

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XXI

JANEIRO DE 1943

N. 1

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1943

Presidente

ÁLVARO BARCELOS FERREIRA

Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente

HELMUTH WEINMANN

Doc. Histologia

Secretário Geral

JOSÉ GERBASE

Doc. Cl. Dermatosifiligráfica

Tesoureiro

ANTÉRO SARMENTO

1.º secretário

ADAYR EIRAS DE ARAUJO

Doc. Cl. Urológica

2.º secretário

ORLANDO BIANCAMANO

Bibliotecário

E. J. KANAN

Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Direção científica

TOMAZ MARIANTE

Cat. Cl. Médica

RAUL MOREIRA

Cat. Cl. Pediátrica Méd.

NINO MARSIAJ

Doc. Cl. Médica

Redator-chefe:

RUBENS MACIEL

Doc. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Secretários da redação

ALFREDO HOFMEISTER

FERNANDO V. ALVES

Diretor-responsável:

ALMANZOR ALVES

REDATORES

GABINO DA FONSECA
HELMUTH WEINMANN
LUIS S. BARATA
VALDEMAR CASTRO
JACI MONTEIRO
NINO MARSIAJ
J. LISBÓIA DE AZEVEDO
MARTIM GOMES
DECIO DE SOUZA
RAUL MOREIRA
J. L. T. FLÓRES SOARES
CARLOS CARRION
C. LUPI DUARTE
ANTONIO LOUZADA

IVO CORRÊA MEYER
MARIO TOTA
E. J. KANAN
PEDRO MACIEL
MARIO BERND
AMÉRICO VALERIO
RAUL DI PRIMIO
GUERRA BLESSMANN
H. ANES DIAS
PEREIRA FILHO
J. MAIA FAILACE
ÁLVARO B. FERREIRA
JOÃO G. VALENTIM
VALDEMAR NIEMEYER

ASSINATURAS:

Ano: Cr\$ 25,00 — 2 anos: Cr\$ 40,00 — Estrang.: ano — Cr\$ 40,00

Séde da Redação: rua dos Andradas, n.º 1.117 — Cx. Ps. 872

Porto Alegre — Rio Grande do Sul — Brasil

Sumario

Trabalhos originais

	Pág.
BRENO BARCELOS — Considerações em torno do leite de Marriot e os resultados obtidos com o seu emprego	1
ATHOS PEREIRA GRANDE — Obstrução intestinal por vermes	11
<hr/>	
SOCIEDADE DE MEDICINA	17
RELATÓRIO DA DIRETORIA - Exercício de 1941	21

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

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



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

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Considerações em torno do leite de Marriot e os resultados obtidos com o seu emprego

Breno Barcelos

Trabalho realizado no Serviço de Puericultura da Maternidade Mario Totta e lido em sessão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre em 20-11-1942.

1.º — GENERALIDADES — HISTÓRICO

O leite materno representa, indiscutivelmente, o alimento fisiológico da criança de tenra idade. Em certas ocasiões, porém, somos forçados a introduzir a alimentação artificial, pois que surgem fatores de ordem social, médica e econômica, que impedem a alimentação natural exclusiva.

De todos os processos recomendados na alimentação artificial, total ou parcial, os leites ácidos são, sem dúvida, um dos mais importantes. Com efeito, os leites ácidos constituem alimentos bem tolerados, dotados de alto valor energético, além do seu poder profilático; são alimentos pouco dispendiosos, fáceis de preparar, podendo ser usados no hospital ou nas residências, nas cidades ou na campanha, nas classes ricas, remediadas ou pobres.

Por estes motivos, devemos considerar a introdução dos leites ácidos na alimentação artificial como mais um passo para solucionar o grave problema da alimentação de latentes que não podem usufruir as vantagens do leite materno. Não somos partidários da generalização do seu emprego; contudo, opinamos que representa uma arma poderosa nas mãos do pediatra que sabe manejar.

Dos leites ácidos, estudaremos em particular o obtido por acidificação artificial com ácido láctico, que é o processo empregado no Serviço de Puericultura da Maternidade MARIO TOTTA.

Datam de 1919 as pesquisas de WILLIAM McKIM MARRIOT sobre o emprego do leite integral acidificado na dietética infantil. Porém, já muitos anos antes, o leite crú talhado por fermentação artificial podia ser ingerido por adultos e crianças. Na Grande Guerra de 1914, HAMBURGER e RIETSCHÉL observaram que as crianças alemãs faziam uso de leites fermentados espontaneamente sem sofrerem o menor dano.

MARRIOT iniciou seus estudos semeando o leite de vaca fervido com uma cultura de bacilos bulgaros, tendo por objetivo provocar a fermentação e produzir ácido láctico; o leite era, então, levado à estufa, onde permanecia cerca de 12 horas, à temperatura de 37° C. Contudo, esta técnica era de difícil preparação em ambiente familiar e exigia muita atenção, pois uma maior permanência na estufa ou uma temperatura mais elevada provocariam a formação de grandes coágulos; nessas condições, o leite seria impróprio para a alimentação. Em 1923, MARRIOT substitue o processo acima descrito pela simples adição ao leite de vaca, integral e fervido, de uma certa quantidade de ácido láctico oficial puro.

As primeiras observações do processo foram executadas em latentes portadores de distúrbios nutritivos graves. Só alguns anos após, em 1923, MARRIOT animou-se em experimentá-lo na alimentação de crianças normais. Juntamente com DAVIDSON, seu colaborador, verificou que com o emprego do novo método a mortalidade dos atróficos em seu serviço baixou de 78% (1919) para 26% (1923). No mesmo serviço, 90% das crianças submetidas à alimentação artificial, fazem uso do leite ácido, tendo aqueles autores observado o seu poder profilático das dispepsias e diarréas de verão.

As pesquisas clínicas de MARRIOT foram controladas por grande número de pediatras de renome mundial. A esse respeito houve uma reação da pediatria germanica. A revista "Archiv für Kinderheilkunde" (1934) iniciou um grande inquerito relativo ao emprego do leite de MARRIOT. A pergunta foi a seguinte: "E' recomendável a generalização do leite ácido integral na alimentação do latente tenro e sadio?". As respostas não foram muito convincentes; contudo, podem ser divididas em favoráveis, indiferentes e contrárias.

Favoráveis — BEUMER, com uma observação de 9 anos, obteve resultados surpreendentes com o emprego do leite acidificado na alimentação exclusiva de latentes sadios e na alimentação mixta dos recém-nascidos e prematuros. KLEINSCHMIDT, ROMINGER, REUSS, VOGT e outros, embora com restrições, incluem o novo processo na dietética infantil.

Indiferentes — BRÜNING, DEGKWITZ, HAMBURGER e DULAR não tomam atitude decisiva pró ou contra o novo processo.

Contrários — Baseados em argumentos teóricos BESSAU, MORO, STOLT e HAINISS são os adversários do leite acidificado. BESSAU responde por si e demais opositores: "Os característicos do leite ácido integral são — a acidificação, contra a qual nada se objeta, e o leite integral. Esse é anti-fisiológico, pois forma terreno para a flóra intestinal do grupo coli e, porisso, pôde determinar nos latentes muito tenros estados dispepticos e colites graves; portanto, é contra-indicado para essa classe de crianças".

Deste inquérito, VICENTE BATISTA tirou a seguinte conclusão: "os autores com larga experiência sobre o emprego do leite acidificado integral são seus adetos; os criadores de doutrinas e seus companheiros não vêm com bons olhos a novidade dietética".

O Prof. FEER, de Zurich, escreveu recentemente no "Journal Médical Hebdomadaire de a Suisse", "Graças a sua preparação simples e econômica, assim como às suas propriedades, eu me convenci que o leite integral acidificado com ácido láctico tem prestado grandes serviços ao médico prático, que não tem a experiência de métodos alimentares tão diversos, recomendados para o tratamento da dispepsia. Torna-se possível adquirir os conhecimentos necessários ao emprego do leite integral acidificado, preservando-o aos latentes normais".

HINIAKOW, do Instituto de Proteção à Maternidade e à Infância de Cracovia, obteve com o emprego do leite integral acidificado com

ácido láctico resultados que ele comparou aos obtidos com a alimentação natural.

