

Archivos Rio Grandenses de Medicina

Órgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

PROF. MARTIM GOMES
Da Faculdade de Medicina

PROF. GUERRA BLESSMANN
Da Faculdade de Medicina

PROF. RAUL MOREIRA
Da Faculdade de Medicina

DIRECTOR: — **PROF. ARGYMIRO C. GALVÃO**
Da Faculdade de Medicina

Prof. OLINTO DE OLIVEIRA

Nem sempre temos ao nosso alcance motivo para as habituais considerações desta primeira página.

Hoje, sentimo-nos confortados, prestando, em singelas palavras, uma sincera homenagem ao eminentíssimo professor Olinto de Oliveira.

Achando-se presentemente em Paris aquelle illustre professor riograndense, há pouco tempo a imprensa local deu-nos a jubilosa notícia que, por proposta dos Professores Nobécourt e Marfan, grandes pediatras franceses, o Prof. Olinto de Oliveira fôr empossado na Sociedade de Pediatria de Paris, como seu membro efectivo.

Sentimo-nos em verdade orgulhosos em ver alvo de elevada

Valendo-se da última satisfação que invade a toda a classe médica riograndense, os Archivos Rio Grandenses de Medicina, pela segunda vez, prestam uma singela homenagem ao Prof. Olinto de Oliveira, o eminentíssimo médico que melhor tem reunido as sublimes qualidades que significam o homem na vida.

Nós que tanto lhe devemos em exemplos e lições, aqui, individualmente e em função do cargo que ocupamos no Órgão Oficial da Sociedade de Medicina, deixamos assinaladas as nossas saudações e a nossa veneração pelo seu valor científico e pela sua grandeza moral.



distinção, nos centros científicos estrangeiros, o illustre scientistista que por tantos anos iluminou com o seu saber a cathedra de Pediatria da nossa Faculdade de Medicina; ufano-nos em ver dignificado no grande centro científico francês, quem durante longos anos, em nosso meio, tanto nobilitou a scienza médica riograndense, no puro, elevado e inegualável exercicio da clínica; sentimo-nos plenos de orgulho, por ver na trajectória luminosa de uma vida sem jaça incarnada num homem que, dentro de si mesmo, como que guarda uma grandeza oculta, mais uma vez, graças a um valor pessoal, subir tão alto o prestígio da Medicina Nacional.

Diagnóstico e interpretação do pyocito urinário

Dr. Waldemar Castro

O presente artigo comporta o resultado de numerosas observações, cuidadosamente feitas, na prática diária de um exame, a cada momento, a cada instante, requisitados na clínica particular e hospitalar.

Quero me referir ao vulgarmente chamado exame communum de urina, que, a primeira impressão parece não oferecer dificuldades, tanto de ordem technica como de ordem interpretativa, mas que na realidade, não deixa de apresentar por vezes, alguns obstaculos, quer no que tange ao diagnóstico laboratorial, quer no que respeita á interpretação do mesmo.

Si o assumpto é banal e commun, nem por isso deixa de apresentar notável interesse, desde que se pretenda estudar e commentar alguns pontos, que, diariamente, estou certo, intervêm de modo capital na orientação clínica e na therapeutica e que a cada momento se nos depara na technica e no diagnóstico laboratoriaes. O tirocinio adquirido pela observação cuidadosa, na prática de certos exames laboratoriaes, nos tem orientado, muitas vezes, no exacto caminho do diagnóstico, caminho que a outro, a um neophito, p. exemplo, ofereceria multiplos obstaculos.

O diagnóstico microscópico do Pyocito urinário, p. exemplo, oferece algumas particularidades, merecedoras de cuidadoso estudo e meticulosa observação de nossa parte.

Não é tão facil e rudimentar, como vulgarmente se julga, o diagnóstico exacto dos elementos que concorrem para formação do Puz urinário, isto é, o diagnóstico dos Pyocitos urinários.

Digo, diagnóstico dos Pyocitos urinários e não diagnóstico de Pyocitos em geral, porque é, exactamente nesse líquido, onde normalmente se encontram, raros ou varios elementos leucocitarios, que a identificação d'aqueles elementos pathologicos oferece, por vezes, algumas dificuldades.

A existencia nas urinas normaes, de cellulas epitheliaes de descamação, ao la-

do de raros ou varios elementos leucocitarios, é de todos, por demais conhecida.

Castaingne chegou mesmo, a crear a designação de *Leucocituria histologica*, para bem frizar, que nas urinas normaes pode-se verificar a existencia de leucocitos normaes, integralmente constituídos e em numero bem apreciavel, desde que o liquido urinario não tenha soffrido alteração alguma, até o momento do exame, o que costuma suceder, quando se pratica o dito exame na urina recentemente emitida ou adicionada de uma substancia conservadora apropriada que affaste a sua decomposição.

Mas, infelizmente, o liquido urinario, mormente na estação quente, é susceptivel de rapida alteração, quando abandonado á temperatura ambiente, ou quando não adicionado de um antisепtico ou conservador.

Na estação quente são numerosas as urinas que entram nos laboratorios de analyses já em via de alteração, quando não, profundamente alteradas, facto que accarreta, sem duvida, algumas dificuldades para a technica laboratorial.

Com facilidade surgem, no seio da massa liquida, onde sobrenadam elementos cellulares integraes, modificações mais ou menos profundas, de ordem physica, chimica e biologica, ás quaes, a delicada estructura dos elementos cellulares não pode permanecer indiferente, e soffre desde logo fataes consequencias.

Os phenomenos que então se processam, quasi que simultaneamente, taes como, crystallisações, precipitações, decomposições, desenvolvimento abundante de bacterias, etc., actuam de modo rapido e violento sobre os elementos cellulares que ahi se encontram, alterando-lhes completamente a morphologia, as dimensões e a estructura da sua delicada massa protoplasmica e da sua não menos delicada chromatina nuclear.

E, si, n'uma primeira phase da alteração urinaria, conseguimos ainda perceber os elementos cellulares, ligeiramente

alterados, não será difficult apreciar, numa phase de adiantada decomposição do mesmo liquido, um verdadeiro desagregamento dos corpos cellulares ahi contidos, em virtude da accão conjunta, simultanea e intensa dos phenomenos physicos, chimicos e biologicos que então se processam.

Pelo que acabamos de relatar, vê-se, pois, quanto é facil a alteração dos elementos leucocitarios das urinas normaes, em virtude da alteração immediata do mesmo liquido. E estou certo, ninguem oussará affirmar, que os elementos leucocitarios alterados em tales condições, possam ser considerados como cellulas pyocitarias, isto é, como elementos que traduzem, pela sua simples presença, por si sós, um processo iuflammatario das vias urinarias.

E nesses casos, sem duvida, que se impõem com o mais absoluto rigor e elevado criterio scientificos, a adopção pelos technicos da exacta e correcta denominacão de Leucocitos alterados, e jamais a denominacão de Pyocitos, que certamente conduzirá o perito e mais o clinico, á um gravissimo erro de interpretação, qual seja o de affirmar a existencia, de um processo inflammatario das vias urinarias, nephrite, pyelite, cystite, urethrite ou outro, que de facto não existe ou nunca siquer tenha existido.

Affirmar, pois, a existencia de Pyocitos urinarios em casos dessa natureza, equivale a affirmar a existencia de 10% de pyelites, cystites ou urethritis que não existem de facto, o que corresponderá, no decurso de 10.000 exames, p. ex., a afirmar cerca de 1000 vezes, a falsa existencia de processo inflammatario das vias urinarias, visto que, 10% das urinas, mormente nos dias de calor, apresentam leucocitos alterados, que independem de qualquer factor pathologico, isto é, completamente estranhos a qualquer influencia morbida, mas que reconhecem, como unica e exclusiva causa, a alteração mais ou menos profunda do liquido urinario.

Somente, nos é dado, com toda segurança, affirmar microscopicamente, a presençia de Pyocitos urinarios, quando esses elementos se apresentam com certas e determinadas particularidades, de modo isolado ou em concomitancia com outros elementos, cujo valor merecem especial attenção.

No diagnostico do pyocito urinario, devemos bem apreciar, não somente a

Modificação estructural do protoplasma e do nucleo leucocitario, mas ainda, e sobretudo, a **Morphologia**, o **Tamanho**, o **Numero** e o **Modo de agrupamento** dos mesmos elementos, cumprindo jamais perder de vista a **descamação epithelial intensa**, a **cylindruria**, a **hematuria**, que ao lado, até mesmo de certos dados de **ordem chimica**, auxiliam vantajosamente o perito, no diagnostico exacto e criterioso do Pyocito urinario, isto é, na affirmativa cathegorica, da existencia de processo inflammatario das vias urinarias.

Mas, si ha casos, em que a profunda degeneração granulo-gordurosa do protoplasma e do nucleo, ao lado do accentuado augmento de volume dos elementos leucocitarios da urina, constituindo os chamados corpuseulos ou cellulas typicas de Klüge, permitem affirmar de modo seguro e exacto, sem temor de errar, o diagnostico de Pyocito, outros ha entretanto, em que, para tal, se torna indispensavel e imprescindivelmente necessaria, a apreciação em conjunto, sinão de todos, ao menos de alguns dados essenciaes, que nos possam fornecer os exames microscopico e chimico do liquido urinario.

Quando, p. exemplo, ao exame microscopico, não nos for dado apreciar, ao lado da simples alteração granulosa do protoplasma leucocitario, sem mais modificações desses elementos, outros factores, que permittam pela sua apreciação, tomada em conjunto, o diagnostico seguro de Pyocito urinario, não devemos jamais, e de modo algum, affirmar a existencia desses elementos pathologicos, visto que, em tal circunstancia, affirmaremos, repito, a existencia nas vias urinarias, de um processo inflammatario, que bem pode não existir, o que constituirá gravissimo erro laboratorial, que vae acarretar consigo, o descredito do Clinico, por elle mal orientado e a desgraça do paciente, em virtude do mesmo erro, mal medicado.

