

PROCIDENCIA DO RETO

Seu tratamento cirurgico

DDO. LAURO AMERICANO SANT'ANNA

O tratamento cirurgico da procidencia é feito por um grande numero de tecnicas, não baseadas na sua patogenia. Por isso apresentamos uma série de 3 casos, tratados pela tecnica de Corrêa Netto, alicerçada na patogenia proposta pelo idealizador da mesma.

* * *

Antes de mais nada precisamos entender o que vem a ser PROCIDENCIA DO RETO, pois nos compendios de patologia cirurgica é confundida com PROLAPSO DO RETO.

✧ Procidencia do reto é a invaginação de todas as camadas da parede retal, fazendo ou não saliencia através o orifício anal.

† Prolapso do reto é um escorregamento da mucosa retal fazendo ou não saliencia através o orifício anal.

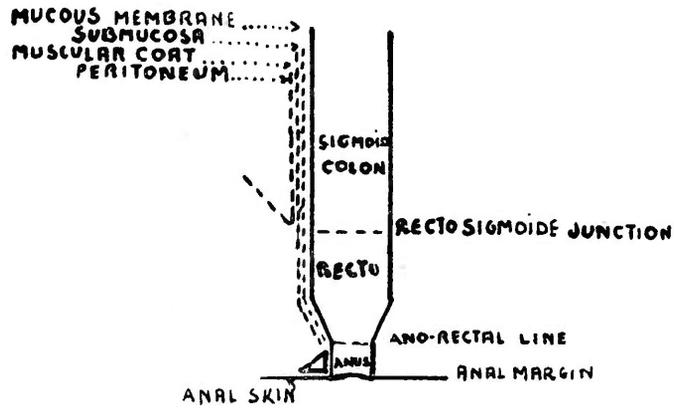
A diferença entre uma entidade e outra é ser a primeira formada por toda a parede retal ao passo que a segunda é só a mucosa.

Para esclarecer o que acabamos de dizer, são muito elucidativos os esquemas de BACON que damos abaixo.

Segundo este autor existem três tipos de procidencia e três outros de prolapso.

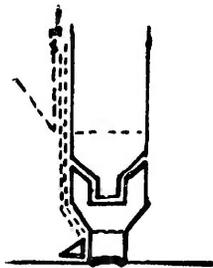
No primeiro tipo de procidencia há uma invaginação do reto, sem que a extremidade da parte telescopada transponha o orifício anal. Esta forma é denominada procidencia interna.

No segundo tipo há uma saída da extremidade, aflorando o orifício anal. Neste caso é possível introduzir-se o dedo indicador no orifício situado na extremidade e com o polegar correr o seu rebordo, que é duro, sentindo-se todas as camadas das duas paredes superpostas. Além disso, pode-se correr com o dedo um sulco circular que se forma na base da protusão, entre a parede anal e a procidencia. Quando a procidencia atinge uns 7 ou 10 cms. já não há possibilidade de se formar o sulco circular porque houve eversão de toda parede ano-retal. É chamada procidencia externa; retal na primeira hipotese e ano-retal na segunda.

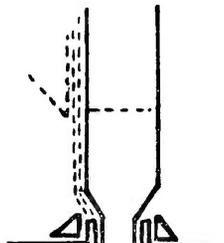


NORMAL RECTUM

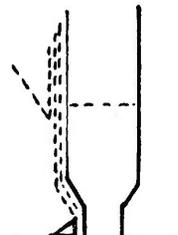
FIG 202



INTERNAL



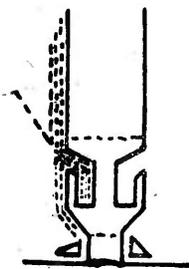
EXTERNAL



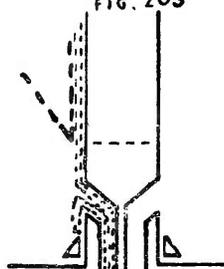
ANO-RECTAL

PROLAPSE

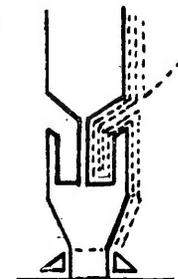
FIG. 203



INTERNAL



EXTERNAL



SIGMOIDAL

PROCIDENTIA

FIG. 204

ESQUEMA DE BACON

No terceiro tipo há uma invaginação ao nível do sigmoide, é a procidencia sigmoidal.