SCHIFF e MOSSE são, também, partidários do leite de MARRIOT; para eles a sua principal indicação encontra-se nos distúrbios nutritivos agudos com diarreia. Empregam o leite de vaca diluído em água de arroz, de acordo com a idade da criança.

FIELD, BRADLEY, BAUZA e POLERI, BREHME, FINIZIO, GARRAHAM e tantos outros opinam favoravelmente para o emprego do leite acidificado na alimentação artificial, tanto para as crianças normais como para as portadoras de distúrbios nutritivos.

MARFAN e CHEVALLEY não têm o mesmo entusiasmo. Utilizando o leite acidificado encontraram resultados pouco promissores e inferiores aos obtidos com o uso do leite materno. Porém, os fracassos têm, em parte, uma explicação: em primeiro lugar usaram uma fórmula diferente da de MARRIOT; em segundo lugar administraram o leite acidificado às crianças submetidas a alimentação mixta com leite materno.

No nosso meio, em Porto Alegre, o Dr. CARLOS HOFMEISTER tem empregado largamente o leite acidificado com ácido láctico; suas observações datam de 5 anos, tendo obtido resultados ótimos.

2.º — PROPRIEDADES

A secreção de ácido clorídrico do estômago desempenha um papel importante na digestão das substâncias albuminoides. Com efeito, um suco gástrico neutralizado, total ou parcialmente, perde seu poder proteolítico, desencadeando ao mesmo tempo uma série de perturbações nas funções digestivas. Isso resulta, de que as proteínas só são atacadas pela pepsina num meio ácido. Não é necessário que seja unicamente o ácido clorídrico, pois o que tem importância é a presença de íons H livres. SPALANZANI obteve a digestão "in vitro" das proteínas empregando indiferentemente o ácido clorídrico e outros ácidos. A pepsina inicia sua atividade a partir de pH 4, chegando ao máximo com pH 2. Se o pH é superior a 5 o fermento torna-se inativo.

DOLINSKI (1894) demonstrou que o excitante principal e de maior importância da secreção pancreática é a presença de íons H livres no duodeno. Aquele autor praticou uma fistula pancreática num cão e introduziu no duodeno do animal, por meio de uma sonda, uma solução de ácido clorídrico com título mais ou menos idêntico ao do suco gástrico (4 a 5%); ao cabo de 3 a 4 minutos, começou a secreção pancreática e em uma hora obteve grande quantidade de suco. Verificou, também, que a ação estimulante está na razão direta do grau de acidez e que é independente da qualidade do ácido; conseguiu os mesmos resultados utilizando soluções de ácido láctico, fosfórico, cítrico, etc.

Qual o mecanismo de ação das soluções ácidas sobre a secreção pancreática?

Dizer que os ácidos passassem à corrente circulatória e fossem estimular as células pancreáticas, não é verdadeiro, pois a injeção direta

de uma solução ácida no sangue não traz modificação no fluxo pancreático.

PAWLOFF admite um mecanismo reflexo, devido a ação do ácido sobre as terminações nervosas sensitivas do intestino delgado e da excitação consecutiva dos centros e nervos secretores. Porém, a secreção continua mesmo após a destruição do sistema vago-simpático da região, trajeto pelo qual a excitação reflexa pôde chegar às células glandulares. Surgiu, então, o mecanismo humoral, baseado nos trabalhos de BAYLISS e STARLING, que verificaram na mucosa doudeno-jejunal a presença de uma substância — a pró-secretina, — capaz de num meio ácido se transformar em *secretina*; esta, por sua vez, passaria à corrente circulatória indo estimular a secreção das células pancreáticas.

Portanto, os ácidos agem de uma dupla maneira sobre a secreção pancreática: pelo mecanismo reflexo uma pequena parte; pelo mecanismo humoral a maior parte.

Do mesmo modo que para o pancreas, os ácidos agem sobre o fluxo biliar por via reflexa e humoral.

As considerações acima expostas vêm demonstrar a grande influência dos ácidos na atividade e na produção dos fermentos digestivos.

E' perfeitamente conhecida a diminuição da secreção clorídrica no estômago de latentes doentes, principalmente em se tratando de infecções nasofaringéas, otites e distúrbios nutritivos.

Os trabalhos de MARRIOT e DAVIDSON mostraram que a grande quantidade de sais alcalino-terrosos e caseína existentes no leite de vaca, não modificado, agem como "substância tampão" sobre os ácidos. Na maioria das vezes, as crianças normais se adaptam, pouco a pouco, ao leite de vaca puro aumentando a secreção do ácido clorídrico. Tal não acontece com as crianças doentes; neste caso, o leite será mal digerido, porque os iões H livres (do HCl) vão neutralizar a "substância tampão", prejudicando a atividade da pepsina e passando o quimo para o doudeno com acidês insuficiente para estimular as secreções pancreáticas e biliares.

Ao contrário do leite de vaca, o leite materno contém uma pequena proporção de caseína e sais alcalino-terrosos; não haverá, portanto, uma ação muito acentuada dos iões H livres sobre a "substância tampão", e o leite torna-se quasi sempre ácido após uma breve permanência no estômago.

Quando a criança ingere o leite acidificado com ácido láctico, a "substância tampão" presente já se acha de certo modo neutralizada, em virtude do que o grau de acidês do estômago aproxima-se daquele que se obtém com o leite humano. Esta acidês irá favorecer a atividade da pepsina e estimular a produção dos sucos biliares e pancreáticos.

O pH do leite acidificado com ácido láctico oscila ao redor de 4,

Como vimos anteriormente, foi BESSAU quem mais combateu o leite acidificado. Estamos perfeitamente de acordo com o grande pediatra alemão, quando afirma ser o leite integral, não modificado, anti-fisiológico, favorecendo o desenvolvimento da flora intestinal do tipo coli. Porém, existe grande diferença entre leite de vaca puro e leite acidificado. Com o emprego deste último o pH duodenal será baixo, constituindo um meio desfavorável para o desenvolvimento das bactérias patogênicas.

Sabe-se com certeza que os bacilos típicos, paratípicos, disentéricos e coli são paralizados em seu desenvolvimento num meio com pH 5 e destruídos com pH 2.

O próprio BESSAU mostrou a importância da infecção duodenal na gênese das diarreias e distúrbios nutritivos. Portanto, si o leite acidificado dá ao quimo acidês suficiente para inibir o desenvolvimento de bactérias patogênicas nas porções superiores do intestino delgado, terá contribuído para a maior ou menor profilaxia dos distúrbios nutritivos e digestivos.

A diminuição da acidês do estômago é capaz de ocasionar o atraso do esvaziamento do piloro. A abertura do piloro e o fechamento do cardia, condições indispensáveis para a propulsão do bolo alimentar, são condicionadas pelos ácidos, principalmente. A esse respeito, a região pilórica acha-se submetida à "lei do intestino" de BAYLISS e STARLING; assim, os ácidos produzem um fenômeno de inibição — o relaxamento pilórico — e um fenômeno motor — o fechamento do esfinter —, segundo sua ação seja acima ou abaixo daquele orifício.

O uso continuado de ácidos minerais, como o clorídrico por exemplo, pôde conduzir fatalmente ao rompimento do equilíbrio ácido-básico, pois a sua neutralização é capaz de esgotar as reservas alcalinas do organismo. Isto não acontece com os ácidos orgânicos empregados na acidificação do leite, que são completamente metabolizados, originando gás carbonico e água, não exercendo ação alguma sobre o equilíbrio ácido-básico.

Os ácidos orgânicos sendo facilmente absorvidos, o conteúdo das porções mais baixas do intestino é de reação alcalina. Esta alcalinidade provem, em parte, da menor fermentação dos hidratos de carbono, devida à inibição bacteriana, em parte do aumento da secreção intestinal alcalina.

Um efeito importante da acidificação do leite é a precipitação da caseína coagulada numa forma finamente dividida. Os pequenos coágulos assim formados são facilmente atacados pelos sucos digestivos, abandonam o estômago mais rapidamente e são melhor absorvidos que os grandes coágulos que se formam geralmente na ingestão do leite de vaca não modificado. Devido a isso, raramente é necessária a diluição do leite, havendo, por consequência, menos perigo de sub-alimentação.

Além disso, a maior acidês do meio facilita a solubilidade dos minerais do leite, principalmente os sais de cálcio, fazendo com que sejam melhor absorvidos.