Nesses casos é immensamente preferivel negar, do que affirmar cathegoricamente um estado morbido, sobre cuja existencia paira a duvida.

Mas, felizmente, no caso presente, isto é, na questão do diagnostico microscopico do Pyocito urinario, quando a duvida assalta o nosso espirito, dispomos de um recurso valioso, que alem de traduzir com maximo rigor e acerto scientificos, o valor exacto do elemento apreciado, coloca

o perito laboratorial ao abrigo seguro de um erro de diagnostico. Si não podemos, de modo cathegorico, **affirmar** ou **negar** a existencia de Pyocitos urinarios, pela ausencia de dados imprescindiveis, podemos entretanto de modo preciso, com a denominacao justa, exacta e scientifica de **Leucocitos alterados**, collocarmo-nos de modo seguro, entre a possibilidade de um ou de outro desses estados, sem o perigo de incidiirmos n'um diagnostico errado.

E' nos casos dessa natureza, que intervêm, então, com a sua perspicacia de interpretação e o seu saber, o clinico bem avisado e cauteloso, que diante de um quadro morbido que o leve a pensar num processo inflammatorio das vias urinarias, p. exemplo, interpretará a presença de Leucocitos alterados, como d'ahi provindo e que diante de um caso clinico formalmente opposto, a qualquer estado das vias urinarias, incompativel mesmo, com presençia de Pyocitos na urina, levará taes elementos a conta de simples alteração do liquido urinario, não desviando, nessas condições, o seu diagnostico e therapeutica já traçados, tantas vezes, com visivel acerto e real proveito para o paciente.

Como é vulgar e sóe acontecer, em muitos casos identicos ao citado, o clinico cauteloso, interpretará de modo exacto, os dados laboratoriaes, á cabeceira do paciente, isto é, á luz dos elementos colhidos na apreciação clinica e não adoptará o criterio exclusivista, que em casos taes o poderá levar a caminho errado, e completamente opposto.

Como deve então, interpretar o microscopista, os diversos casos, que sob esse ponto de vista, se apresentam diariamente, ao seu criterio analytico, no exame dos sedimentos urinarios?

Neste particular, consideremos quatro casos diferentes, e que com mais frequencia se nos deparam diariamente:

Si, no sedimento urinario, encontrarmos, ainda mesmo que raros, elementos leucocitarios, de grandes dimensões, regulando de 15 a 20 micros de diametro, em cujo protoplasma percebe-se accentuada degeneração granulo-gordurosa, com presençia de numerosas e grandes gottas de gordura, constituinte as chamadas cellulas de Glüge, não hesitaremos em affirmar a presençia de Pyocitos urinarios.

Si, o sedimento urinario nos apresentar; leucocitos alterados, de dimensões approximadas das normaes, dispersos no campo microscopico, **porem em grande numero**, tambem não duvidaremos em afirmar que se trate de Pyocitos urinarios.

Si, ainda, o sedimento urinario, nos apresentar, leucocitos alterados, de dimensões mais ou menos normaes, pouco numerosos, **porem aglutinados**, affirmaremos ainda Pyocitos urinarios.

Mas, e este é o caso que mais de perto nos interessa, si o sedimento urinario nos apresentar, como é tão frequente, pelas razões que já estudamos, **raros leucocitos, com alteração granulosa, de dimensões mais ou menos normaes, dispersos no campo microscopico**, não podemos então chegar, de modo algum, ao diagnostico de Pyocitos urinarios, e optaremos pela denominacao de Leucocitos alterados.

Somente depois de exactamente assentado, pelo perito laboratorial, o seu diagnostico microscopico de puz urinario, pode elle levar, mais longe, as suas deduções analyticas, procurando, mas em determinados casos somente, estabelecer de modo, mais ou menos preciso, o diagnostico de localisação, do processo inflammatorio das vias urinarias.

A presençia de cylindros granulosos, hemorragicos, ou purulentos, p. ex., ao lado de Pyocitos e, com exclusão de celulas das outras porções do trajecto urinario, permitem concluir por um processo inflammatorio localizado nos rins, isso é, por uma nephrite ou uma **pyelonephrite**.

A presençia de cellulas epitheliaes dos bessinetes, ao lado dos elementos pyocitarios, com ausencia de cylindros e cellulas das outras porções das vias urinarias, nos levará com segurança ao diagnostico tão somente de **Pyelite**.

E assim podemos, mas como disse, somente em certos e determinados casos, proceder ao diagnostico de localisação, do processo inflammatorio, que attinja as vias urinarias.

Afóra os casos citados, o diagnostico de localisação da inflammação das vias urinarias, offerece, é certo, dificuldades intransponíveis, visto coexistirem com frequencia, em taes casos, ao lado de cellulas dos bessinetes, mais ainda, cellulas epitheliaes dos ureteres, da bexiga, da urethra e da vagina nas mulheres, o que impede até certo ponto, que se reconheça

com segurança a séde exacta da localização morbida, no trajecto urinario.

Concluindo as despretentosas considerações que venho de relatar sobre o diagnostico do pyocito urinario, posso resumir numa unica phrase a significação dos argumentos acima expendidos:

Todo pyocito é um leucocito alterado, porém nem todo leucocito alterado é um pyocito.

Com relação ás hormones do lobulo anterior da pituitaria. — A. BIEDL (*Endokrinologie*, 2: 241, 1928). Trans. da *Organotherapyia* n.º 5, 1929.

Biedl preparou por dois methodos diferentes a hormone do lobulo anterior da pituitaria como uma substancia dissecada, solivel em agua, isenta de albumina, a saber: primeiro, da urina de mulheres gravidas, e, segundo, da glandula fresca. Para o ultimo proposito, a glandula fresca é moida fina, mergulhada no duplo do seu volume de agua, e esta diluição electrodialysada. O electrodialysato transparente como agua contem a hormone e pode ser concentrado no vacuo em qualquer concentração desejada. A hormone é thermostavel, torna-se inerte a temperaturas acima de 70 graus e é, principalmente, muito sensivel aos acidos fortemente dissociados e do mesmo modo, ainda que em grau menor, aos alcalis. A hormone é muito absorvivel por filtragem. A avaliação biologica provou que uma unidade de rato podia ser demonstrada em porções de 0,2 a 0,05 mgm. (segundo a pureza da carga).

A influencia do lobulo anterior no tracto genital só tem sido estudada até agora, tanto clinica como therapeuticamente, Ehrhardt e Wiesbader. Na falta de uma preparação activa do lobulo anterior, implantaram subentaneamente durante seis a dez dias lobulos anteriores de pituitaria de gado, removidos esterilizada mente, e mais tarde, removeram-nos novamente. Esta experiencia foi feita em 25 doentes com differentes perturbações pituitarias. Deste modo, obteve-se um resultado mais ou menos uniformes em varios casos (menstruação amenorrheica). Biedl continuou a fazer experiencias com

soluções aquosas contendo de vinte a trinta unidades do centimetro cubico. Concluiu dos resultados que certas formas de amenorrhea, em especial as com symptomas pituitarios dystrophicos (adiposidade, crescimento viril do cabello no corpo) reagiam á applicação da hormone do lobulo anterior da pituitaria em doses de vinte a trinta unidades. Não apareceram outras alterações em todo o organismo. Não se pôde tambem determinar até agora se a estimulação da actividade ovariana por uma vez seria suficiente para a continuaçao do cyclo menstrual. Deve-se verificar primeiramente por mais experiencias se terá de ser feita ainda outra combinação com a hormotone do estro. A preparação já foi produzida commercialmente. Em ateliose pituitaria e em outros casos de anfes por causas pituitarias, todavia, deve-se continuar por longo tempo a ministração da hormone pela boca.

Da gordura das urinas nos casos de Kiluria

A amostra apresenta-se leitosa de cor amarellada.

Exame microscopico

Numerosos globulos refringentes, de tamanho mais ou menos uniforme (6-7 milímetros), coraveis pelo Sudan III.

Extracção pelo ether em apparelho Soxhlet

Resultou uma substancia viscosa, amarella, de cheiro forte de urina e Indice de Refracção a 40° igual a 1,4595. Quantidade por litro..... 4,8 grammas.

Esta substancia era solivel no chloroformio, alcool amylico, benzina, alcool absoluto donde precipitava em flocos brancos pela diluição.

Com a acetona precipitava uma substancia branca com todos os caracteristicos das lecithinas.

A parte solivel na acetona deu reacção de Burchard positiva (Cholesterina e etheres dos acidos gordos com a cholesterina), e apresentou um indice de iodo igual a 55 o que indica uma proporção media em acidos gordos não saturados.

A. B.

La dermatosis conocida en Cuba con el nombre de „aclimatación“(*)

Señor Presidente.

Señores Miembros.

Señores.

La fraternal invitación de uno de vuestros Miembros, mi distinguido y admirado amigo el Dr. Galvão, me permite, de una manera satisfactoria, tener la honra de presentar este modesto trabajo para que sea leido en el seno de esta brillante Corporación. Honra, para mi doblemente estimada, pues con ella me da la oportunidad de poner mi pequeño grano de arena, a la obra por la que siempre he luchado y que veo, con inmenso placer, marchar hacia la cumbre: la compenetración espiritual y científica de nuestros pueblos hermanos.

Permitidme, pues, distinguídos Compañeros, que en nombre de la medicina cubana, saludé a la muy digna y laboriosa classe médica brasileña.