No prolapso há também uma forma interna, outra externa e a ano-retal, sendo esta caracterizada pela eversão da mucosa anal.

OCORRENCIA

A procidencia é mais frequente no adulto, ao passo que o prolapso na criança; a explicação deste fato é nos dada pela etiopatogenia.

ETIOPATOGENIA

O prolapso é apanagio das crianças de menos de quatro anos. As causas coadjuvantes para a sua produção são mais de ordem anatomica, tais como o sacro chato e o reto retilíneo. A causa determinante é o esforço executado no ato de evacuar, de tossir, etc. que acarreta o deslissamento da mucosa que se encontra fixada a muscular por um tecido celular frouxo consequente a um processo inflamatório.

Várias teorias foram aventadas para explicar a etiopatogenia da procidencia. Entre elas, passaremos a enumerar as que mais adeptos tiveram.

a) *Teoria do esforço* — Os esforços repetidos na defecação, como se observa na constipação intestinal crônica ou nos indivíduos com retite; os esforços na micção, etc. seriam causas determinantes da procidencia.

b) A teoria precedente não seria suficiente, segundo VERNEUIL e JEANNEL, para explicar o fato. Estes autores atribuem a uma insuficiência dos meios de suspensão do reto um papel importante. A retite seria responsável por essa degeneração dos meios de sustentação do reto.

c) ZUCKERKANDL e LUDLOF emitiram de outro lado, a teoria da hernia perineal primitiva. A pressão intestinal exercida ao nível do cavo seroso de DOUGLAS, cujo fundo corresponde ao esfíncter de WELATON, acarretaria nesse ponto um recalçamento da parede retal. A valvula superior do reto que se encontra ao nível do esfíncter de WELATON formaria a cabeça da invaginação. GERAL, MARCHAND, LENERMONT foram os defensores dessa teoria na França.

Mais tarde MOSCHOWITZ modificou a concepção de ZUCKERKANOL e emitiu a hipótese de ser a procidencia provocada por uma hernia por escorregamento: seria a procidencia uma hernia perineal transanal.

A concepção de MOSCHOWITZ é falha em dois pontos:

1.º — A cabeça da procidencia apresenta à inspecção um orifício, ao passo que pela sua explicação nós devemos encontrar um vertice de cone.

2.º — Si a procidencia fosse provocada por uma hernia por es-corregamento o vertice do cone estaria por fóra do orificio anal. A teoria de MOSCHOWITZ, como se vê, não corresponde a realidade.

d) *Acalasia do esfíncter pelvi-retal* — Esta teoria foi aventada entre nós por CORRÊA NETO.

Este autor acredita que a patogenia da procidencia do reto seja a mesma que a do megaesofago, megacolo, megaduodeno etc.; e explica a procidencia pela teoria da acalasia: seria no caso a acalasia do esfíncter pelvi-retal. Para corroborar a sua hipotese, serviu-se êste autor da seguinte tecnica. Colocou êle agrafes no orificio da extremidade da protusão e a seguir procedeu à redução da procidencia com manobras manuais. Radiografando, então, o reto constatou que os agrafes se encontravam ao nivel do esfíncter pelvi-retal. Diz o autor que é sempre a êsse nivel que se encontra o agrafe, o que explica não ser a procidencia nunca maior que 10 cms. comprimento maximo do reto.

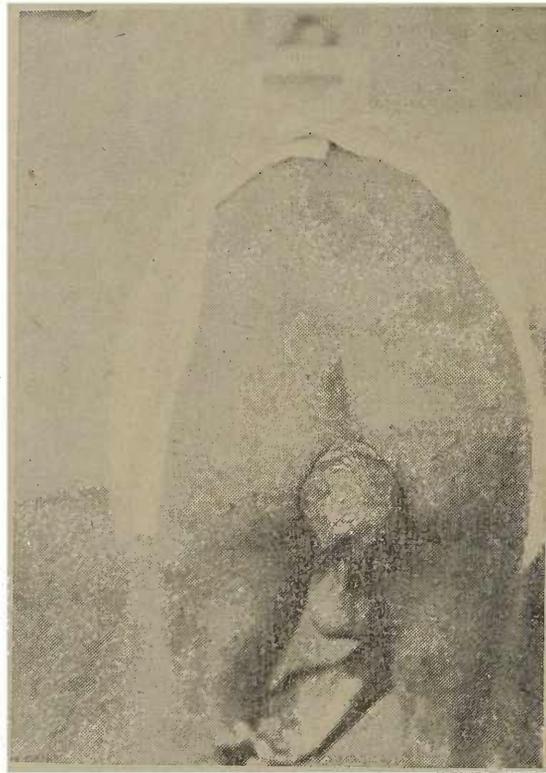
Baseado nestas verificações CORRÊA NETO admite que se processa antes uma acalasia do esfíncter pelvi-retal com hipertrofia secundaria da parede do sigma. O esfíncter pelvi-retal não se abre pelas contrações intestinais, mas é empurrado, dentro do reto e ocasiona assim a invaginação.