A conservação do leite acidificado acha-se perfeitamente explicada nas seguintes verificações bacteriológicas (M. C. SAIZAR):

Bactérias

Leite puro recém-fervido	1.500	por cc.
Leite puro conservado ao frio (24 hs.)	12.000	por cc.
Leite acidificado, conservado ao frio (24 hs.)	11.000	por cc.
Leite acidificado à temp. ord. (24 hs.)	1.200.000	por cc.
Leite puro à temp. ord (24 hs.)	350.000.000	por cc.

Do exposto, verifica-se que o leite acidificado conserva-se muito melhor que o leite puro à temperatura ordinária; porém, a conservação torna-se mais ou menos igual quando o leite for refrigerado.

3.º — PREPARAÇÃO

A) — *Processo de MARRIOT*

1) — *Substâncias necessárias:*

- a) — Leite de vaca fresco e de boa qualidade, de preferência pasteurizado ou, melhor, o certificado.
- b) — Farinha de arroz ou de maizena.
- c) — Açúcar; a sacarose para os latentes normais e as misturas dextrino-maltosadas para os casos de distúrbios nutritivos.
- d) — Ácido láctico officinal quimicamente puro. E' mais cômodo utilizá-lo numa solução à 10%; uma colher das de café desta solução conterá 0gr.5 de ácido.

2) — *Técnica:*

- a) — A um litro de leite juntar 20 grs. de farinha de arroz ou maizena e 50 grs. de açúcar.
- b) — Ferver em fogo brando durante 5 minutos, mexendo continuamente.
- c) — Deixar esfriar bem.
- d) — Derramar, sob agitação e gota a gota, a quantidade necessária de ácido láctico (0,5 a 0,6%), isto é, 5 a 6 cc. de ácido officinal puro ou 10 a 12 colheres das de café da solução à 10%.

B) — *Modificação do processo de MARRIOT*

A modificação do processo de MARRIOT tem por finalidade tornar mais cômoda e mais acessível às mães a fabricação do leite acidificado. E' o método por nós empregado no Serviço de Puericultura da Maternidade Mario Totta. Consiste essencialmente no título da solução de ácido láctico que é de 6%; na confecção da fórmula juntamos ao leite 10% desta solução. Assim, a um litro de leite adicionaremos 100 cc. da solução de ácido láctico a 6%, que corresponderá exatamente a 6 cc. do ácido officinal puro para cada litro de leite, percentagem proposta por

MARRIOT. Si quizermos fazer uma única mamadeira de 200 cc. empregaremos 20 cc. da solução de ácido em 200 cc. de leite.

Quando bem preparado, o leite com ácido láctico é homogêneo e contém em suspensão grande quantidade de partículas sólidas muito pequenas, que correspondem à caseína finamente dividida. Mas, para que tal se produza, é necessário que o ácido seja adicionado muito lentamente, que se mantenha o leite sob constante agitação e que este esteja completamente esfriado. Quando se junta o ácido, à princípio nenhum efeito se produz, porém com a adição das últimas porções a coagulação se inicia. Si o leite não estiver bem esfriado ou o ácido for derramado muito rapidamente, os coágulos serão muito grandes e grumosos, sendo a mistura imprópria para a alimentação.

A quantidade de ácido empregada é a mais indicada para a preparação da fórmula; o leite muito ácido não é bem tolerado, podendo conduzir ao vômito. Menores quantidades de ácido não terão propriedades antisépticas e neutralizantes da "substância tampão" e não haverá formação de pequenos coágulos.

Ao se iniciar a alimentação das crianças com leite acidificado três caminhos podemos seguir:

1) — Administrar leite integral com a quantidade de ácido proposta por MARRIOT. É o critério por nós adotado.

2) — Administrar leite integral, porém com quantidades menores de ácido ($1/3$ ou $1/2$) e aumentar gradativamente até atingir a porcentagem de 0,6%.

3) — Administrar leite diluído ao $1/2$ ou a $2/3$ com a quantidade proporcional de ácido. Este método é dedicado aos adeptos das diluições do leite e que não vêm com bons olhos o emprego de leite integral.

— O valor calórico do leite acidificado, tal qual nós preparamos, é de 980 calorías, assim distribuídas:

Leite de vaca integral	1.000 cc.	700 calorías
Açúcar	50,0	200 calorías
Maizena	20,0	80 calorías
		980 calorías
	SOMA.....	980 calorías

4.º — INDICAÇÕES

Dos diversos autores que estudaram e aplicaram o leite acidificado com ácido láctico extraímos as seguintes indicações:

A) — Alimentação de crianças normais

- 1) — Mixta.
- 2) — Exclusiva.

B) — *Alimentação de crianças doentes*

- 1) — Prematuros e debeis.
- 2) — Dispepsias agudas
- 3) — Toxicoses
- 4) — Enterites e disenterias
- 5) — Distrofias e atrofias.

Limitamo-nos neste pequeno trabalho em estudar o leite acidificado pelo ácido láctico como alimento artificial (mixto e exclusivo) das crianças normais e dos debeis e prematuros.

5.º — RESULTADOS e CONCLUSÕES

1) — *Crianças normais*

Do Serviço de Puericultura da Maternidade MARIO TOTTA recolhemos 100 observações de crianças submetidas ao leite de MARRIOT. Esquematizamos da seguinte maneira os resultados obtidos:

Alimentação	Sucessos	Insucessos	TOTAL
Mixta	45	17	62
Exclusiva	29	9	38
TOTAL	74	26	100

Em nossas observações bem sucedidas encontramos poucos casos de dispepsias alimentares. Alguns foram devidos à supressão do ácido na fórmula nos primeiros meses de vida ou no verão, daí surgindo a perturbação nutritiva. Sómente em 4 casos, a dispepsia surgiu no decurso da administração do leite acidificado. Nestes últimos casos, após a classica diêta hídrica substituímos o leite ácido pelo leite materno ou leite de leiteira, e mais tarde, retornamos ao emprego do ácido. E' de notar que na administração do leite de leiteira levavamos uma grande vantagem, pois as crianças já estavam habituadas ao gosto ácido e não havia dificuldade na realimentação.

As dispepsias parenterais são raras (3 casos nas 74 observações), não obstante a grande frequência das afecções capazes de as produzir (35- (rinofaringites, otites, bronquites, etc.). Ao estudarmos as propriedades do leite acidificado salientamos que as infecções parenterais eram capazes de fazer diminuir a secreção de ácido clorídrico no estômago; neste caso, o quimo passaria ao duodeno com acidês insuficiente para inibir o desenvolvimento bacteriano, daí surgindo a coli-acensão (BESSAU) e a dispepsia subsequente. Porém, com a administração do leite acidificado tal não se dá, pois ele é capaz de evitar a coli-acensão.

No decurso de nossas observações apareceram raros casos de diarreias leves (3), sem quadro tóxico, tipo fermentativas; contudo, a subs-

tuição da sacarose pelas misturas dextrino-maltosadas tornou possível conferir às evacuações caracteres normais.

Pelo que ficou dito linhas acima, o leite acidificado possui uma determinada ação profilática sobre as diarreias e dispepsias.

A obstipação é muito frequente, por isso que com a administração do leite acidificado predominam os fenômenos de putrefação no grosso intestino. No total de nossas observações favoráveis, tivemos 27 casos com obstipação. Porém, a administração sistemática de sucos de frutas cruas (laranjas, tomates, etc.) não só faz desaparecer-la, como também proporcione a criança certa quantidade de vitaminas, tão indispensáveis para a nutrição e o crescimento, e que em sua maioria não são encontradas no leite de vaca fervido.

Em todos os casos favoráveis a curva ponderal foi boa e regular, constituindo em várias crianças um verdadeiro sucesso. Isto é devido ao alto valor energético do leite acidificado.

Apesar do leite de MARRIOT ser um alimento concentrado, os perigos de super-alimentação são mínimos, pois procuramos manter, tanto quanto possível, o intervalo de 4 horas entre as refeições.

O inconveniente do uso de um alimento concentrado, em relação as necessidades hídricas do organismo, é perfeitamente removido pela administração de água no intervalo das refeições, principalmente nos meses de verão.