En el pasado siglo fueron muchos los autores, tanto nacionales como extranjeros, que estudiaron la influencia que el clima ejercía sobre los individuos que inmigraban a los trópicos; pero, revisando esta literatura, poco hemos encontrado referente a la Dermatología, a pesar que, al igual que la dermatitis conocida en el Peru con el nombre de „chapetonada“, descrita de manera magistral por Escomel, existe en nuestro país un tipo de dermatosis que se presenta en los extranjeros a su llegada, y que vulgarmente se conoce con el nombre de „aclimatación“, término que no nos da un concepto claro de dicha entidad morbosa, ya que, se ha referido a otros trastornos ajenos a las enfermedades cutáneas.

El individuo que sale de su tierra natal con idea de encontrar en América la ansiada fortuna que lo releve de las necesidades en que ha estado sumido, comienza por sentir la influencia de la navegación, hacinado en los buques transatlánticos, no obstante cada dia modificarlos más en favor de los inmigrantes, medidas dignas de alabanzas, puesto que, hasta hace pocos años, llegaban en unas condiciones que al verlos solamente, se sentía oprimido por angustiosa pena aun el corazón menos sensible.

Estos inmigrantes, españoles en su mayoría, que vistiendo aún los fuertes trajes que para preservarse de los elementos usan en sus originarias regiones, venían en los collados de un paquebote como si de mercancía se tratara, adquiriendo muchas veces dermatosis por parásitos que le preparaban el terreno para una serie de afecciones secundarias; en el mismo barco, por el brusco cambio de alimentación, que luego se acentuaba al arribar a nuestras playas, comenzaban los trastornos del tubo digestivo que, de una manera cierta, iban a reflejar en el revestimiento tegumentario. Llegados al país, unos, ingresaban en los distintos comercios, donde iban también a vivir hacinados en las „barbacoas“, ya por fortuna desaparecidas; otros, iban a engrasar las filas de los que, en medio de la lucha, caían en los tristemente célebres „barracones“ de los ingenios.

Hoy, por suerte, las cosas han cambiado, y desde que los buques, que tienen departamentos especiales para emigrantes, conforme los preceptos de la higiene, hasta las modificaciones que en las viviendas se han verificado por la labor energética y constante de nuestra Secretaría de Sanidad, hace que los individuos que dejan sus hogares para trasladarse al

(*) Trabalho enviado à Sociedade de Medicina de Porto Alegre pelo Dr. Horacio Abascal, consoante os dizeres da carta que publicamos no numero de Fevereiro do corrente anno. Lido pelo Dr. Fernández Peña em uma das Sessões da Sociedade de Medicina.

„Dorado“, que como un espejismo han visto en todas las regiones de América, lo hagan en perfectas condiciones; permitiéndoseles la lucha en terreno firme desde el punto de vista sanitario, y así, como hemos visto desaparecer de nuestra Isla la funesta fiebre amarilla, gracias al descubrimiento del nunca bien llorado Finlay, la no menos mortífera viruela, etc., también hemos visto, merced a dichas medidas sanitarias, disminuir en sumo grado esta dermatitis climática, a la que casi sin excepción rendían tributo los extranjeros a su llegada a este país.

La „aclimatación“ es una dermatitis polimorfa, en la que se encuentran como elementos primordiales vesículas, pápulas, pústulas y pápulopústulas, implantadas sobre zonas eritematosas. Es un verdadero complejo dermatológico.

Comienza por una sensación generalizada de „fogaje“; la piel toma un tinte rosado subido; el individuo siente un prurito intenso y persistente que se accentúa por el sudor, abundante en extremo. El tinte aumenta de tono, verdadero eritema de intensidad variable, sobre el cual aparecen múltiples vesículas puntiformes implantadas sobre manchas rojizas (liquen tropicus o salpullido), que se van uniendo para formar agrupaciones que ocupan zonas bastante extensas, preferentemente en tórax, antebrazos y muslos. Poco tiempo después aparecen los elementos papulosos y papulopustulosos típicos del acné en la cara, pecho y espalda; en algunos casos elementos de impétigo ocupan las mismas regiones. El sujeto suda copiosamente; tiene lugar una ténue seborrea de la cara y del tórax. El prurito persiste; el rascado transforma el cuadro, dando lugar a impetiginizaciones que le dan un aspecto característico. Pasado algún tiempo las placas de eritema se atenuan; las costras ligeras y amarillas, caen con facilidad; y la piel tiene una restitución completa sin dejar secuela de ninguna clase. Aparecen nuevos elementos; pero, estos son más discretos, tienen una marcha más rápida, desaparecen más fácilmente.

Este es el tipo corriente; mas, en algunos casos se observa la formación de forúnculos de tamaño y número variable; en otros las zonas eritematosas toman una forma descamativa; y aún, en ciertos individuos predispuestos, con taras especia-

les, el cuadro se complica con linfangitis más o menos rebeldes, principalmente de las extremidades, con formas erisipeláticas, etc.

Y en algunos, en que el cambio de alimentación ha producido estados dispepsicos persistentes, una vez aparecido el acné, éste se hace rebelde, tomando la forma de acné crónico a tipo vulgar o polimorfo, y sólo desaparece tras largos años de luchar con estos enfermos. Este acné en las mujeres está intimamente ligado a los trastornos menstruales, que tanto dependen en nuestro país de la influencia climática.

La „aclimatación“ suele ir acompañada en los primeros días de aumento de temperatura ($37\frac{1}{2}$ á 38°C) y ligero malestar general, unido a una colitis y a un cuadro renal efímero de poca intensidad. Por término medio dura de dos a cinco semanas.

El sujeto que llega a nuestro país acostumbrado a quemar a diario mucha grasa, a perder muchas calorías, se encuentra con dos factores a los cuales no estaba acostumbrado: el fuego del trópico de una parte, la alimentación criolla de la otra. La temperatura ambiente, las condiciones en que por muchos años se ha desarrollado, cambian de pronto, y al tener que soportar toda la efervescencia de nuestro sol tropical, su organismo recibe un verdadero golpe que concomitante, de otra parte, quizás la principal, con el brusco cambio de alimentación, hace que modifique todo su equilibrio orgánico. La piel entonces, actuando como filtro, ayuda a eliminar la enorme cantidad de toxinas acumuladas, consecuencia del número de fermentaciones, sobre todo por la gran cifra de hidrocarbonados de que consta nuestra alimentación; esto unido al abuso de carnes, principalmente la de cerdo, que a diario hacemos, y que dan una sobrecarga de calorías las cuales no tenemos tiempo de quemar, causan una serie de trastornos, hasta que el individuo equilibra su organismo al nuevo régimen de vida; pero antes ha tenido su bautismo climático en que ha rendido su tributo dermopatológico, pues raro es el extranjero — inmigrante principalmente — que en mayor o menor escala, **no paga con su piel el derecho de entrada en el país.**

El diagnóstico es fácil si se tiene en cuenta el polimorfismo y el tiempo de

permanencia en el país. El pronóstico, benigno.

El tratamiento: procurar por todos los medios la desintoxicación. Purgantes salinos, benzonaftol, salacetol, fermentos lácticos, levadura de cerveza. Régimen lacto-vegetariano. Atender los transtornos gastro-intestinales y renales. Al exterior: lociones débiles con calamina, sulfato de cinc y aun pulverizaciones con sulfato de cobre, cuando resulte muy rebelde el líquen tropícos; aplicaciones de polvos inertes: preferible la mezcla de talco de Venecia y fécula de patata o almidón de arroz, cremas acuosas, a las que podemos asociar en ciertos casos una pequeña cantidad de ictiol. Para las formas impenitigadas,

nosas, acnéricas o forunculosas, el tratamiento apropiado a cada una de esas entidades; en los casos necesarios se usará vacuna esrafilo-estreptocócica y suero antiestreptocócico, y aun caldo-vacunas en tratamiento local; muchas veces hemos usado con éxito la autohemoterapia.

Como profilaxis, debemos hacer que el individuo recién llegado tome baño de aseo diario, alimentación lo menos tóxica posible y conserve en buenas condiciones su tubo digestivo.

Abascal

○ comité brasileiro junto ao 2.º Congresso Internacional de Pediatría - Stockholm, 17—20 Agosto de 1950

A comissão organizadora do Congresso, no Brasil, ficou constituída pelos seguintes pediatras nacionaes:

Presidente honorario, professor Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro); presidente, professor Raul Moreira (Rio Grande do Sul); 1.º vice-presidente, professor Luiz Barbosa (Rio de Janeiro); 2.º vice-presidente, professor Martagão Gesteira (Bahia); secretario geral, professor Florencio Ygartua (Rio Grande do Sul).

Membros titulares: professor Marlinho da Rocha Junior (Rio de Janeiro); professor Leonel Gonzaga (Rio de Janeiro); dr. Calazans Izuz (Rio de Janeiro); dr. Margarido Filho (São Paulo); dr. Olindo Chiafarelli (S. Paulo); dr. Vicente Baptista (S. Paulo); professor Nogueira Flores (R. Gr. do Sul); professor Gonçalves Carneiro (R. Gr. do Sul); professor Octavio de Souza (R. Gr. do Sul); dr. Carlos Hofmeister (Rio Gr. do Sul); professor Felicissimo Difini (R. Gr. do Sul).

Dr. Sarmento Leite Filho

Prof. de Patología e Clínica Médica da Faculdade
Doenças internas e nervosas

Cons.: Andradas 395, ás 17 h. Res.: S. Raphael, 112.

Dr. Raul Moreira

Professor da clínica de crianças da Faculdade
de Medicina.

Consultorio: Rua dos Andradas, 246, das 2^½ ás 4.