Assim como admitimos as ideias de ETZEL para a explicação da etiologia do megaesofago, trazemo-las para a procidencia, como sendo uma avitaminose B₁, acarretando uma lesão dos plexos nervosos de Auerbach e Meissner.

SINTOMATOLOGIA

Em geral a historia é de muito tempo, narrando o paciente que no inicio forma-se uma protusão na hora de evacuar, reduzindo-se espontaneamente, e mais tarde a tumoração aparece com mais frequencia e só se reduz manualmente. Há periodos em que o tumor não se exterioriza, surgindo depois por qualquer razão, demonstrando assim ser um processo ciclico. Precocemente produz-se uma secreção mucosa clara devido a exteriorização frequente e não demora a mucosa tornar-se avermelhada em consecuencia da irritação constante, podendo mesmo sangrar abundantemente. Póde-se instalar então, uma retite e haver ulceração da mucosa. A dôr é percebida como uma sensação de peso que se agrava pelo uso de purgativos e que se irradia para os membros inferiores. Flatulencia raramente aparece; às vezes há polaquiuria. A constipação é observada geralmente em todos os doentes. Nos casos em que há inflamações ou ulcerações póde-se observar diarréa com evacuação acompanhada de sangue e pús.

No caso de procidencia interna os sintomas são mais obscuros. Sendo a procidencia sigmoidal há obstipação rebelde que não melhora pelos purgativos; a dôr irradia-se para o perineo, região lombar e coxa.



DIAGNOSTICO

O diagnostico é feito pela inspecção e palpação.

Inspecção: — A procidencia externa tem a forma de um cone truncado com um orificio na extremidade e sulcos circulares irregulares.

Palpação: — Colocando-se o indicador no orificio da protusão sente-se com o polegar as espessuras das paredes superpostas e os sulcos circulares. Determina-se o sulco circular continuo da base que fica entre a parede normal do reto e a procidencia. Quando há prolapso anal, não se percebe mais o sulco. No caso de procidencia interna é melhor recorrer a retoscopia.

Quadro de Bacon

Para o diagnostico diferencial entre o prolapso e a procidencia do reto.

	<i>Prolapso</i>	<i>Procidencia</i>
1) Idade:	Frequente nas crianças	Usualmente nos adultos e em idade avançada
2) Início:	Menos gradual	Gradual
3) Partes interessadas:	Só a mucosa	Todas as camadas da parede.
4) Características:	Sulcos longitudinais que se irradiam do centro do anus. — Forma esferica.	Estriação circular, colocada irregularmente. Maior diametro e comprimento. Condição mais cronica. Forma oval (cone truncado).

TRATAMENTO

A cura da procidencia só se faz cirurgicamente.

Os processos são em grande numero e CRUVEILHIER em 1849 dizia: — “Acredito que seja difícil imaginar um processo que não tenha sido tentado”.

LENERMONT em 1903 revendo os metodos operatorios para a procidencia, classificou-os em processos de exereze e processos conservadores.

VANVERS e MONOT agrupam-nos em 3 tipos:

- 1.º) os que ressecam a porção procidente;
- 2.º) os que ressecam a mucosa;
- 3.º) os que reduzem a procidencia e pretendem cura-la.

Dentre eles o que logrou melhores resultados foi o tipo 3, e que tem por fim ou reconstituir o assoalho pelvico ou suspender o reto.

A reconstituição do assoalho pelvico consiste em estreitar o anus ou o esfíncter como faz THERSCH no seu metodo de cerclage. Os resultados dessa tecnica são máos, podendo surgir posteriormente uma estenose.

Fóra esse processo, certos autores praticam as miorráfias. Reto perineorrafia anterior (SCHWARTZ), posterior (TUFFIER).