Alguns autores objetam que o leite acidificado é capaz de determinar uma preguiça da secreção clorídrica no estômago e que a supressão do ácido na fórmula poderia desencadear perturbações nutritivas e digestivas. Porém, nos casos em que tivemos a oportunidade de excluir o ácido em crianças mais idosas, nenhuma anormalidade surgiu. Para as crianças menores e principalmente durante os meses de verão, a retirada do ácido deve ser evitada, por isso que podem aparecer perturbações nutritivas com a administração do leite de vaca não modificado.

Enfim, as crianças submetidas à alimentação artificial com leite acidificado pelo ácido láctico são tranquilas, bem humoradas, apresentando coloração e turgescência dos tecidos ótimas.

Como vimos no esquema acima, são em número de 26 os casos em que não deu resultado o emprego do leite de MARRIOT. Em algumas crianças não houve modificação favorável na curva ponderal, outras reagiram com perturbações digestivas e nutritivas (vômitos, cólicas, diarreias, dispepsias, etc), todas as vezes que tentavamos a sua administração e, por último, casos existem de crianças que não toleram o gosto ácido, principalmente após os 6 meses de idade. Contudo, é necessário levar em consideração o baixo nível cultural das mães que frequentam o nosso Serviço, daí surgindo a falta de cuidados com a limpeza do material utilizado na fórmula e a não observância das regras de preparação do leite ácido. De resto, queremos salientar que o leite acidificado com ácido láctico não é ainda a solução definitiva do complexo problema da alimentação artificial.

2) — *Debeis e prematuros*

Ao lado da respiração e aquecimento, a alimentação constitue um dos cuidados especiais que se deve dispensar aos latentes debeis e prematuros. Incontestavelmente, o leite materno é o mais indicado para a alimentação destas crianças; todavia, quando fatores outros intervêm e for necessária a administração de um alimento artificial, devemos lançar mão do leite acidificado com ácido láctico que, sendo dotado de alto valor energético, é capaz de assegurar ao pequeno ser, debilitado funcionalmente, a quantidade de calorías que exige para o seu crescimento.

O seguinte quadro mostra os resultados obtidos com o leite acidificado em 28 casos:

Alimentação	Sucessos	Insucessos	TOTAL
Mixta	14	4	18
Exclusiva	8	2	10
TOTAL	22	6	28

As considerações que fizemos para as crianças normais em relação aos sucessos e insucessos do leite acidificado com ácido láctico, cabe perfeitamente aqui para os debeis e prematuros.

Injeções Indolores
de
MERCURIO-GYCEROLIOSO-ACONITATO
PHOSPHARGYRIO
A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injeção diaria ou em dias alternados.
Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

Obstrução intestinal por vermes

A propósito de 3 casos

Trabalho feito na 26.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Alhos Pereira Grande

Médico interno do Hospital Sanatório Belém
Assistente da 26.^a Enfermaria

Longe de nós está a veleidade de querer apresentar um trabalho original. O que nos traz aqui é unicamente contribuir para um assunto já debatido em sessão anterior dessa Sociedade. Nossa única intenção é colaborar.

Trazemos 3 casos de nosso Serviço; o primeiro, operado em 18-9-1941 pelo Livre-Docente Dr. Cesar Avila; o segundo, pelo Dr. Flavio Valente em 6-2-1942; e o terceiro, por nós, em 20-7-1942.

1.º CASO

S. R. com 6 anos de idade, branca, do sexo feminino, brasileira, residente nesta Capital. Baixou em 18-9-1941 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito n.º 17. Papeleta n.º 10.257.

ANAMNESE

Anterior: Nega qualquer passado mórbido anterior.

Hereditário e colateral: Nada que chame a atenção.

Atual: Informa a acompanhante da pequena, que ha uma semana vem ela se queixando de dor no lado direito do abdome. Na noite anterior vomitára muito tendo até expellido sangue junto com o vômito. A dor no ventre se exacerbou. Tomou então uma limonada purgativa, tendo piorado. Acusa muita sede.

Tratamento e operação: Foi feita a incisão de Jalaguier e explorado o intestino. Abertura da ampola cecal, com prévia bolsa com fio de seda, retirada de ascaris lumbricoides que determinavam obstrução intestinal. Fechamento da bolsa. Foram derramados sobre o intestino 200 cc. de eter sulfurico.

Operador: Livre-Docente Dr. Cesar Avila.

Auxiliar: Interno Ddo. Flavio Valente.

Anestesia: Geral, pelo Balsoformio.

Alta: Curado, em 22-10-1941.

2.º CASO

M. B. R. com 11 anos, branco, do sexo masculino, brasileiro, residente nesta Capital. Baixou em 6-2-1942 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito número 8. Papeleta número 1.665.

ANAMNESE

Anterior: Nada consta na observação.

Hereditário e colateral: Nada que interesse no caso.

Atual: Ha um mez apresentou dor na fossa iliaca D. e vômitos que passaram após um dia. De ontem (5-2-42) para cá, vem sentindo novamente dor forte, nauseas e vômitos. Foi feita uma lavagem intestinal.

Exame: Dor espontanea e à palpação, na fossa iliaca D. Manobras de Rousing e Blumberg negativas. Dor no ponto de Mac Boney.

Tratamento e operação: Incisão transversa. Aberto o peritônio, saiu grande quantidade de líquido seroso. Appendicectomia difícil por causa de grande número de aderências. Obstrução do intestino delgado por ascaris lumbricoides. Abertura do intestino, retirada dos ascaris, sutura em bolsa. Foi posto soro contra a peritonite na abertura operatória. Reconstituição da parede.

Operador: Dr. Flavio Valente.

Auxiliar: Dr. Behar.

Anestesia: Balsoformio.

Após a operação foram injetados 10 cc. de soro contra a peritonite, soro glicosado isotônico 250 cc e uma ampola de Cardiazol-Efedrina.

Alta: Curado, em 20-2-42.

Esses dois primeiros casos estão com observações incompletas, em vista da falta de dados existentes nas respectivas papeletas.

3.º CASO

V. S. com 11 anos, branco, brasileiro, do sexo masculino, residente neste Município. Baixou em 20-7-1942 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito número 2. Papeleta número 8603.

ANAMNESE

Anterior: Sofre de colite. Foi amidalectomizado.

Hereditário e colateral: Pais: vivos e fortes. Irmãos: 2, sadios. Avós: falecidos, ignora a causa.

Atual: Está doente ha 8 horas. Seus males surgiram repentinamente, sem causa explicavel, pois na vespera ainda fora a um aniversário onde se detivera em companhia de outras crianças até a meia-noite, tendo comido regular quantidade de doces e tomado licores (causa de seus padecimentos — segundo a mãe do pequeno). Apareceram, inicialmente, dores intensas na fossa iliaca D, dores finas e contínuas. Logo, a seguir, surgiram vômitos alimentares. Como o pequeno não melhorasse,

foi chamado um médico que diagnosticou apendicite aguda, fazendo indicação operatória imediata. Solicitado o concurso da A.P.M., foi imediatamente trazido à S. C. M., onde tivemos oportunidade de examiná-lo e operá-lo. É preciso que se diga, que o diagnóstico feito por nós e por outros colegas que examinaram o doentinho, foi de apendicite aguda. O exame do paciente nos mostrava taquicardia, taquisfigmia e taquipnea; de sua temperatura não me posso lembrar (não foi registrada na papeleta). O ventre apresentava forte resistência muscular à palpação que exacerbava as dores espontâneas, decorrendo daí, que as manobras e sinais clássicos pesquisados ao nível do abdome ficassem com os seus valores praticamente nulos. Em vista do caso, da concordância de diagnóstico e da informação dos pais, de que cada hora que passava agravava o estado do filho, resolvemos intervir.