Residencia: Felix da Cunha, 1136. - Telephone 961.

Dr. Thomaz Mariante

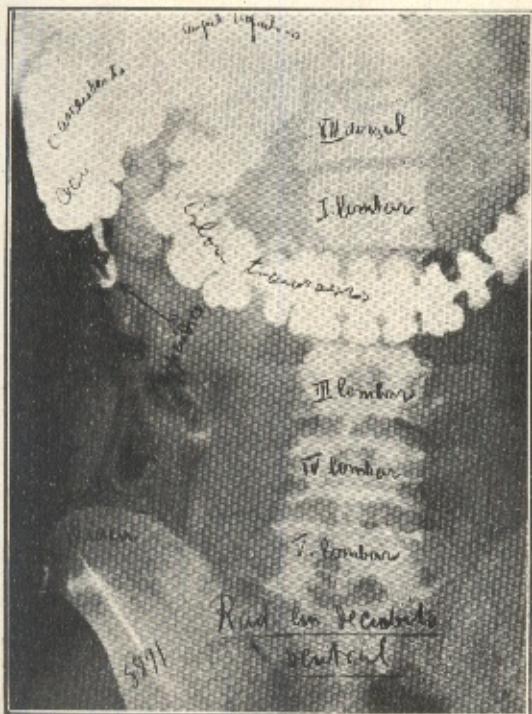
Clinica Geral
Estomago, coração e rins.

Consultor: Rua dos Andradas 495, das 16 ás 18 h

Dr. Diogo Ferrás

Professor da Faculdade de Medicina.
Clinica de olhos, ouvidos, nariz e garganta.
Consultorio: Rua Riachuelo n.º 329 e Bragança
n.º 91 (Sobrado), das 10 ás 12 e das 4 ás 6.

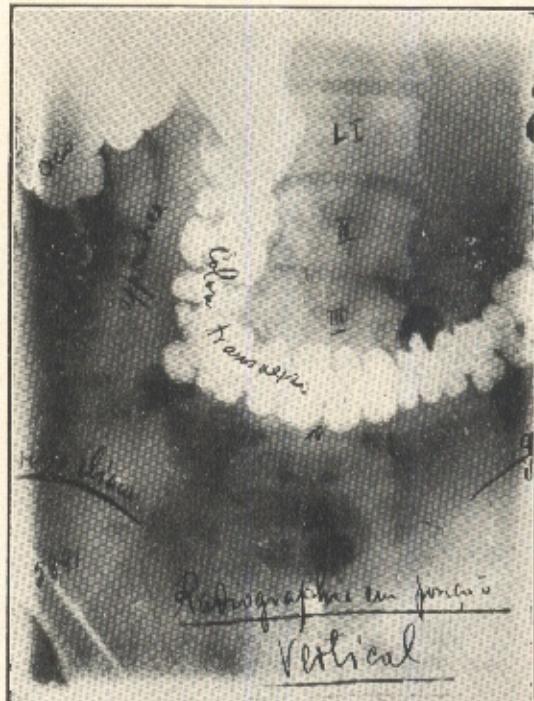
Um caso de Ectopia céco-appendicular



Ficha no. 5891

Radiographia em decubito ventral

Ectopia céco-appendicular: céco e apêndice situados no hypochondrio direito, acima do re-bordo costal.



Ficha no. 5891
Radiographia em posição vertical

Vinte e tres casos de ferimentos de ventre

Dr. H. Wallau

O cargo de substituto de cirurgião interno da Santa Casa me ofereceu oportunidade para observar, desde 1928, uma serie de vinte e tres casos de ferimentos de ventre, cujas observações constam abaixo. Desses, dois casos se referem a contusões do ventre com rupturas visceraes, os outros são casos de ferimentos penetrantes por bala ou faca, com ou sem lesão visceral.

A cirurgia dos ferimentos de ventre requer do cirurgião solução de problemas de grande importancia, não somente quanto à indicação como também no curso do acto operatorio. Estas questões devem ser resolvidas com rapidez e segurança, mormente em individuos combatidos por grande hemorrágia, sob a impressão de um conflito ou alcoolizados. Assume grande importancia tambem o tratamento post-operatorio.

O diagnostico da contusão de ventre é bastante difícil quando o doente é visto nas primeiras horas após o ferimento. Guia seguro são os signaes clinicos de ruptura de viscera ou de hemorrágia interna, que devem ser procurados com todo o cuidado. Entre estes sobresahem, por sua importancia: 1.^o a acceleracao progressiva do pulso; 2.^o a contractura dolorosa generalizada da parede abdominal; 3.^o os signaes de derrame sanguineo no ventre.

Nos dois casos de contusão de ventre com lesão visceral, por mim operados, o diagnostico foi facil, pois foram ambos vistos muitas horas após o traumatismo, e num delles firmei o diagnostico com tanta segurança, que pratiquei a laparotomia transversal.

Em casos de ferimento por agentes vulnerantes deve-se verificar, em primeiro lugar, se houve ou não penetração na cavidade. Quando ha ferimentos largos produzidos por instrumentos cortantes ou quando ha hernia de algum orgão da cavidade, o diagnostico por si se impõe; mas, nos casos de ferimentos pequenos, produzidos por instrumentos picantes ou balas de revolver, de pequeno calibre, o

o diagnostico da penetração offerece dificuldades. Os ferimentos thoraco-abdominaes por arma de fogo e os ferimentos nas regiões posteriores são os que offerecem as maiores dificuldades ao diagnostico.

Nestes casos são tambem os signaes clinicos que nos norteiam seguramente e todos elles devem ser observados com cuidado. Desses, sobresahem em importancia, a men ver, a dor no ventre, que o doente manifesta nos gemidos constantes, e a contractura da parede anterior do ventre; signaes que encontrei em todos os pacientes por mim examinados.

E' regra, accepta hoje por todos os cirurgiões que nos casos em que ha suspeita de ferimento penetrante se proceda á laparotomia exploradora, seguida de revisão cuidadosa de todas as visceras abdominaes. Prefiro a incisão mediana de cerca de vinte centimetros, infra e supra-umbilical por dar um acesso amplo á cavidade e facilitar a exploração. Julgo esta via indispensavel nos ferimentos por bala, principalmente naquelles em que não ha orificio de saída. Della sempre lancei mão nestes casos, como podeis ver nas minhas observações. Nos ferimentos por faca pode-se usar a via para-mediana, em continuação ao ferimento, quando este estiver situado lateralmente. Diversas vezes usei esta via, entretanto, sempre que o fiz achei dificuldade em explorar a cavidade.

Em via de regra, após a abertura do ventre coloco um affastador de Gosset e reviso os orgãos na seguinte ordem: fígado, estomago, duodeno, intestino delgado, grosso intestino, baço e espaços colicos. Reparo por meio de pinças os ferimentos e procedo depois á sutura ou á exerese, de acordo com as lesões encontradas. Uma vez tratadas as lesões seco com compressas o sangue e nos casos de derrame de líquidos ou fézes lavo a cavidade com sôro quente ou ether. Fecho em tres planos e dreno, systematicamente, por meio de tubos de borracha ou mechas

de gaze. Tenho feito as suturas intestinais com catgut ou seda, penso que se possa usar com segurança somente o catgut, como se vê nas observações.

Como anesthesia, usei, salvo num caso, a geral, pelo chloroformio ou ether com o apparelho de Ombrédanne. Preferi o chloroformio nos alcoolizados e excitados, que desta maneira podem ser anestesiados mais rapidamente. Costumo mandar injectar nos pacientes, antes da intervenção, 10-15 cc. de oleo camphorado e um litro de sôro artificial.

Após a intervenção: bolsa de gelo sobre o ventre, posição de Fowler, injecção de sôro artificial e cardio-tonicos. Uso largamente as injecções de sôro artificial para combater o choque operatorio e compensar as perdas sanguineas; assim, o doente da observação n.º 10 tomou 4 litros de sôro na noite da intervenção e no dia seguinte, dois litros.

Usei somente uma vez a transfusão sanguínea, por não ter, doutras vezes, doador á mão.

OBSERVAÇÕES

Observação N.º 1

N. N. — Entrado em 18 de Março de 1928.

Ferimento inciso na região epigástrica, com hernia do epiploon.

Operação: Anesthesia geral pelo chloroformio. Laparotomia supra-umbilical exploradora, resecção do epiploon lesado, revisão da cavidade, não sendo encontrada lesão visceral. Drenagem com tubo de borracha.

Operai-auxiliar Dr. Bruno Marsiaj. Alta curado.

Observação N.º 2

N. N. — Entrado em 17 de Abril de 1928.

Ferimento inciso penetrante, na região epigástrica.

Operação: Anesthesia geral: apparelho de Ombrédanne. Laparotomia exploradora supra-umbilical, não sendo encontrada lesão visceral.

Operador: Dr. Weber. Auxiliéi. Alta curado.

Observação N.º 3

A. J. C. 37 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrado em 25 de Abril de 1928.

Ferimento inciso penetrante, no flanco esquerdo, com hernia de epiploon.

Operação: Anesthesia geral: Apparelho de Ombrédanne. Laparotomia paramediana, em continuação ao ferimento. Secreção de epiploon lesado. Verificação de um ferimento de cerca de dois centímetros, em alça delgada. Sutura do mesmo com catgut e seda. Drenagem com tubo de borracha.

Operai. Auxiliar: Dr. Varnieri. Alta curado em 8 de Maio do mesmo anno. Treze dias de tratamento.

Observação N.º 4

R. J. 32 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite. — Entrado em 6 de Junho de 1928.

Ferimento por bala na região lombar esquerda, com saída na região umbilical.