A suspensão do reto consiste nas pexias, seja fixando o reto nas paredes da bacia (retopexia), seja suturando o colo pelvico às paredes abdominais (colopexia).

MOSCHOWITZ baseado na sua concepção patogénica da procidencia ideou a tecnica que tem por fim evitar a queda do reto reforçando o perineo. Como já vimos anteriormente, MOSCHOWITZ explica a procidencia por uma fraqueza da faixa transversalis e uma excessiva pressão das alças do delgado sobre a parede anterior do reto. Daí ele reduz a hernia e reforça o perineo por uma serie de pontos no cavo de DOUGLAS, interessando a faixa transversalis e o peritonio. Depois faz a pexia suturando o reto ou o sigma à mesma faixa.

CORRÊA NETTO elicerçado na sua teoria executa primariamente a ressecção do esfíncter pelvi-retal e secundariamente, caso houver sinais de hernia perineal, trata-a segundo a tecnica de MOSCHOWITZ.

Diz CORRÊA NETTO que essa deveria ser a orientação para a cura da procidencia, eliminando primariamente a causa, acalasia do esfíncter pelvi-retal, e secundariamente uma sua complicação, a hernia perineal.

I — OBSERVAÇÃO

O. L. H. — 36 anos, branco, viuvo, operario, hespanhol. Entradas: 27-1-1940 — Saída: 28-2-1940.

Queixa e duração: Saída do reto há 6 anos.

H. P. M. A.: Ha cerca de 6 anos esteve internado numa enfermaria de clinica da Santa Casa e nessa ocasião tomou um vermifugo. Quando foi evacuar notou que saia pelo orificio anal uma pequena massa avermelhada do tamanho aproximado de um ovo de pomba, a qual não sangrava, mas apenas dava uma sensação de ardor. O paciente conseguiu facilmente reduzir a referida formação para dentro do anus, a custa de manobras manuais. A partir dessa ocasião, notou o paciente que cada vez que tomava um purgante, depois de evacuar, saia a referida formação, sempre com os mesmos caracteres. Refere que só havia a saída quando tomava purgativos salinos, não acontecendo o mesmo si o purgante era oleoso.

Passou cerca de 5 anos nesse estado, não havendo qualquer modificação. De 1 ano a esta parte começou a notar que a massa que saia pelo orificio anal já era um pouco maior que antigamente. Consultou um farmaceutico que lhe disse ser hemorroidas e lhe receitou umas pomadas. Não surtiu efeito tal terapeutica.

Ha 2 dias, indo evacuar, fez um grande esforço, não o conseguindo. Sentiu a saída pelo orificio anal de uma massa carnosa, do tamanho de um coco da baia, e vermelha, não sendo possivel reduzi-la com manobras manuais. Foi

socorrido pela Assistencia que o removeu para a Santa Casa, onde o medico de plantão procedeu a redução da massa tumoral.

Internou-se na 3.^a Cirurgia de Homens para ser operado.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos, Antecedentes pessoais; Antecedentes familiares e Exame fisico geral: Nada de interesse.

Exame local: Pela inspecção constata-se a ausencia de hemorroidas externas. O orificio anal, a simples inspecção se apresenta entreaberto e deixa-se dilatar facilmente com manobras digitais, não se percebendo quasi resistencia esfinteriana. Pela dilatação digital pode-se inspecionar uma bôa parte da mucosa retal que se apresenta congesta.

Pelo toque percebe-se a pouca resistencia do orificio anal não se tendo a impressão habitual da constricção esfinteriana.

Fazendo o toque no momento em que o doente se esforça como si fosse para evacuar, os dedos experimentam uma sensação identica a dada pela propulsão de sacco herniario, quando se introduz o dedo no orificio superficial do canal inguinal (Este fato é de observação de Corrêa Netto).

A prostata se apresenta dura ao toque e com ligeiro aumento de volume do lobo direito, que é doloroso.

Mandando-se o paciente contrair a musculatura do abdomen como si fosse evacuar, vê-se sair pelo orificio anal, a mucosa retal que reveste a formação globosa, do tamanho aproximado de um côco da Baia, que surge "ex abrupto". A mucosa mostra-se de côr vermelha, pregueada circularmente e com laivos de catarro de côr amarelada. A saída da tumoração não provoca dôr e reduz-se facilmente por meio de manobras manuais.