Ato cirúrgico: Abertura do ventre por incisão de Roux. Aberto o peritônio, deu saída a bastante líquido seroso. Exatamente sob a nossa incisão se achava uma alça de intestino delgado de cor vermelho negra. Naturalmente fomos explorá-la, tentando a sua exteriorização por meio de uma pinça anatômica. Mas ao fazermos leve tração sobre a pinça, vimos a túnica serosa da alça, se ir destacando. Abandonamos a pinça, e recorremos à tração com a mão, protegendo a alça com uma gaze. Conseguimos o que queríamos, exteriorizamos a alça, tendo a gaze deixado a sua impressão sobre a serosa. Pelo tato já havíamos concluído do que se tratava... obstrução por vermes, ao nível do intestino delgado. Fizemos previamente uma sutura em bolsa, e incisamos a parede intestinal, não sem primeiro proteger o campo operatório. Por meio de uma pinça, retiramos regular quantidade de ascaris lumbricoides, a grande maioria mortos e vários vivos. Fechamos a bolsa, invaginando assim o orifício da parede do intestino. Lavamos a alça com éter, tendo esta reagido mudando a tonalidade da cor, em vista disso resolvemos não resecá-la. Retiramos as compressas protetoras do campo operatório e trocamos de luvas. Retocamos a serosa rompida. Fomos a procura do apendicite. Não foi difícil localizar o cecum que se achava logo abaixo da alça obstruída, e retiramos o apendice, macroscopicamente normal. Ligamos o coto apendicular e não o sepultamos. Colocamos, a seguir, um tubo de Stopton peritornial na cavidade, suturamos a parede por planos, sem deixar dreno.

Operador: Dr. Athos Pereira Granja.

Auxiliar: Ddo. Diniz.

Anestesia: Balsoformio — Ddo. Tognochi.

Post-Operatório: Logo após a operação foram feitas injeções de Cardiazol e Adrenocortican. Mais tarde, foi feito soro glicosado isotônico — 250 cc, 2 ampolas de Extrato hepático e uma ampola de Streptoclase.

2.º dia — Soro glicosado — 250 cc. Insulina — 5U. Extrato hepático — duas ampolas. Rubiazol — 6 comps. Adrenocortican — uma ampola.

3.º dia — Soro glicosado — 250 cc. Insulina — 5U. Extrato hepático — duas ampolas. Streptoclase — uma ampola. Rubiazol — 4 comps. Adrenocortican — uma ampola.

4.º dia — Rubiazol — 4 comps. Extrato hepático — duas ampolas.

— Como apresentasse diarréa, foi dado Sinuberase — 3 comps. por dia.

5.º dia — Idêntico ao anterior.

6.º dia — Rubiazol — 2 comps. Extrato hepático — uma ampola. Sinuberase — 2 comps.

7.º dia — Idêntico ao anterior.

8.º dia — Extrato hepático — uma ampola.

— Foram retirados os pontos. Cicatrização por primeira intenção.

9.º dia — Extrato hepático — uma ampola.

— Curativo: Nada de anormal.

10.º dia — Alta.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Não é de causar admiração o aparecimento de casos como os que acabamos de relatar. O que se deve extranhar é que não apareçam mais indivíduos com a crise clássica de ventre agudo, onde se irão encontrar os novelos de vermes obstruindo a luz intestinal.

Em estudo feito sobre a incidência da verminose nas escolas públicas de Porto Alegre, o nosso colega Dr. Rubens Mena Barreto Costa chegou a determinar infestações, em certos collegios, em 63,5% das crianças neles matriculadas. Em referência ao interior do Estado, cremos que a incidência da verminose não deve ser menor. Examinando fezes de escolares dos municípios de Santo Antônio da Patrulha e Ozorio, o Prof. Raul di Primio encontrou uma percentagem de infestação igual a 100%.

Foi com grande dificuldade que encontramos alguma literatura a respeito de obstrução intestinal por vermes.

Os sintomas que estes casos apresentam são os do ventre agudo, mais ou menos intensos, conforme a hora em que atendemos o doente, tardiamente ou logo no início da crise.

O que inicia a crise é a dor, especialmente a dor que o doente localisa ao redor da cicatriz umbelical, à qual alguns autores dão muito valor diagnóstico. Esta dor irradia, geralmente, para a fossa iliaca D, onde se localisa. Daí decorrem os erros de diagnósticos com as apendicites agudas. No entretanto, Pavlovsky, nos dá um caráter diferencial — nas apendicites agudas ha hiperpirexia, ao passo que na obstrução verminótica não ha.

Outro sintoma que logo surge é o vômito, sintoma importante, inicialmente alimentar, finaliza por se apresentar fecaloide em fases adeantadas da crise.

Temos tambem a parada da expulsão de fezes e gazes, o que, como diz Mondor, é o principal motivo para urgente socorro cirúrgico.

O timpanismo e maciszez nos dará a percussão, como poderoso subsídio para o diagnóstico topográfico, constatando as zonas que normalmente seriam sonóras, nos facilitando a conclusão da existência de líquido ou alça distendida, dura, dolorosa, compacta, com saliências e depressões, a localisar com precisão a séde verdadeira, única ou múltipla do obstaculo mecânico.

Completando o exame, o toque retal e vaginal nos darão informes precisos, nos permitindo despistar várias entidades mórbidas semelhantes, com as quais é necessário fazer diagnóstico diferencial.

Quando apesar de todos estes recursos de exploração, aparecidos e interpretados conscienciosamente nos seus resultados não se viér a obter um diagnóstico positivo, teremos que intervir em laparotomia exploradora ou observar o caso.

Relembrando as palavras de Pavlosky, que diz ser a intervenção tardia, em geral, a causa de morte que tanto pesa na estatística dos operados por crises agudas abdominais, preferimos intervir imediatamente, em nosso caso. A expectativa só nos poderia ter prejudicado o doente, pois a alça intestinal cheia de ascaris estava tendendo à necrose; si, pois tivéssemos intervindo mais tarde, iríamos ter que ressecar um segmento do intestino e as probabilidades de cura estariam reduzidas de 25%, talvez mais até.

Tem grande interesse neste assunto uma série de sinais que não será de mais serem lembrados:

1.º — Sinal de Roman — Hipertrofia das papilas linguais contrastando com a cor branca da saburra da língua.

2.º — Sinal de Brugéas — Dispepsia, cólicas secas periumbelicais, fermentações e catarro intestinais, nos antecedentes.

3.º — Sinais nervosos — Asténia, irritabilidade, depressão, prurido.

O novelo de vermes age de duas maneiras: Por ação mecânica e por ação toxico-irritativa, o que provoca sobre o intestino uma contratura espasmodica do segmento atingido (irritação de extremidades nervosas), dando também manifestações à distância, como sejam, fenômenos de irritação peritoniais.

Pavlovsky julga muito graves estes casos e acusa a sua menor frequência nos adultos, dizendo ser até bastante comum entre as crianças. Traz dois casos tirados da monografia de Ruiz Moreno, que determinaram pela morte de duas patientezinhas de 3 anos de idade.

Recomenda que se opere as obstruções por vermes, dizendo que ha mais risco na tentativa de eliminação pelas vias naturais do que efetuar uma laparotomia precóce, deixando para posteriormente tratar de eliminar os outros parasitas.

Era esta a comunicação que tínhamos a fazer a essa Casa, visando unicamente um fim, como inicialmente dissemos — COLABORAR.