Operação: Anesthesia geral: Apparelho de Ombrédanne. Laparotomia supra e infra-umbilical. Verificação de seis perfurações intestinaes e duas de mesenterio. Grande hemorrágia interna. Sutura dos ferimentos com catgut, em dois planos. Drenagem com tubo de borracha.

Operai. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta por falecimento, por peritonite, em 21 de Junho de 1928.

Observação N.º 5

J. G. — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrado em 25 de Julho de 1928.

Ruptura traumática de intestino. Peritonite generalizada.

Operação: Laparotomia supra e infra-umbilical exploradora. Grande quantidade de líquido no ventre. Verificação de uma ruptura de cerca de tres centímetros no intestino delgado. Sutura da mesma em dois planos, com catgut. Lavagem da cavidade com sôro quente. Drenagem. Anesthesia pelo chloroformio.

Operai. Auxiliar: Dr. Weber. Alta por falecimento em 26 de Julho de 1928.

Observação N.º 6

A. P. 19 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrado em 18 de Novembro de 1928.

Ferimento por bala no oitavo espaço intercostal direito.

Operação: Incisão lombar direita. Constatação de ferimento do rim direito. Nephrectomia, exploração das visceras abdo-

minaes, pela incisão. Anesthesia geral pelo chloroformio.

Operador: Dr. Varnieri. Auxilie. Alta por falecimento em 20-11-928.

Observação N.^o 7

A. S. 17 annos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 14 de Agosto de 1928.

Ferimento por bala na fossa iliacas direita, a cerca de vinte horas. Peritonite generalizada.

Operação: Anesthesia geral pelo chloroformio. Laparotomia infra-umbilical. Verificação de nove perfurações no ileon. Duas de alça sigmoide e duas de mesenterio. Ressecção de cerca de trinta centímetros de ileon seguida de anastomose latero-lateral. Sutura dos ferimentos da alça sigmoide do mesenterio. Drenagem com gaze e tubo de borracha.

Operei. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta por falecimento poucas horas após a intervenção.

Observação N.^o 8

M. P. 58 annos — Enfermaria Dr. Serapião Mariante — Entrada em 11 de Outubro de 1928.

Ferimento inciso penetrante na região umbilical.

Operação: Anesthesia geral pelo ether. Laparotomia mediana exploradora, não sendo encontrada lesão de viscera.

Operei. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta curado em 25-10-28. 14 dias.

Observação N.^o 9

R. C. 18 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrada em 22 de Dezembro de 1928.

Ferimento penetrante do ventre por bala, no hypocondrio direito.

Operação: Anesthesia geral pelo ether. Laparotomia supra-umbilical e lateral direita, perpendicular à mediana. Sutura de ferimento do figado, na face anterior. Sutura de perfuração do diafragma. Drenagem.

Operador: Dr. Weber. Auxilie. Alta curado em 8-1-29. 17 dias.

Observação N.^o 10

A. A M. 30 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrada em 31 de Dezembro de 1928, às 21,5 horas.

Foi ferido num conflicto pelas oito e meia horas da noite. Andou á pé cerca de 200 metros e fez-se conduzir num automovel para a Assistencia Pública, que o transportou, após curativo occlusivo, para a Santa Casa.

Ferimento inciso, penetrante no rebordo costal esquerdo, com hernia do intestino grosso. Pulso filiforme. Signaes clinicos de grande hemorragia interna. Operação: Anesthesia local da parede do ventre. Laparotomia mediana supra-umbilical. Após rapida exploração, verificamos uma hemi-secção quasi completa do baço. Por isto, splenectomia. Dadas as pessimas condições do paciente, fechamento do ventre por quatro pontos de fio de seda grossos. Drenagem da cavidade com tubo de borracha. Injecção de sôro artificial: 4 litros; cardio-tonicos. No dia seguinte á intervenção: temperatura 37,8; pulso, 98. Continuamos a injectar sôro artificial. No terceiro dia, suppressão da drenagem.

Operei. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta, curado, sem eventração, em 21-1-29. 21 dias de tratamento. Este paciente foi diversas vezes examinado por mim, no anno passado, e vai passando bem.

Observação N.^o 11

A. S. — Enfermaria Dr. Serapião Mariante — Entrada em 7 de Janeiro de 1929.

Ferimento por bala no 8.^o espaço intercostal esquerdo. Hemorragia interna. Operação: Laparotomia supra-umbilical exploradora. Sutura de ferimento do figado. Nephrectomia direita.

Tratamento post-operatorio: sôro artificial-2lts., oleo camphorado, estrychnina etc. Transfusão de 250 cc. de sangue cirratado, no 2.^o dia.

Operador: Dr. Weber. Auxilie. Alta por falecimento, por anemia aguda, em 10-1-29.

Observação N.^o 12

O. J. L. 16 annos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 23 de Janeiro de 1929.

Ferimento por faca no hypocondrio direito. Signaes clinicos de hemorragia interna.

Operação: Anesthesia geral pelo chloroformio. Laparotomia exploradora, não sendo encontrada lesão visceral.

Operei. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta curado em 4-2-29. 12 dias.

Observação N.^o 13

L. I. S. 18 annos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 4 de Fevereiro de 1929.

Ferimentos por projectis de arma de fogo (carga de chumbo) no flanco esquerdo, com hernia de intestino delgado.

Operação: Laparotomia infra-umbilical. Verificação de perfuração intestinal de cerca de dois e meio centimetros, que foi suturada com catgut. Peritonisação de duas erosões da serosa intestinal. Drenagem.

Operai. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta curado em 1-3-29. 24 dias.

Observação N.^o 14

J. P. 15 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrada em 11-3-29.

Recebem, pelas sete horas da manhã, forte traumatismo no hypocondrio direito. Baixou no Hospital em boas condições, apresentando algumas leves escoriações no rebordo costal direito, mas seu estado e, pelas sete horas da noite, quando o examinamos, verificamos: temperatura, 36,5. Pulso filiforme, incontável. Mucosas descoradas. Ventre distendido, doloroso à pressão, massicez variável nos flancos. Após uma injeção de sôro artificial, laparotomia transversal: verificamos uma grande ruptura do figado, que se estendia para cima, começando no bordo anterior. Sutura, com catgut grosso, em U, de parte do ferimento e tamponamento com três mechas de gaze da outra parte.

Tratamento post-operatorio: sôro artificial, 3 litros. Injeção de óleo camphorado. No terceiro dia, ablação das mechas de gaze. Cicatrização por primeira intenção.

Operai. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta curado em 23 de março de 1929.

Observação N.^o 15

M. G. 28 annos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 15 de Março de 1929.

Ferimento por projectil de arma de fogo na fossa ilíaca esquerda.

Operação: Laparotomia infra-umbilical exploradora. Sutura de quatro perfurações intestinais e uma do meso-sigmaide.

Operai. Auxiliar: Dr. Heredia. Alta por falecimento de insuficiencia cardíaca, em 18-3-29.

Observação N.^o 16

E. V. F. 16 annos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrada em 29 de Março de 1929.

Ferimento inciso penetrante no ventre, no flanco esquerdo, com hernia de intestino.

Operação: Anesthesia geral pelo cloroformio. Laparotomia lateral, em continuação ao ferimento. Sutura de um ferimento de alça delgada. Drenagem com tubo de borracha. Cicatrização por primeira intenção.

Operai. Auxiliar: Dr. Cini. Alta curado em 18-4-29. 20 dias.

Observação N.^o 17

J. D. A. 36 annos — 17.^a Enfermaria — Entrada em 14 de Abril de 1929.

Ferimento penetrante do ventre por bala, no hypocondrio direito. Ferimento por bala na coxa direita, terço inferior.

Operação: Anesthesia geral pelo cloroformio. Laparotomia supra e infra-umbilical, exploradora. Constatatação de dois ferimentos de estomago, um de duodenô e um de alça delgada, que foram suturados.

Operai. Auxiliar: Dr. Heredia Filho. Alta por falecimento, em 15-4-29.

Observação N.^o 18

J. N. 31 annos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 23 de Junho de 1929.

Ferimento por bala no flanco esquerdo.

Operação: Laparotomia supra e infra-umbilical. Constatatação de seis perfurações no ileo, uma de mesenterio e uma na base do mesenterio, que foram suturadas. Drenagem com tubo de borracha. Anesthesia geral pelo chloroformio.

Operai. Auxiliar: Dr. Bruno Marsiaj. Alta por falecimento, em 26-6-29.

Observação N.^o 19

U. M. L. 33 annos — Enfermaria Dr. Serapião Mariante — Entrada em 26 de Junho de 1929.

Ferimento inciso, penetrante, do ventre, no flanco esquerdo, com hernia de epiploon.

Operação: Ressecção de epiploon protubrado. Laparotomia exploradora lateral, em continuação ao ferimento. Exploração da cavidade, sem ser encontrada lesão viscerai. Drenagem. Anesthesia pelo apparelho de Ombrédanne.

Operei. Auxiliar: Dr. Bruno Marsiaj. Alta curado, em 11-7-29. 15 dias.

Observação N.^o 20

S. F. 37 anos — 17.^a Enfermaria — Entrada em 17 de Julho de 1929.

Ferimento inciso, penetrante, do ventre, ao nível do rebordo costal esquerdo.

Operação: Laparotomia supra-umbilical exploradora. Ressecção de epiploon lessado. Drenagem. Anesthesia geral pelo chloroformio.

Operei. Auxiliar: Dr. Bruno Marsiaj. Alta por falecimento por peritonite, em 19-7-29.

Observação N.^o 21

R. C. 24 anos — Enfermaria Dr. Sarmento Leite — Entrada em 15 de Outubro de 1929.

Ferimento inciso penetrante ao nível da fossa iliaca esquerda, com hernia de epiploon.