Fazendo-se o toque com a procidencia bem exteriorizada, verifica-se que a altura do fundo de sacco formado pela mucosa em procidencia com a parede do reto mede respetivamente 3 cm. na porção superior e inferior e 2 cm. lateralmente.

Exames de laboratorio e subsidiarios:

Fezes: negativo para parasitas intestinais.

Urina: albumina, glicose e acetona ausentes. Sedimento raras celulas epiteliaes, leucocitos isolados.

Reação de Wassermann: negativa.

Radiografia: ampoula retal e porção distal da alça sigmoide mostram-se muito dilatadas e com mucosa alterada.

Diagnostico clinico: Procidencia do reto.

Tratamento: Cirurgico — Operação 19-2-1940. Operador: Prof. Alipio Corrêa Netto. Assistentes: Drs. Jorge dos Santos e Waldyr da Silva Prado. Anestesia: Raquidiana com percaína.

Diagnostico cirurgico: Procidencia do reto.

Processo operatorio: Ressecção do esfincter pelvi-retal.

Evolução: Não se processou mais a saída do tumor durante a sua estadia no serviço.

Alta curado em 28-2-1940.

Follow up: Voltou ao serviço em 28-5-940, dizendo passar bem.

II — OBSERVAÇÃO

B. A. — 46 anos, branco, casado, sapateiro, brasileiro. Entrada: 25-7-940 — Saída: 19-8-940.

Queixa e duração: tumor do anus, há 20 anos.

H. P. M. A.: Ha 20 anos atrás começou a notar o aparecimento gradativo de um tumor na borda do anus, que aparecia nos esforços que o paciente realizava ao defecar. Esse tumor no inicio tinha o tamanho de uma noz, era indolor, facilmente redutivel e de côr avermelhada. Aparecia aos esforços, como já dissemos, da defecação, ora de um, ora de outro dos rebordos do orificio anal. As manobras de redução o paciente sempre conseguia que o tu-

mor desaparecesse. Passou assim, sem outras perturbações, evacuando regularmente, sendo as fezes sanguinolentas, sangrando o tumor, mas não em abundância, até que cerca de 3 meses atrás, quasi que todas as semanas era obrigado a não frequentar o trabalho, porque o tumor resistia às manobras de redução, o que impedia o paciente de andar. Passado um dia o tumor tornava-se reductível para se repetir o mesmo fenomeno daí a 8 dias. Dessa época para cá começou a sofrer de prisão de ventre. De um mês para cá o quadro se agravou, e o tumor não mais se reduzia pelas antigas manobras manuais, tornando-se assim o tumor um grande incomodo para o paciente. Porisso recorreu à Santa Casa.

Antecedentes pessoais e habitos: Blenorrágia, o mais de pouca importância.

Antecedentes familiares: Nada digno de nota.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos: nada digno de nota, a não ser no aparelho digestivo em que o paciente se queixa de constipação intestinal.

Exame fisico geral e especial: nada digno de nota.

Pulso — 90. Pressão arterial: 145/100. Temperatura: 36°,8.

Exame local: à inspecção da região anal verifica-se varias pregas cutaneas em torno de todo rebordo do ânus, ligeiramente infiltradas, formando 2 pequenos mamilos em 3 e Uh.

Ao toque a tonicidade do esfíncter anal encontra-se diminuída; a prostata é pequena e de consistencia firme, superficie regular, indolor; não se percebem ulcerações nem tumor no reto.

Mandando-se o paciente fazer esforços como si fosse para evacuar verifica-se a saída pelo anus de um tumor que toma logo a forma cilíndrica, ocupando toda a luz do anus. Tem o volume de uma tangerina e apresenta na sua parte central uma fenda vertical de uns 2 cm. que se comunica diretamente com a luz ano-retal. A superficie do tumor, tanto na parte interna como externa, é lisa, de coloração vermelho-vinhosa, brilhante, úmida, não havendo ulcerações ou secreções patológicas.

A raiz do tumor está situada a mais ou menos 1 cm. para dentro da borda externa do orificio anal, havendo um verdadeiro sulco entre a raiz do tumor e o orificio anal. Nesse sulco vê-se as criptas de Morgagni.

O tumor é mole e indolor, sangra com facilidade; é mais ou menos de pronta redução, sendo nesta manobra um pouco doloroso.