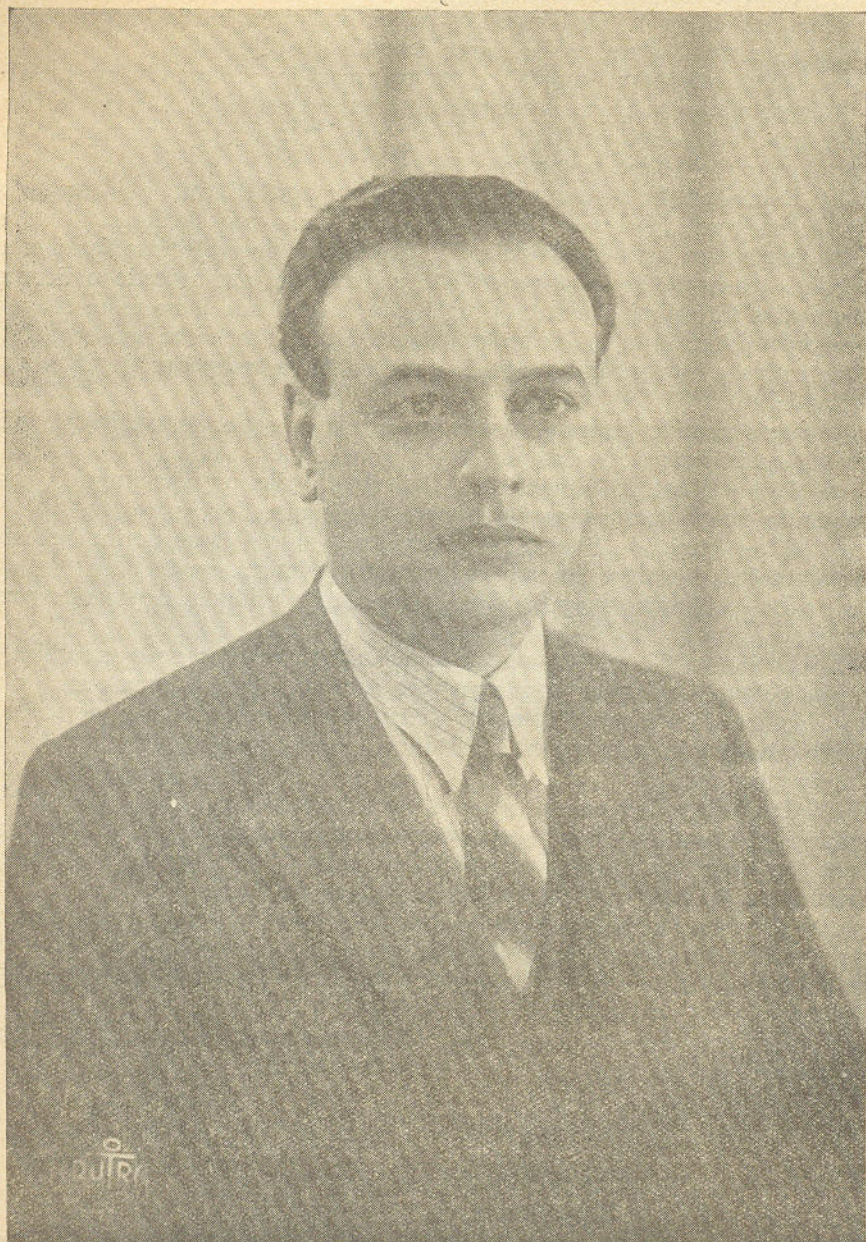
BIBLIOGRAFIA

E. Fongue — Compêndio de Patologia Externa.

A. J. Pavlosky — Abdomen agudo cirúrgico.

Dr. Alipio Pernet — Oclusões intestinais por ascaris lumbricoides — Hora Médica.

Dr. Rubens Mena Barreto Costa — A incidência da verminose nas escolas públicas de Porto Alegre — C.A.M.
Porto Alegre, Outubro de 1942.



DR. HUGO PINTO RIBEIRO

Sociedade de Medicina

DISCURSO PROFERIDO PELO PROF. ALVARO BARCELOS FERREIRA AO SER INAUGURADO O RETRATO DO DR. HUGO P. RIBEIRO NA GALERIA DOS PRESIDENTES DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

"Meus Senhores

"Reunimo-nos hoje, em sessão extraordinária para cultuar a memória de um amigo querido, o Dr. Hugo Pinto Ribeiro.

A Sociedade de Medicina por três vezes, em poucos dias, cobriu-se de luto e viu-se privada de grandes vultos da Medicina riograndense.

Hugo Pinto Ribeiro foi, acima de tudo, um médico, um grande médico. Destacou-se sempre, onde quer que exercesse sua atividade.

Como clínico, foi um vencedor, e na especialidade que escolheu alcançou um prestígio e um renome poucas vezes igualado. Ninguém como ele para descobrir e reconhecer as alterações cutâneas; para ele não tinha segredo este sistema orgânico complexo; ele lia com facilidade o abito das lesões da pele. Clínico, porém, acima de tudo, ele não era um obsecado da sua especialidade, mas sabia — e muito bem — que a pele faz parte do conjunto orgânico e nunca perdeu de vista o todo na análise da parte. Sem ser professor, ensinou, criou escola e deixou discípulos que o honram.

Como funcionário-médico foi exemplar, cumpridor de seus deveres e, até os últimos dias de sua vida, se o via subindo, embóra, já com alguma dificuldade, os degraus de sua Repartição.

Aqui na Sociedade, destacou-se sempre como um dos mais assíduos e produtivos.

Por reconhecer o seu valor é que nós o elegemos o ano passado para dirigir os destinos desta Casa. E ele o fez como fazia tudo, com perfeição e superioridade. Trabalhou quasi até o último sopro. Pouco antes do seu fim, ele queria ainda organizar uma sessão especial de dermatologia. Seus clientes o tiveram até as vésperas de morrer. Pressentindo que sua vida seria curta, Hugo viveu intensamente os seus últimos anos. Quiz despedir-se deste mundo, deixando um grande exemplo. E dignificou o nosso meio médico no Rio, em Montevideu e Buenos Aires.

Morreu moço, em plena atividade e em plena posse de suas faculdades intellectuais. Não se extinguiu lenta e progressivamente, mas caiu de súbito, derrubado por uma onda de sangue que invadiu seu cérebro lúcido e brilhante.

Inaugurando o seu retrato na nossa galeria de Presidentes, eu o faço comovido e cheio de pezar, convencido de que ele também, não nos

abandonará, mas continuará ainda a vir aqui todas as vezes que estivermos reunidos. E, assim como Ygartua, seu espírito estará presente a ajudar-nos e a encorajar-nos”.

PALAVRAS PROFERIDAS PELO PROF. ALVARO BARCELOS
FERREIRA, POR OCASIÃO DO SEPULTAMENTO DO
DR. HUGO P. RIBEIRO

”Em trinta dias, a Sociedade de Medicina vem, pela terceira vez, despedir-se de um consócio.

Ontem foi o Ygartua, hoje pela manhã o Castro, agora é o Hugo.

Deus nos tem dado uma muito grande provação. Nós já não temos mais lágrimas. Só um pesar profundo e uma saudade imensa. Hugo, tú foste um dos grandes esteios da nossa sociedade. Durante anos e anos, tú sempre lá estavas a trabalhar, a apresentar casos, a discutir e a estudar. No ano passado foste o nosso Presidente. Com teu espírito empreendedor, lúcido e brilhante, deste um grande impulso à Sociedade. Parece que nós advinhamos que o teu fim estava próximo e, te elegendo para dirigir os destinos de nossa associação, quizemos mostrar-te quanto valias e o quanto representavas para nós. Nunca mais serás esquecido.

Eu, que durante muitos anos, convivi intimamente contigo, posso dizer como eras culto, posso afirmar como eras bom.

Sofreste mais, muito mais que os outros. Porque sabias do teu estado, reconhecias o teu mal, tinhas certeza do teu próximo fim. E, no entanto, nunca te entregaste ao desanimo, ao desespero, e à revolta. Mas sempre para a frente, estudaste e trabalhaste quasi até o último instante. Procuravas dar aos outros, aos teus doentes, àqueles que te procuravam, o consolo, o carinho e o conforto que te eram negados. Tu que não tinhas cura, curaste muita gente.

A tua força, a tua paciência vinham de Deus.

Porque acreditavas, foste sempre o mesmo até a morte. A morte para ti era a esperança de uma nova vida. Entraste, agora, nesta senda. Que o teu corpo descance em paz e que tua alma paire serena na felicidade eterna”.

INAUGURADO NO INSTITUTO PASTEUR DESTA CAPITAL, O
RETRATO DO EX-PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE MEDI-
CINA DE PORTO ALEGRE

Discurso do Dr. J. Maya Faillace:

Na séde do Serviço de Profilaxia da Raiva do Departamento Estadual de Saúde (Instituto Pasteur de Porto Alegre), realizou-se em 10 de setembro de 1941 a inauguração do retrato do Dr. Hugo Pinto Ribeiro, ex-enefe daquele serviço e falecido nesta capital em agosto do mesmo ano.

Durante o ato, que teve o comparecimento do Dr. Bonifacio Costa, diretor geral do D.E.S., do prof. Alvaro Barcelos Ferreira, presidente da Sociedade de Medicina, de grande número de colegas e de membros da família do Dr. Hugo Ribeiro, usou da palavra o Dr. J. Maya Fail-

lace, diretor da Divisão de Laboratórios do Departamento E. de Saúde e presidente da Sociedade de Higiene, que proferiu o seguinte discurso:

"Sr. Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde
Sr. Presidente da Sociedade de Medicina

Meus senhores.