Operação: Ressecção de epiploon prolabado. Laparotomia infra-umbilical, exploradora. Constatção de um ferimento colon descendente. Sutura do ferimento em dois planos, com catgut n.^o 1. Drenagem com tubo de borracha. Anesthesia geral pelo apparelo de Ombrédanne.

Operei. Auxiliares: Dr. Caruso e interno Sylvio. Alta curado, em 5-11-29. 21 dias.

Observação N.^o 22

O. B. 33 anos — Enfermaria Dr. Wallau — Entrada em 24 de Novembro de 1929.

Ferimento por projectil de arma de fogo, na fossa iliaca esquerda.

Operação: Laparotomia supra e infra-umbilical, exploradora. Verificação de seis

perfurações do intestino delgado. Sutura de duas perfurações e resecção de cerca de vinte centimetros de delgado, onde existiam quatro perfurações grandes. Anastomose latero-lateral em tres planos, dois de catgut e um de seda. Drenagem com tubo de borracha. Anesthesia geral pelo chloroformio. Injeção de sôro, cafeína, etc.

Operei. Auxiliar: Dr. Bruno Marsiaj. Alta por falecimento por peritonite generalizada, em 26-11-29.

Observação N.^o 23

M. A. P. 33 anos — Enfermaria Dr. Serapião Mariante — Entrada em 9 de Março de 1930.

Ferimento por bala na região escapular direita e na região sacro-lombar direita.

Operação: Laparotomia supra e infra-umbilical. Verificação de tres ferimentos em alça delgada e um de mesenterio. Ressecção de cerca de 15 centimetros de alça delgada, com anastomose termino-terminal a catgut, em dois planos. Sutura do ferimento de mesenterio e um da alça delgada com catgut. Drenagem com tubo de borracha. Anesthesia geral pelo ether.

Operei. Auxiliar: Dr. Oddone Marsiaj. Alta curada, em 2-4-30.

Em resumo, pois, tenho:

11 ferimentos por bala com oito mortes ou seja 72%;

10 ferimentos por faca com uma morte ou seja 10%;

2 rupturas visceraes com uma morte ou seja 50%.

Os doentes que curaram, permaneceram no Hospital, em media, dezoito dias.

INSULINA - HOECHST.

A casa „Bayer-Meister Lucius“ nos participou que acaba de lançar no mercado a Insulina Hoechst, a qual será vendida em ampollas de 5 cc. com 100, 200 ou 300 unidades internacionaes. A Insulina-Bayer é rigorosamente dosada e purificada, apresentando um liquido claro e transparente.

YATREN 105.

Fomos informados pela casa „Bayer-Meister Lucius“ que o Yatren 105 se venderá, d'oravante, tambem em tubos apenas com 10 pillulas e isto para ser mais facilmente adquirido pelo povo.

Azotemia Chloropenica

Factos clinicos.

Dr. Tenack Wilson de Souza

A retenção chlorada, nas multiphas condições pathológicas, de muito é conhecida. Entretanto, até agora, quando não apresentasse o valor semeiologico das nephrites hydropigeneas, se lhe negava toda relação, que porventura tivesse, com a gravidade das doenças. E' que era considerada como um dos elementos do "estado de retenção" em que se encontra o organismo nas diversas circumstancias pathológicas, principalmente nas doenças agudas, isto é, por ser noção antiga que o organismo, em tales circumstancias, retém um certo número de substancias que depois elimina sob forma de descargas criticas, no momento da cura, notavelmente a agua, a uréa e o chloreto de sodio.

Rohrich e Wiki emitiram a asserção de que na pneumonia o grão de retenção indica a extenção do exsudato.

Achard, seguindo a retenção nos doentes, cujo regime é fixo, pela curva dos chloretos urinarios, conclue que as suas variações parecem estar em relação com a evolução do processo morbido: o crescimento da excreção chlorada indica uma attenuação deste processo, seu abaixamento uma recrudescencia. As ascensões bruscas, correspondendo a descargas criticas, são geralmente de um bom prognóstico; as ascensões lentas e arrastadas indicam uma resolução igualmente lenta da doença.

Entretanto, ainda que a excreção chlorada seja muitas vezes consideravelmente reduzida nos casos graves, não se pode dizer, conclue Achard, que haja uma relação entre a gravidade da doença e o grao de retenção.

Os estudos do desequilibrio chlorosodico, nas diversas entidades morbidas, veem modificar esse conceito que se tinha a respeito da falta de relação entre a retenção chlorada e a gravidade da doença. E' a chloropenia, verificada em doentes apresentando cifras elevadas da azotemia, que veio por em evidencia o valor real da retenção chlorada.

E, assim, a noção corrente do "estado de retenção" do organismo modifica-se para "estado de excessivo catabolismo proteinico",

porque, na verdade, é esta perturbação, determinada pelas diversas intoxicações e infecções e accumulando no sangue e nos humores os productos de natureza toxica, que leva o organismo a reter o chloreto de sodio, fixando-o nos seus tecidos.

Effectivamente, em multiphas doenças em que se observa a retenção chlorada, pode verificar-se a chloropexia. Esta resulta do appello que os tecidos fazem ao sal do sangue, para salvaguardar o elemento celular, nos processos em que ha excessiva desintegração proteinica, revelada pela notável azoturia.

Segundo as pesquisas de Achard e Loeper, a chloremia nas doenças agudas é sensivelmente normal: sobre 26 casos, encontraram oito vezes superior a 7 grs., 16 vezes entre 6 e 7 grs., uma vez abaixo de seis. E concluiram não parecer existir variações notaveis do chloreto de sodio nos diversos dias da doença e nenhuma indicação prognostica podia ser tirada.

O que os factos clinicos veem demonstrar, entretanto, é que a derivação do chloreto de sodio do sangue para os tecidos, conforme a gravidade da doença, pode atingir a taxas consideraveis de sal e crear a chloropenia. Esta surge quando o organismo, já tendo fechado o rim á eliminação chlorada, na luta de obviar a intoxicação proteinica, continua a retirar do sangue o sal necessário para proteger os seus tecidos.

Por isso, rarefazem-se os chloretos urinarios e o grão de retenção chlorada, revelada pela curva urinaria, dá os primeiros avisos da gravidade da doença.

E assim se justifica a retenção chlorada nas pneumonias, na febre thyphoide, nos pleurizes, na apendicite, nos accessos palustres, embora discutida por muitos autores mas verificada por Mosso e por nós; na erysipela, nas interites infantis, no exanthema, na angina herpetica, e mesmo nas doenças apyreticas tales como a colica de chumbo e os vomitos incoerciveis da gravidez; na athrepsia, na occlusão intestinal, nas doenças de carencia, nas nephrites diversas, no diabete, nos syndromos dysentericos.

formes, emfim, em todas as entidades morbidas onde seja preciso a acção proteino-phylactica do chloreto de sodio.

OCCCLUSÃO INTESTINAL — Posto que, por sua symptomatologia, gravidade e frequencia, a occlusão intestinal sempre atraiisse a attenção dos clinicos e cirurgiões, foi somente depois das pezquisas systemáticas dos valores biochimicos do sangue, encontrados nas reacções e dosagens biologicas, que esse syndromo attingiu a clareza actual, tanto sob o ponto de vista scientifico como therapeutico.

H. Roger e Marcel Garnier eliminaram as infundadas theorias reflexa e infecciosa e estabeleceram, sustentando-a com trabalhos experimentaes, a auto-intoxicação de origem duodenal.

Draper, depois de numerosas experiencias, G. H. Whipple e sens collaboradores, depois de pesquizaes biochimicas precisas, parallelamente, desenvolvem conceito semelhante ao de Roger, e procuram precisar a natureza do veneno nascido no nível da base da occlusão intestinal. Chegaram á mesma conclusão de Roger, supposta em 1906, de que a intoxicação era produzida pelas proteoses.

Assim, hoje em dia, todos os autores reconhecem que a occlusão intestinal é uma toxemia e insistem sobre um syndromo humorai no curso da occlusão.

Effectivamente, investigações precizas demonstraram haver no curso da occlusão modificações biochimicas. Foi observada em alguns casos a glycosuria e Haden e Orr assignalaram no cão uma elevação da glycemia. Com Rathery, Leon Binet observou em quasi todos os animaes, nos seus trabalhos experimentaes, uma hyperglycemia evidente, dada á glycose livre e ao assucar proteidico.

G. H. Whipple e seus collaboradores mostraram a elevação do azoto não proteico do sangue nos animaes portadores de occlusão intestinal, elevação essa revelada pelo aumento da taxa de uréa e do azoto residual. Leon Binet, Haden e Orr confirmaram esses factos e insistiram sobre o caracter secundario destas perturbações humorais, que seriam dependentes de uma queda dos chloretos do sangue.

E Mac Callum, estudando experimentalmente a estenose pylorica, mostrou que ha, ao mesmo tempo que um aumento da reserva alcalina do sangue, uma queda notavel dos chloretos sanguineos.

Estes resultados são finalmente confirmados por diversos autores que estabeleceram, em summa, as seguintes modificações: alem da ascensão da uréa e sobre-tudo do azoto não proteico, que pode attingir até seis vezes o seu valor normal, ha augmenta da reserva alcalina e baixa paralela da taxa dos chloretos sanguineos.

A queda dos chloretos pode confinar a taxas tão minimas que, na imminencia da morte, não se encontra no sôro mais do que a metade ou o terço do valor normal da chloremia. A hypochloremia coincide com o desapparecimento quasi completo dos chloretos urinarios.

Estas constatações, verificadas primeiramente na occlusão do pyloro, são encontradas igualmente na occlusão duodenal e na occlusão do delgado.