À retoscopia verifica-se apenas hiperemia da mucosa ano-retal, não se verificando úlcerações, secreções patológicas ou tumores.

Exames de laboratorio e subsidiarios:

Fezes: negativo para ovos de parasitas.

Urina: albumina: traços leves — glicose e acetona: negativo. Sedimento — leucocitos isolados e agrupados.

Reação de Wassermann: negativa.

T. S.: 1'30 — T. C. 12'.

Diagnostico clinico: Procídença do Reto (2.º grau).

Tratamento — Cirurgico, Operação: 6-8-940. Operador: Prof. Alipio Correa Netto. Assistentes: Drs. C. Bellio e R. Alóe.

Anestesia: peridural com novocaina.

Diagnostico cirurgico: Procídença do reto.

Processo operatorio: Ressecção do esfíncter pelviretal.

Evolução — não se processou mais a saída do tumor durante a sua estadia no serviço.

Alta curado em 19-8-1940.

III — OBSERVAÇÃO

R. de F. — 50 anos, pardo, viuvo, trabalhador rural, brasileiro.

Entrada: 15-7-1940 — Saida: 25-8-1940.

Queixa e duração: Saida do reto no momento de evacuar desde a idade de 18 anos e hemorragia ha muito tempo, não informando desde quando.

H. P. M. A.: Desde a idade de 18 anos, quando vai evacuar, necessita fazer uma relativa força, afim de eliminar as fezes duras sob a forma de azeitonas. A medida que faz força a parede do reto sai pelo orificio anal, ficando uma grande parte (5 a 6 cm.) para fóra. Terminada a evacuação tudo voltava ao normal espontaneamente. Quando fazia qualquer esforço maior saia após a evacuação sangue rutilante. Isso se repetia cada dia no momento da evacuação. Com o passar do tempo o reto deixou de voltar a sua posição natural depois da evacuação, tendo então o paciente de auxiliar a sua redução com manobras manuais. Tinha periodos que era acometido de diarreia, havendo então grande eliminação de sangue após a defecação. Só fez tratamento no inicio de sua molestia. Atualmente continua com o mesmo tipo de fezes, evacuando diariamente. A tumoração atinge uns 10 cm. aumentando de volume quando se encontra inflamada, vermelha e com prurido. Ha ocasiões em que ha eliminação de um liquido amarelo espesso e de grande fetidês. Não acusa dôr durante a evacuação.

Antecedentes pessoais: sarampo, variola e gonorréa.

Antecedentes familiares: nada de importancia.

Exame fisico: nada digno de nota.

Pulso: 70 — Pressão arterial: 13/9. Temperatura 36.º,8.

EXAME LOCAL E ESPECIAL

Inspeção: — O orificio anal se encontra fechado, não se notando qualquer anormalidade. Mandando-se o paciente fazer força como para evacuar, nota-se a saida pelo orificio anal, de um tumefação de forma de cone truncado, com a maior base ao nivel do orificio anal, e o apice truncado para fóra. Essa tumoração é recoberta pela mucosa do reto, que se apresenta vermelho-arroxeadada na sua base e vermelho mais vivo no apice. Ha um ligeiro pregueamento da mucosa.

Palpação: Verifica-se que a tumoração é de consistencia dura. Introduzindo-se o dedo indicador no orificio do apice verifica-se com o polegar que o cone é constituído por todas as camadas do reto. Na base do cone ha um sulco circular entre a parede do reto e a pele.

O tumor é redutivel por meio de manobras manuais.

Toque retal: não se sentem nodulos, paredes amolecidas e flacidas da ampola retal. Prostata endurecida, do tamanho de uma nóz grande, não se palpando o lobo medio.

Ano e retoscopia: Mucosa de coloração e aspecto normais. Ausencia de mamilos hemorroidarios ou massas tumorais.

Exames de laboratorio e subsidiarios:

Fezes: negativo para ovos de parasitas e amebas.

Urina: albumina, gliose e acetona: negativo. Sedimento: rarissimos leucocitos isolados.

T. S. 2'. T. C. 11'.

Diagnostico clínico: Procidencia do Reto (2.º grau).

Tratamento — Cirurgico. Operação: 27-7-940. Operador: Prof. Alipio Corrêa Netto. Assistentes: Dr. Victor Romano e Ac. José F. Fortes. Anestesia: Peridural, com novocaina a 2%.