Não é, por certo, apenas um gesto de amizade o sentimento que nos reúne aqui para prestar esta singela homenagem à memória do nosso saudoso colega Hugo Pinto Ribeiro.

Embora fortes os laços afetivos que a ele nos ligavam, alicerçados pelo convívio diuturno de tantos anos e pelo cavalheirismo do seu proceder para com todos os companheiros de trabalho, do mais graduado ao mais humilde, outros motivos, sem dúvida, explicam a perpetuação da efígie do nosso digno colega em uma das seções dos serviços de saúde do Estado. Tal iniciativa, que significa a consagração pública do mérito, só é legítima e se justifica quando a personalidade, assim homenageada, é digna de ser apontada como exemplo aos vindouros.

Clínico de atitudes retilíneas, atento aos ditames da ética hipocrática, Hugo Ribeiro conquistou, pelo trabalho e inteligência, lugar proeminente nos vários setores de sua atividade profissional. E não obstante haver desaparecido prematuramente, pode ser considerado, sem favor, como um dos vultos exponenciais da medicina riograndense. O Serviço de Dermatologia e Sifilografia (mulheres) que dirigia na Santa Casa de Porto Alegre, era um dos mais frequentados pelos estudiosos da especialidade, que tinham em Hugo Ribeiro um guia devotado e proficiente. Sua reputação em dermatosifilografia não se limitava ao nosso Estado. Os trabalhos originais que produziu, revelando apurado senso clínico, tornaram-lhe conhecido o nome até fora das fronteiras do Brasil. Um deles, "Alopecia marginal traumática", mereceu, não há muito, a rara distinção de ser publicado, na íntegra, nos "Annales de Dermatologie et de Siphilografie", de Paris, e as mais honrosas referências do Prof. Pedro Baliña, da Universidade de Buenos Aires.

Nos últimos meses de vida, embora conciente da marcha inexorável do mal que o avassalára, continuava com estoicismo a realizar pesquisas de elevado interesse científico, — pesquisas que tive o prazer de acompanhar, dia por dia, — visando a caracterização de uma nova modalidade de Piedra, vislumbrada ao examinar dois pacientes moradores nesta Capital.

Teve a grande ventura de vê-las coroadas de êxito, porquanto, poucas semanas antes de falecer, recebeu a notícia de que o Prof. Olímpio da Fonseca e seus assistentes haviam confirmado integralmente suas observações, dando à nova modalidade clínica o nome de *Trichomycose nodular de Ribeiro* e ao respectivo agente causal o de *Trichosporon Ribeiroi*, como homenagem a quem teve a prioridade da descoberta. Si outros motivos porventura não existissem, bastaria essa constatação para assegurar ao nosso colega memória duradoura não somente no campo da nosologia regional como, ainda, no âmbito mais vasto do estudo das ciências biológicas.

A atuação de Hugo Ribeiro nos serviços de saúde do Estado, iniciou-se, com brilhantismo, em 1921, quando, submetendo-se a concurso para médico auxiliar da antiga Diretoria de Higiene, conquistou o 2.º lugar, havendo obtido o 1.º o já professor Fernando de Freitas e Castro, cujo nome pronuncio com saudade e veneração, sentimentos que, estou certo, também animam a todos os presentes, colegas, amigos ou discípulos desse outro nosso inolvidável companheiro de trabalho.

Relevantes foram os serviços que, desde logo, Hugo Ribeiro prestou à coletividade no combate à endemia de peste que então assolava nossa capital e vários municípios do interior. O que foi esse tenebroso período, felizmente já longínquo, as dificuldades e lutas dos técnicos incumbidos da preservação da saúde pública, só as poderão avaliar os que conhecem a gravidade daquela doença pestilencial e não ignoram a precariedade dos recursos de que dispunha, naquela época, o aparelhamento sanitário do Estado. Em seguida, o nosso pranteado colega continuou a desempenhar, com inalterável correção e alto senso de responsabilidade, todos os encargos que lhe foram cometidos, inclusive o último, o da direção desta casa, cujos funcionários, por certo, zelarão com respeito e carinho, a imagem do chefe justo e compreensivo que não abandonou o posto que lhe fôra confiado, trabalhando serenamente, embora sua clara intuição percebesse os prenúncios do fim que se aproximava com rapidez.

Instado pela clientela seleta que o procurava e já combalido pela moléstia, Hugo Ribeiro, nos últimos tempos, nem sempre pôde dedicar ao Departamento a atividade que, em outras circunstâncias, seria ele capaz. Entretanto, sempre contamos com o seu valioso apóio em todas as oportunidades em que se fazia mister colocar ao serviço do Departamento de Saúde a sua incontestável influência nos círculos médico-sociais de Porto Alegre e do País. Representou-o com brilho na 1.ª Conferência Nacional de combate à Sífilis, exerceu o cargo de vice-presidente da Sociedade de Higiene, por várias vezes animou com sabedoria suas reuniões e, quando na direção da tradicional e prestigiosa Sociedade de Medicina de Porto Alegre, contribuiu poderosamente para estreitar o intercâmbio científico dessas duas entidades. Concorreu assim, com eficiência, para o aprimoramento da cultura e para a comunhão espiritual da classe médica riograndense.

Funcionário íntegro e capaz, dermatologista de renome, pesquisador de reputação firmada, legítimo expoente de sua classe, o nosso saudoso companheiro, portanto, serviu com dignidade a terra que lhe foi o berço, e bem mereceu esta justa e sincera consagração à sua memória”.

Sociedade de Medicina de Porto Alegre

RELATORIO DA DIRETORIA - EXERCÍCIO DE 1941

Presados consócios.

Em obediencia ao nosso regulamento, venho apresentar-vos o relatório das atividades da Sociedade de Medicina no ano de 1941.

O Sr. Secretário Geral nos apresentou a seguinte resenha:

Realisamos no ano que passou 28 sessões, às quais compareceram 820 sócios, dando, assim, uma média de 30 presença por sessão. Foram, nestas sessões apresentados os seguintes trabalhos, todos de valor e extremamente interessantes: — T. Mariante: A noite do cardíaco. — N. Neves da Silva: Diagnóstico cultural da difteria. — N. Marsiaj: Importancia da acalásia em patologia digestiva. — G. Gerbase: Contribuição ao tratamento das tinhas tonsurantes. — F. Ygartua, M. C. Mariano da Rocha, M. G. Maia: Bócio coloide familiar com um caso de mixedema e enfermidade de Calvé-Legg-Perthes. — J. C. Borba Lupi: Pneumotorax espontaneo. Considerações em torno de um caso clínico. — M. A. Brasil: Vacinação anti-diférica. — D. T. Claussel, E. Campos, H. Medina: Granuloma coccidioídico. 1.º caso observado no Brasil. — J. Gerbase: Lupus eritematoso da face. Úlcera de Ducrey extra-genital. Doença de Recklinghausen. — W. Niemeyer: T. B. C. Ocular e suas relações com a T. B. C. pulmonar. — T. W. Souza: Polipeptides. — M. L. Gonçalves: Determinação experimental do sexo. — E. J. Kanan: Tratamento da osteomielite aguda pela ressecção subperiosteia. — A. Schroeder: Síndrome de Cushing. — D. T. Claussel: Considerações gerais sobre a etiopatogenia da doença de Weil e descrição do leptospira. — J. M. Faillace, N. Neves da Silva: Peculiaridades de inoculação e cultura da leptospira ictero-hemorrágico Inada e Ido, 1914. — C. V. Cunha, H. Medina: Anátomo-patologia da leptospirose. — S. Gonzales: Cancer gástrico. — D. S. Souza: Tratamento da coréa pela eletropirexia. — S. Gonzales: Causalgia epigástrica. — M. Barroso: Esteriorização esteto-acústica e complemento da lesão mitral. — C. O. Lopes: Diâmetros cardíacos. — C. Avila: Úlcera duodenal. — A. B. Ferreira: Considerações em torno de um caso de caquexia de Simonds. — D. Costa: Tumores cerebrais. — M. M. Rosa: Sobre um caso de estenose da pulmonar. — S. Gonzales: Radiologia gástrica.