A chloropenia, segundo Haden e Orr, coincide com a queda do chloreto de sodio no figado e nos musculos. E concluem que este phenomeno não se explica por uma eliminação de chloretos, pois estes, por assim dizer, não se encontram nas urinas, e a sua quantidade perdida pelos vomitos, sob forma de acido chlorhydrico, não basta para determinar a baixa do chloreto de sodio do sôro. Assim é que diversos autores observaram esta baixa do chloreto de sodio em todos os animaes, mesmo na ausencia de vomitos. Tudo se passa, conclue Binet, como se os chloretos do sangue fossem fixados em alguma parte do organismo.

Em vista disso, numa serie de pesquizaes, Haden e Orr procuram compensar esse deficit do sangue em sal por uma therapeutica chlorada intensa e verificam, diariamente, o effeito pelas dosagens repetidas antes e depois da occlusão e os resultados desta medicação sobre as perturbações humorais e sobre a vida dos animaes são surpreendentes. Esses mesmos autores mostram quanto é especifica a acção do chloreto de sodio na luta anti-toxica do syndromo humorai da occlusão intestinal, pois os animaes tratados por soluções de chloretos de potassio, ammoniaco, calcio e magnesio morrem rapidamente em dois ou tres dia. A acção observada das soluções salgadas hypertonicas se oppõe, além disso, á acção absolutamente nulla das soluções glycosadas. Ainda, o sôro glycosado, associado á therapeutica salina, não dá os resultados satisfactorios como a administração exclusiva do chloreto de sodio.

A pratica de tal therapeutica tem sido coroada de exito. E. P. Coleman apresenta uma estatistica, onde se vê que de 50 % a mortalidade caiu a 11,1 % quando, ao acto operatorio, se associam injecções intravenosas de soluções hypertonicas de chloreto de sodio.

DOENÇAS DA NUTRIÇÃO — O caso que apresentamos, como veremos, é bem uma affirmação do papel importante que tem o chloreto de sodio nas trocas nutritivas, por isso que a chloropenia, verificada nelle, mostrou, em parte, a sua influencia nas perturbações que apresentava o doente.

E' que todas as transformações da materia, todas as trocas entre os humores e as cellulas podem se operar com uma intensidade maior ou menor, variável segundo um grande numero de circumstancias physiologicas ou pathologicas, e segundo typos chimicos diversos. Estas variações podem ser precisamente as causas de multiphas perturbações, desviações ou perversões da nutrição, ou mais precisamente, do metabolismo, expressão de uma serie ascendente de actos physico-chimicos com o fim de reparar e de crescer os elementos celulares — o anabolismo, e de uma serie descendente que determina a sua destruição -- o catabolismo.

Bouchard condensou as pesquisas tão originaes que fizera durante longos annos sobre as perturbações da nutrição, que preparam e provocam os estados pathologicos.

Não pretendemos que a chloropenia tenha sido a causa da doença que apresentava o doente do presente caso, mas cremos que ella foi uma das perturbações que crearam ou provocaram o seu estado grave. Assim pensando, estamos com o conceito de que a boa nutrição geral supõe o equilibrio entre os diversos processos parciaes que a constituem. E por isso, resalta, de logo, a necessidade preambular aos syndromos clinicos, que traduzem as perturbações de cada um destes processos parciaes: o estado chimico e physiologico das perturbações parciaes da nutrição.

O caso a que nos referimos foi-nos oferecido pela clinica dos professores Annes Dias e Jacyntho Gomes e citado no trabalho do primeiro destes professores sobre a azotemia chloropenica.

Trata-se de um homem de 56 annos de idade, soffrendo de uma doença rara:

pemphigos da conjunctiva e da bocca. Emagrecido, quasi cego, apresentava uma estomatite ulcero-membranosa, extremamente grave, lesões invadindo toda a bocca e o pharynge, com fétido insupportavel, dysphagia dolorosa. Esse doente ha 25 annos antes tivera uma nephrite, contra a qual lhe fôra prescripto o regime de leite e cereaes que seguiu rigorosamente durante os ultimos 15 annos. O primeiro exame de sangue revelou uma azotemia de 0,78 e uma chloropenia de 4 grs. 77. O exame de urina revelava: volume 500 cc, densidade — 1017,9, traços leves de albumina, uréa 25,75 por litro, chloretos 1,28 por litro. Como se vê, esse doente apresentava azotemia, azoturia, chloropenia e retenção chlorada. Foi-lhe prescripta alimentação fortemente nutritiva, com sal.

Pela observação completa, que transcrevemos no capitulo proprio, notam-se as interessantes modificações que se produziram no sangue, na urina e no estado geral desse doente. Ingeriu mais de 45 grs. de sal em nove dias e só eliminou, no mesmo espaço de tempo, pelo rim, cerca de 5 grs. Foi retendo sal até que cessasse completamente a exaggrada desintegração proteinica. Actualmente o seu estado é bom, enxerga e alimenta-se bem.

Esse caso reflecte, verdadeiramente, um conjuncão de perturbações occasionadas por carencia alimentar e em que a chloropenia, de alguma maneira, influiu na pathogenia do pemphigo, estado morbido que ainda repousa na obscuridade.

NEPHRITES — Blum, nos seus sucessivos trabalhos sobre a chloropenia, procura demonstrar que existem nephrites com uma azotemia das mais graves, em que esta não é devida á lesão renal, mas consequente a uma perturbação humorial.

Distingue então uma nephrite em que a azotemia é a consequencia da alteração renal — é a nephrite azotêmica classica, e uma nephrite azotêmica em que a azotemia corre por conta da chloropenia. Existe, ainda, uma terceira forma de nephrite azotêmica em que á azotemia de origem renal se superpõe uma azotemia por chloropenia.

Um doente, cujo exame clinico revelou uma nephrite hemorrhagica, com albuminuria elevada á taxa de 10 grs., oliguria pronunciada (200 a 300 grs. de urina por 24 horas) e uma azotemia de 4 grs. 86, apresentava todos os symptomas de uma

corre para a elevação da taxa da azotemia e maior gravidade da nephrite. Por isso, enquanto que, desde logo, nas nephrites hydro-pigeneas, o regime hypochlorado, até achlorado, é estritamente indicado, nas nephrites azotemicas é preciso o preliminar conhecimento das condições da chloremia antes de prescrever o regime achlorado.

PNEUMONIAS — A questão da retenção chlorada nas pneumonias parece agora explicada. Si o organismo fecha o rim á eliminação salina é porque precisa do sal para proteger-se contra a intoxicação proteinica, decorrente do exagero do metabolismo azotado, que, nessas condições morbidas, se produz no sentido do catabolismo. Aqui, mais do que nas diversas doenças agudas febris, a retenção chlorada nos apparece não como consequente ao estado de retenção simples, mas como um processo de defeza. E, por isso, se reveste do maximo valor para o julgamento previo da intensidade e da gravidade da pneumonia.

Nas observações que apresentamos assim se impõe a retenção chlorada, por isso que si o sal apparece em minimas quantidades nas urinas e não se acha acumulado no sangue, só se pode concluir que esteja nos tecidos.

Estudamos a curva dos chloreto urinarios e sanguineos ao lado do metabolismo azotado e verificamos que o equilibrio chloro-sodico está intimamente ligado á desintegração proteinica.

Assim é que enquanto os chloreto diminuem nas urinas, a hyperazoturia é consideravel. E, si a desintegração proteinica se exagera, a hyperazoturia se exagera igualmente, os chloreto se rarefazem mais e mais e, então, podem surgir a chloropenia e a azotemia, como se verifica examinando as nossas observações.

As observações que temos sobre a azotemia chloropenica nas pneumonias deram margem a que Annes Dias, nosso mestre e chefe de clinica medica, fizesse multiphas considerações sobre esse disturbio que deve merecer a attenção dos clinicos.

Resumimos aqui o seu conceito:

„De todo o exposto resulta a conveniencia dos disturbios azotado e chlorado. De inicio, brutalmente, os chloreto urinarios são retidos, depois a propria taxa salina do sangue é abaixada tanto quanto mais grave o caso. Verifica-se ainda que, sem estar compromettida a excreção azotada na urina, a cifra de uréa se eleva nos casos graves, o que traduz desintegração proteinica. Por outro lado, as crises se succedem numa ordem que diz bem com a natureza do processo morbido: dominada a infecção, caem a temperatura e os signaes clinicos dependentes daquella; mas ainda continuam, até equilibrio proximo, as perturbações azotadas e salinas, desencadeadas pela infecção; vem, em seguida, a descarga ureica que reflecte a volta á normalidade do metabolismo proteinico e, por fim, sobreveem a crise salina, como a traduzir que, restabelecido o equilibrio nutritivo, o sal, guardião da integridade cellular, abandona em messe o campo da luta.“

Em conclusão: a) ha nas pneumonias um desequilibrio chloro-azotado que está em relação com a gravidade do caso; b) a retenção salina é uma reacção de defesa em face da desintegração azotada; c) o clinico deve acompanhar a marcha das trocas chloro-azotadas dos pneumonicos; d) quando se manifesta azotemia com chloropenia, a therapeutica chloro-sodica é indicada; e) o sal deve ser dado em injecções hipertonicas (20 cc a 20 %), endovenosamente, em injecções subcutaneas de sôro artificial e por ingestão; f) nos hypertensos ser prudente ao empregar a medicação chloro-sodica.

Os „Archivos Rio Grandenses de Medicina“ aceitam annuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

A Revista sahirá mensalmente e terá grande circulação em todo o Brasil, em especial no Rio Grande do Sul.

Os pedidos de annuncios devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 442 — Rua Voluntarios da Patria 301 — Porto Alegre.

THESES.