Diagnostico cirurgico — Procidencia do reto.

Processo operatorio: Ressecção do esfincter pelviretal,

Evolução: — Não se processou mais a saída do tumor durante a estadia no serviço.

Alta curado em 25-8-1940.

Todos os pacientes passam bem até o momento (4-10-940).

BIBLIOGRAFIA

- ALIPIO CORREIA NETO — Procidencia do Reto — Annaes Paulistas de
ALIPIO CORREIA NETO — Procidencia do Reto — Annaes Paulistas de Me-
dicina e Cirurgia. Vol. XXXVII Fev. 1939 n.º 2.
BACON — Anus-rectum — sigmoidecolon.
P. DUVAL ET J. GATELLIER — Pathologie Chirurgicale — Tome IV pg. 928.

F. MRAS, Viena. Experiências com a Endoiodina Wiener Med. Wschr, 1940, N.º 9, Pág. 170.

O autor tratou com o preparado de iodo, ENDOIODINA, 118 doentes portadores de artério-esclerose, bronquite crônica, etc. Nunca se observaram sintomas secundários mais sérios, sendo mesmo muito raras as formas de leve hipersensibilidade ao produto. O tratamento com ENDOIODINA por via parentérica é sempre muito melhor tolerado do que os antigos métodos de administração de iodo por via oral. Nunca se observaram danos nas veias após a aplicação venosa do preparado; mesmo em 2 casos, em que as injeções foram feitas fóra da veia, não se observou nenhum dano no vaso. Certa sensação de calor por ocasião da injeção não provoca nenhuma queixa por parte do doente. Foram tratados 37 doentes com bronquite asmática; além da fluidificação da secreção, observou-se também evidente mitigação do espasmo brônquico. Em 15 casos se combinou o tratamento com ENDOIODINA à auto-hemoterapia. O resultado foi sempre bom, principalmente em 7 doentes que em determinada época do ano se tornavam incapazes para o trabalho; desde a cura com ENDOIODINA os pacientes não tiveram mais acessos e puderam dedicar-se ao trabalho.

Em 25 doentes com bronquite crônica e enfisema, a ENDOIODINA melhorou acentuadamente o estado geral, a ponto de não ser necessário recorrer a outros calmantes da tosse. Além da melhoria subjetiva, observaram-se também sinais objetivos de efeito favorável da ENDOIODINA, patenteado pelo desaparecimento dos estertores secos, em consequência da fluidificação da secreção brônquica. Em 10 indivíduos idosos com bronquite aguda, a aplicação de injeções de ENDOIODINA proporcionou cura rápida.

Em 25 doentes com artério esclerose, dentre os quais 17 com hipertonia e vertigens, dores de cabeça, perturbações visuais e insônia, o tratamento enérgico com ENDOIODINA (frequentemente combinado à auto-hemoterapia) proporcionou via de regra a remoção dos incômodos. Nos doentes hipertônicos, quando se manifestassem distúrbios estenocárdicos, o emprêgo conjunto de Lacarnol e ENDOIODINA proporciona resultados favoráveis. A ENDOIODINA proporcionou melhoria em 8 doentes com reumatismo articular crônico.

Tentou-se a ENDOIODINA nos catarros crônicos, frequentemente recidivantes, das cavidades acessórias do nariz (ao todo em 13 doentes), observando-se que em 11 doentes os incômodos desapareceram; em 2 doentes verificou-se mitigação dos mesmos. Toda a vez que os incômodos reapareciam, a aplicação de ENDOIODINA atuava de modo favorável, removendo-os.