Temos a assinalar a visita de grandes vultos da Medicina brasileira e uruguaia, que abrilhantaram nossas sessões com conferencias e comunicações. Assim, tivemos entre nós, os Profs. Alejandro Schroeder, Victor A. Ugón e Nicolás Coubarrére, do Uruguai; Leuzzi, de S. Paulo; Domingos G. da Costa, do Rio e Moacir Barroso, de Uruguaiana. Queremos ressaltar a regularidade com que funcionou a Sociedade de Medicina, realizando todas as sessões regulamentares e, sendo até obrigada

a convocar sessões extraordinárias. Foi tal o número de consócios que desejavam apresentar trabalhos, que as últimas sessões do ano foram semanais, em vés de quinzenais, como de hábito.

Foram criadas duas novas Secções na Sociedade de Medicina: a Secção de Cardiologia e a Secção de Eletro-radiologia. Para a presidência da primeira foi eleito o Prof. Aurelio Py e para a da segunda o Dr. Nestor Barbosa.

O Sr. Tesoureiro nos forneceu o seguinte balancete:

BALANÇO DE CAIXA ENCERRADO EM 31-12-1941

Saldo de Dezembro de 1940	166,50
" " Abril de 1940	94,80
Mensalidades recebidas	10.060,00
Produto das Apólices Estaduais	1.650,00
" " Municipais Porto Alegre	2.300,00
	14.271,30

Comissão de cobrança	1.006,00
Ordenados	5.040,00
Alugueis	3.000,00
Assinatura da Caixa Postal	72,00
Expediente	606,00
Concerto de Luz	59,50
Correio do Povo e Diario de Noticias	147,50
Caixa para Negatoscopio	200,00
Homenages (Corôas) Drs. F. Ygartua, H. Ribeiro, F. Castro e F. Pena	210,00
Eletric Charleroy	600,00
Balduino Klein	2.000,00
Olavo Dutra	1.300,00
Dinheiro em Caixa	30,30
	14.271,30

Pôrto Alegre, 31 de Dezembro de 1941.

Dr. Alvaro Barcelos Ferreira
Presidente

Dr. Antero Sarmiento
Tesoureiro

 RELAÇÃO DOS MOVEIS E UTENSILIOS EM 31-12-1941

	Cr\$
4 Armarios envidraçados e/portas de correr	460,80
2 " " " e/ " " "	184,30
2 " " " e/ " " abrir	221,20
3 Estantes para revistas	23,00
1 " " "	20,40
2 " " " e livros	63,10
2 Prateleiras	103,70
1 Armario Fichario	184,30
1 Placa de Esmalte (Biblioteca)	46,10
1 " " " (Entrada)	14,10
2 Arquivos de metal para fichas	112,00
1 Escrivaninha	64,50
1 Maquina Remington	299,50
1 " Triumph	665,60
1 Meza para maquina	39,00
1 Retrato Prof. Sarmiento Leite	115,20
1 Tela para projeções	41,40
1 Vara para demonstrações	2,10
20 Poltronas	1.300,00
5 " giratórias	500,00
1 Aparelho Negatoscópio	1.000,00
1 " para projeções	5.000,00
1 Balcão para a Diretoria	2.000,00
Instalação Eletrica	1.007,00
Galeria de Retratos dos Presidentes	1.300,00
	14.767,30
Depreciação de 10%	1.476,70
	Cr\$ 13.290,60

Pôrto Alegre, 31 de Dezembro de 1941.

Dr. Alvaro Barcelos Ferreira
Presidente

Dr. Antero Sarmiento
Tesorero

 PATRIMONIO EM 31-12-1941

Moveis & Utensilios	13.290,60
Mensalidades à receber	1.470,00
Biblioteca	3.000,00
Deposito no Banco Pfeiffer S. A.	147,00
" " " da Província	58,60
Dinheiro em Caixa	30,00
	Cr ^a 17.996,50

Pôrto Alegre, 31 de Dezembro de 1941.

Dr. Alvaro Barcelos Ferreira
Presidente

Dr. Antero Sarmiento
Tesorero

Quanto à nossa revista, os "ARQUIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA", publicou os seguintes trabalhos: O. Hampe: Estruturas laringo traqueias post-diftéricas. — C. Carone: Dos modernos métodos de verificação da idade. — I. Corrêa Meyer: Estrias angioides da retina. — E. J. Kanan: Sobre um caso de doença de Osgood-Schlatter. — R. Beltrão: Segundo caso agudo de moléstia de Chagas no Rio Grande do Sul. — L. Machado: Distribuição geográfica da lepra no R. G. S., em 1939; — C. Carone: O sol a água e o homem. — A. Louzada: Sobre o índice de nutrição Pelidisi. — C. O. Lopes: Valor dos diâmetros em radiologia cardiovascular. — I. Corrêa Meyer: Manifestações oculares dos distúrbios do metabolismo - Dislipídioses. — L. A. Osório: Tratamento da oftalmia dos recém-nascidos pela sulfanilamida. — A. B. Ferreira: Abaulamento espiratório. — R. Maciel: Nefropatias unilaterais hipertensivas. — J. C. Borba Lupi: Seguro contra a Tuberculose. — N. Flôres: Observação de um caso de granuloma ulceroso tropical. — M. Bernd: Caroteno e tuberculose. — C. Carone: A força nervosa. — I. Corrêa Meyer: Nevus da face, glaucoma e calcificações cerebrais — Facomatoses. — J. C. G. Silveira: Tratamento cirúrgico das pelviperitonites. — O. C. Barcelos: Estudo comparativo entre sedimentação globular, reação de Weltmann e prova da resistividade vital na tuberculose pulmonar. — N. N. Silva: Diagnóstico da tuberculose pelo exame cultura. — O. Marsiaj: Contribuição ao estudo da historosalpingografia em clínica obstétrica. — L. Machado: A epidemia de espiroquetose na cidade de P. Alegre, em 1941. — O. Marsiaj: Algumas considerações sobre a cesariana segmentar. — O. C. Barcelos: Incidência da cisticercose, equinococose, e tuberculose nos suínos verificada pela inspeção sanitária federal em P. Alegre.

Houve, em consequência do novo decreto federal, que regula a publicação de revistas médicas, uma certa irregularidade no aparecimento dos Arquivos, que foi entretanto sanada, na medida do possível.

Pagou a Sociedade de Medicina no ano de 1941 um pesado tributo, pois teve a grande infelicidade de perder três dos seus mais destacados membros, os Drs. Florencio Ygartua, Hugo Ribeiro e Fernandes Peña.

Aos dois primeiros, antigos presidentes desta Sociedade, prestou a Diretoria, significativas homenagens realizando sessões especiais em homenagem às suas memórias.

Às famílias dos ilustres mortos enviou a Sociedade de Medicina suas condolências, fazendo-se representar nos atos fúnebres.

Antes de encerrar esta exposição, desejo expressar vivamente o agradecimento da Sociedade de Medicina aos Srs. Almanzor Alves e Fernando Alves, pela dedicação e proficiência com que colaboraram no bom andamento dos nossos trabalhos. Destaco principalmente a atividade do Sr. Almanzor Alves à frente dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina".

Eis, presados consócios, em síntese, o que fez o como se encontra a Sociedade de Medicina.

Prof. Alvaro Barcelos Ferreira

Presidente

IODOBISMAN

DOSE PRIMITIVA (0,03 bi metal),
DOSE DUPLA (0,06 bi metal) e INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALESCENTES

ESTERES MARRUICO e CHALUMOGRICO SUPERSATURADOS de LIPÍDIOS TOTAIS do CEREBRO

LITERATURA e AMOSTRAS a DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA DO ROSÁRIO, 150
RIO DE JANEIRO

S. PAULO - Soc. Dist. de Prod. Farm. Ltda.

Rua da Liberdade, 1041
TEL. 7-3614

DEXTROSOL

(Glucose-d)

"O Sol de Novas Energias"

Solicite amostras à:

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA 2972 * CAIXA 748 * CAIXA 638 * CAIXA 3421
SÃO PAULO * P. ALEGRE * RECIFE * RIO



Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o

Café 35

do
famoso

Café Nacional

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vasosympa-
theticos, palpitações, insomnias,
dyspepsia nervosa.

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

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

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

Lab. ^{rio}Gross - Rio