Recebemos do Dr. Tenack Wilson de Souza a sua these de doutoramento e defendida na Faculdade de Medicina de P. Alegre, perante a commissão examinadora constituída dos professores Octavio de Souza, Annes Dias e Aurelio Py.

Versou o trabalho do Dr. Tenack, sobre "Azotemia chloropenica".

Para que os leitores dos Archivos Rio

Grandenses de Medicina avaliem o valor do excedente trabalho ora em apreco, abaixo publicamos as conclusões da referida these, e em outro local, neste mesmo numero, o interessante capitulo intitulado — Factos Clinicos.

Agradecendo ao Dr. Tenack a gentileza da offerta que nos fez, aqui aguardaremos com satisfação a sua valiosa collaboração.

AZOTEMIA CHLOROPENIA

Conclusões da these do Dr. Tenack Wilson da Souza

1 — A chloropenia pode ser ou a consequencia de um processo de deschloretação ou resultante da derivação do chloreto de sodio para os tecidos e humores.

2 — Na chloropenia por deschloretação todo o organismo perde sal; na chloropenia por chloropexia tecidual e humorai só o sangue se empobrece de sal.

3 — Nos processos de deschloretação ha excessiva desintegração proteinica e, por isso, elevação da taxa da azotemia e forte azotemia. Nestas condições a azotemia é secundaria à chloropenia.

4 — Nos casos em que não ha perda de sal, a chloropenia é consequente ao desvio do sal para os tecidos onde se produz a desintegração proteinica. Nestes casos pode existir a azotemia e quanto mais elevada a azotemia maior é a chloropenia.

5 — Pode haver chloropenia sem azotemia, como pode existir azotemia sem chloropenia.

6 — Da coexistencia da chloropenia e azotemia resulta um syndromo que pode revelar o quadro das grandes intoxicações.

Dahi o valor do conhecimento da chloropenia.

7 — O syndromo azotemia chloropenica tem como expressão a chloropenia, a azotemia, a azoturia, a chloropexia tecidual e a retenção chlorada.

8 — As causas do syndromo azotemia chloropenica são todas as que cream a deschloretação e a chloropexia tecidual por desintegração proteinica.

9 — O equilibrio acido-básico pode não ser perturbado na azotemia chloropenica; quando o for o disturbio se faz no sentido de uma ligeira acidose ou acidose gazosa.

10 — A chloropenia é devido a baixa do chloreto de sodio e não do ion chloro. Por isso é o chloreto de sodio que deve ser dosado.

11 — Os valores abaixo de 5 grs. do chloreto de sodio do sôro sanguíneo já deve merecer a attenção do clinico. O seu valor deve ser avaliado conjuntamente com o valor da azotemia.

12 — Para o diagnostico da azotemia chloropenica basta sómente o conhecimento da chloremia e da azotemia.

13 — Sempre que haja chloropenia e azotemia, a therapeutica chloro-sodica é indicada.

14 — A acção do chloreto de sodio na luta anti-toxica da desintegração proteinica se produz no sentido de diminuir a adsorpção, augmentada na chloropenia por deschloretação e por desintegração proteinica tecidual.

15 — As soluções de chloreto de sodio concentradas na proporção de 20% são as melhores toleradas pelos doentes. A dose de 20 cc, endovenosamente, pode ser repetida, nos casos graves, nas 24 horas.

16 — A azotemia chloropenica é independente da coparticipação renal. Ela é resultante da perturbação azotada, no sentido do catabolismo exagerado.

17 — É da maxima importancia, na clinica, o conhecimento da azotemia chloropenica. Por isso que múltiplos estados morbosidos se agravam devido a esse disturbio metabólico.

18 — A therapeutica heroica no syndromo azotemia chloropenica é a medicação chloro-sodica.

Revista das Revistas

Do „The Journal”

do N.º 7-12-1929:

de R. W. LANSOM, M. D.

„As pretendidas anaphylaxias fataes no homem.”

Lembra L. que, quando um caso fatal de anaphylaxia aparece, julga-se acertado pensar que a desensibilização não tinha sido realizada com acerto. Em varios casos não foi possivel a L. conseguir obter o estado anti-anaphylatico. Varios pesquisadores e clinicos, confessaram ter tido casos em que o methodo de Besredka não conseguiu dar resultado.

Dahi vem a idea que taes casos não são de verdadeira anaphylaxia.

Em muitos de taes pacientes uma asthma severa pode vir, precipitada por factores não especificos.

Do N.º de 19-10-1929:

de MACOMBER.

Conclue que alterações no regimen produzem actualmente a esterilidade.

Discutindo essa conclusão, falam W. Steenbock, e Litzenberg:

1.) Steenbock diz que a deficiencia de proteinas e calorias retarda o surto do estro ou cio, nos animaes jovens, e prolonga o periodo interestrual. A falta da vitamina A, e a da B, na dieta, trazem o desapparecimento completo do mechanismo evolutivo do folliculo. A vitamina E favorece o crescimento do embryão.

2.) Litzenberg, tambem, lembra que já estabeleceu sua opinião segundo a qual „o metabolisano basal era o indice de uma das causas da esterilidade.“ A causa da esterilidade não está só no dominio da gynecologia.

No mesmo N.º de 19-10-1929:

VANGENSTEN.

No tratamento da obstrucção das vias biliares:

Na obstrucção irremovivel e completa do choledoco so deve-se fazer a drenagem interna da bilis, e não para o exterior.

Fazendo a remoção simultanea da causa da obstrucção a drenagem para fora é o processo de eleição. M. G.

A hypnose obstetrica. Pelo Prof. Dr. E. VOGT, medico-chefe da clinica gynecologica da Universidade de Tuebingen. Resumo do trabalho publicado na Revista Medica Germano — Ibero-Americana — Anno II — N.º 7. Julho 1929.

A hypnose durante o trabalho do parto pretende minorar as dores, sem causar o menor prejuizo á mulher e á creança.

A hypnose por meio da scopolamina-morphina não conseguiu ainda largo emprego, pois a posologia dos 2 medicamentos não é facil, além do perigo da excitação que pode produzir-se sempre. O que é mais grave é a influencia dessas substancias sobre as contracções uterinas que em muitos casos desapparecem, parcial ou completamente, do que provêm outras perturbações. A duração do parto é maior, as probabilidade de infecção augmentam e dahi crescem os perigos para a creança, bem como augmentam consideravelmente casos em que se tem de intervir. Augmentam as intervenções a Forceps e aumenta a mortalidade infantil tambem, o que se pôde explicar, admittindo uma accão terceira da scopolamina sobre a creança.

Depois da guerra apparceu a narcose synergética de Gwalthmey, methodo em que se empregam diferentes narcoticos: morphina e sulfato de magnesio, subcutaneamente, ao mesmo tempo que uma mistura oleosa-ethereo-alcoolico-quinica, mistura que é administrada por via rectal. Pelos seus inconvenientes este methodo já não se emprega.

Tambem foi empregada a narcose pela avertina, por via rectal. Ainda hoje ignora-se o que o methodo pôde dar e se, de facto, é tão inocuo, como se tem dito, para a mãe e para a creança.

Entrou-se numa nova phase, para favorecer a hypnose obstetrica, com o emprego do *pernocton*, que tem dado resultados brilhantes. É hypnotico e não narcotico, é um derivado do acido barbiturico e é injectado por via intravenosa. Não produz dores secundarias desagradaveis e não atinge as funcções vitaes de maior importancia; a pressão sanguinica abaixa-se

só muito pouco, não provoca tendencias para hemorragias, o pulso não é influenciado desfavoravelmente o musculo cardíaco e os vasos sanguineos não são attacados pelo pernocton; não foram observadas alterações dos rins, bexiga, fígado ou outros órgãos importantes. O pernocton annula a accão do encephalo sobre os centros sobcorticaes, de modo que o sono é provocado sem que sejam affectados os centros importantes, situados profundamente. A irritabilidade reflexa permanece intacta. A administração endovenosa do pernocton não produz dôr alguma. O medicamento só deve ser empregado nos casos em que se pôde contar com uma evolução normal do parto. Não é necessário fazer qualquer preparação previa da parturiente, nem é preciso emplegar qualquer medicamento. Basta uma preparação psychica: convém a parturiente estar com o estomago vazio para evitar vomitos e as dentaduras postiças devem ser retiradas. Nas primiparas faz-se uma injecção quando o cólo do utero está alargado de 5 a 6 cm e a parte anterior do corpo da creança entra na bacia. Nas multiparas basta uma dilatação do cólo de 4

cm ou quando o colo dé passagem a 2 dedos. A posologia está determinada segundo o schema de R. Bumm: dá-se 1 cc de pernocton para cada $12\frac{1}{2}$ kg. de peso do corpo, desde que o estado geral não contraindique esta dose. A injecção faz-se lentamente, para 1 cc de pernocton gastar-se-há 1 minuto. Faz-se a injecção; apóis uma contracção uterina. Distinguem-se 3 periodos do sono provocado pelo pernocton: sono preliminar, sono propriamente dito e o periodo consecutivo ao sono. A hypnose obstetrica dura 2 a 3 horas. Em 500 casos de emprego do pernocton só houve 2 intervenções de Forceps. A amnesia depois da applicação do pernocton é ideal e completa. Nunca foi observado caso de morte com o pernocton. Contra-indicações quasi que não existem. A idade dos parturientes não tem importância alguma. Só em raros casos são necessarias 2 injecções, bastando 2,2 cc para a 2a injecção. A hypnose obstetrica deve ser feita só nas clinicas, pois as parturientes devem ser vigiadas cuidadosamente e largamente pelo medico.

L. M.

EXIJA O
Café Nacional
como garantia de
um producto puro

