até o 5.º ano, transferindo-se daí, em virtude de um incidente com o lente da cadeira de Farmácia, com um grupo de colegas para a Faculdade da Baía, onde se diplomou.

Recebeu o grau em Outubro de 1887, após brilhante defesa de assunto, naquela época, novíssimo, "Cancer". Após curta permanência em Pelotas tornou ao Rio, onde assumiu o lugar de chefe do serviço de Policlínica do Rio de Janeiro, sendo feito substituto do prorector ginecologista Dr. Carlos Teixeira, conservou-se neste serviço até Maio de 1888, quando seguiu em viagem de estudos para a Europa, onde

curso as clínicas dos professores Richelot, Lucas Champisière, Guyon, Fournier, Potain e outros.

De volta a Pelotas foi escolhido e nomeado cirurgião do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.

Em 1893 contraiu núpcias com dona Antonia Gonçalves Chaves, filha do Dr. Antonio José Gonçalves Chaves e de dona Marçolina Barcellos Chaves, partindo, em seguida, novamente para a Europa, onde se conservou ano e meio, tendo sido, durante essa estadia, comissionado pelo governo brasileiro para representar o Brasil no Congresso Médico, realizado em Roma, em 1894.

Frequentou, então, as principais clínicas em diversos países da Europa.

Regressando em fins de 1894 a Pelotas, reassumiu o seu posto de cirurgião na Santa Casa, emprestando o maior brilho ao seu serviço, a que deu uma organização modelar. Com os notáveis e saudosos cirurgiões riograndenses Carlos Wallau e Rodolfo Josetti constituiu o grupo dos pioneiros da cirurgia moderna no Rio Grande do Sul.

Foi por 2 períodos provedor da Santa Casa de Misericórdia, como por igual tempo também presidente da Biblioteca Pública e vice-presidente da Sociedades Agrícola e da Federação das Associações Rurais, também presidente de diversas outras associações locais.

Foi um dos fundadores e vice-presidente do Centro Médico de Pelotas, assim como foi o primeiro que introduziu no Estado, a cultura da Vacina Generiana, fundando, à sua expensa, um Instituto de Vacina para distribuição gratuita da mesma vacina para o Estado, com o qual, mais tarde, foi feito contracto para seu largo fornecimento. Foi igualmente o primeiro a introduzir os raios X no Rio Grande do Sul.

Ao completar 30 anos de atividade ininterrupta à Santa Casa, recebeu grandes demonstrações de carinho e gratidão da parte da sua Mesa Administrativa e do Corpo Médico, sendo por essa ocasião inaugurada, no hospital, uma bellissima placa comemorativa de bronze.

E' sócio da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, da de Pelotas, da Sociedade Francesa de Cirurgia de Paris, da de Cirurgia e Ortopedia de Roma, do Colégio Americano de Cirurgiões dos Estados Unidos. Instituiu a "Fundação dona Antonia Chaves Berchon des Essarts. Fez mais três viagens à Europa, em 1909, 1910 e 1923. Foi um entusiasta animador dos nossos grandes problemas agrícolas e pastoris. Em 1911, à sua custa fez vir ao Estado o notável professor, especialista em cultura de arroz, diretor da Escola Experimental de Agricultura da Itália, Dr. Novelo Noveli, que aqui deixou importante monografia sobre a nossa cultura regional. E' o maior proprietário de terras em nossa zona rural do município e o maior criador de gado Devon.

Seu nome ficou ligado, quasi sem excepção, aos maiores empreendimentos de Pelotas, que no dia 14 de Março de 1942, às 16 horas e 10, via extinguir-se esse grande vulto que tanto honrou sua terra de adoção.

Iolipobi

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 insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorpção 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 eficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e orgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepato-diastrases; 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 efficaz.

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:

Dr. Mario Pinheiro

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Baía, Recife, Curitiba, Belo Horizonte etc.

LITERATURA E AMOSTRA com o depositário e representante nesta capital:

Francisco de Revorêdo Barros — Rosario, 609

Notas Terapêuticas

P. BOSSE E G. BOSSE, Clínica particular em Wittenberg: "O emprêgo local do Prontosil em Cirurgia". Fortschr. Ther. f. 4, pág. 202, 1939.

Nos últimos 3 anos e meio o A. empregou Prontosil localmente em mais de 3.000 pacientes. Apenas 3 casos foram fatais, sendo um diabético com flegmões e 2 mulheres com febre puerperal. Naturalmente o Prontosil só poderá trazer resultados quando o organismo se acha ainda em condições de se defender. Nas infeções comuns das feridas causadas por estrepto ou estafilococos, o A. usou exclusivamente Prontosil, observando que o Prontosil rubrum age como hemostático enquanto que o Prontosil album e o Prontosil solúvel se opõem à coagulação. Para a hemóstase de grandes superfícies sangrantes, o A., por este motivo, empregou uma combinação de Prontosil com lactose (Prontosil 10, sacch. lact. ad 100). Deste modo, por exemplo, na mastadenite enche-se inteiramente a cavidade da ferida com Prontosil e lactose, cobrindo-a com mecha de gaze impregnada de Uliron e com pomada de Uliron. Assim pode o curativo permanecer durante 8 dias. De maneira semelhante procede-se em casos de abscessos, flegmões e panarícios, observando-se rápido desaparecimento da secreção. O Prontosil, contudo, não possui ação epitelizante. Quando visado este efeito, o A. emprega unguentos de Uliron+óleo de fígado de bacalhau a 5—10%. **Bosse** cobre carbúnculos, furúnculos, mesmo grandes carbúnculos cervicais com unguento de Prontosil ou de Uliron. Existindo, com a aplicação isolada de pomadas, o perigo de infeção por fricção, passa-se sobre a parte toda da pele uma solução de Prontosil (Prontosil rubrum 4, alcool 90% e acetona ad 100). Mesmo furúnculos do lábio superior e do nariz, muitas vezes por dia friccionados, podem assim se curar, como também erisipelas leves. Só havendo ameaça de propagação pelas vias linfáticas é que **Bosse** emprega também Prontosil em comprimidos.

Pequenas feridas comuns, supuração das faces após cortes na pele, infeções do umbigo em recém-nascidos, sempre saram rapidamente com o emprêgo da solução de Prontosil-alcool-acetona. Esta queima, na pele, mais ou menos com a mesma intensidade da tintura de iodo. Em cavidades purulentas do corpo, com empiemas das articulações, cavidade torácica e na peritonite purulenta emprega-se, após retirar o pus, 5 a 20 cc. de Prontosil em solução a 5%. Observa-se então rápida melhoria. As experiências feitas em mais de 3.000 doentes levaram **Bosse** a recomendar o Prontosil também nos casos onde o enfermeiro se encarrega de fazer o primeiro curativo na ferida. Este, após ligeira limpeza da ferida, deve encher a cavidade com Prontosil em solução ou também, quando houver hemorragia, com Prontosil e lactose; por cima disto passa-se a mecha de gaze impregnada de Uliron ou às vezes o unguento de Uliron+óleo de fígado de bacalhau. Nas feridas das articulações e dos tendões enche-se a cavidade da ferida com Prontosil em solução, passando-se por cima a pomada de Uliron+óleo de fígado de bacalhau a 10%.