O. PORTWICH, KIEL, Emprêgo do Uliron nas infecções por bacilo coli, Zschr. Urol. 1940, f. 8, pág. 402.

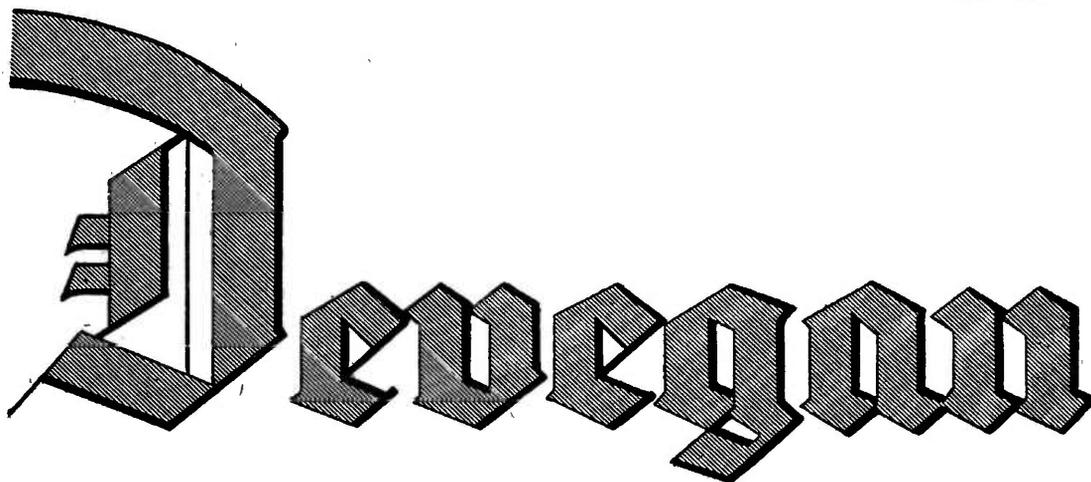
O autor tem empregado com frequência o Uliron nos casos de gonorréia, tendo ultimamente também recorrido ao Neo-Uliron; observou sintomas secundários sómente no início, uma vez sob a forma de eritema e em outra, fraqueza nas pernas, quando a dose empregada era muito exagerada. Na opinião do autor o Uliron também atua contra as infecções colibacilares, fato para o qual os autores americanos já tinham chamado a atenção. Nas cistitis agudas, hemorrágicas e muito dolorosas, em que é proibido o tratamento local, o Uliron proporciona melhoria ou mesmo cura dentro de poucos dias; seu efeito é muito melhor do que o

da hexametileno-tetramina e mesmo do Prontosil. Infecções urinárias "incuráveis" de vários anos, desapareceram após a administração do Uliron, como nos mostram os seguintes casos:

1) Homem de 52 anos, com cálculo renal desde 1914. Ablação de um rim em 1926; a-pesar disto a urina continuava turva (bac. coli). Nitrato de prata; curas em Wildungen, Amphotropina e Salvarsan não proporcionaram a cura. A dose de 3 gr. diárias, durante 3 dias, fez desaparecer todos os incômodos; a urina apresentou-se clara, o que não se verificava havia 21 anos. Nos exames feitos posteriormente a urina apresentou-se clara.

2) Homem de 72 anos; piúria crônica (bac. coli). Tratamento feito até o presente, sem resultado; Salvarsan, Hexametilenotetramina, ácido mandélico e Prontosil. Tratamento feito com Uliron, durante 2 dias, foi suficiente para clarear a urina.

Estes brilhantes resultados obtidos com o uso do Uliron fizeram com que o preparado fosse também experimentado nas afecções vesicais mais atormentadoras e rebeldes, como por exemplo, na úlcera vesical. Observou-se resultado particularmente favorável nesta afecção inespecífica — com frequência não se comprovam bactérias e nem mesmo bacilos tuberculosos. Quasi sempre são acometidas as mulheres. Em 5 de 6 mulheres a úlcera vesical se epitelizara após o tratamento com Uliron (1 vez com auxílio de métodos cirúrgicos: remoção do tecido doente). Por ex., numa mulher com 60 anos se comprovou estado quasi normal após o decurso de poucos dias. Em outra mulher com 30 anos, que sofria havia 3 anos de úlcera vesical, a 1.^a série com Uliron removeu em poucos dias as dores e a vontade imperiosa de urinar; recaída após 6 semanas foi combatida por uma 2.^a série com Uliron e auxiliada também por regime alcalinizante. Finalmente, numa camponesa com 68 anos, portadora de cistite ulcerosa, conseguiu-se o desaparecimento da urina purulenta e das demais perturbações pela administração de 72 comprimidos de Uliron, em doses fracionadas. Estes resultados favoráveis induziram o autor a aconselhar o emprêgo do Uliron na úlcera vesical.



Para o tratamento dos fluxos vaginais de qualquer natureza, inclusive os frequentes e persistentes corrimentos produzidos pelos tricomonas.

Permite um tratamento bio-etiológico pelo favorável reforçamento da fauna microbiana natural.

Embalagem original:

vidro de 30 comprimidos de 1 gr.



A Chimica »Bayer« Ltda.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).