

DA 1.^a CLINICA CIRURGICA DE MULHERES DA SANTA CASA — SERVIÇO DO DR. AYRES NETO)

DIAGNOSTICO EM GINECOLOGIA

DR. AZAEL S. LEISTNER

Não traremos contribuição pessoal alguma que toque á novidade, mas comentaremos apenas dois simples casos ginecologicos por nós observados no serviço cirurgico citado, para demonstrar a inexistencia de diagnosticos faceis ou que com taes não devemos contar se, na medida do possível, pretendermos evitar os erros desta natureza, chocantes para o profissional e não poucas vezes de funestas consequencias para os necessitados de saude.

1.^a OBSERVAÇÃO

Noemia A. R. — 27 anos, preta, brasileira, casada, nulipara, procedente do interior do Estado.

Ingresso na enfermaria em 4 de Abril de 1940. Registro n. 507.

Queixa: Ha 3 dias tem sentido dores fortes, em forma de colica, no baixo ventre, com irradiação á região lombo-sacra. Taes dores apareceram bruscamente e vieram acompanhadas da emissão de sangue pelos genitais externos, em quantidade moderada, lembrando uma regra comum, que já tardava de 1 mez e meio.

Antecedentes hereditarios: Sem interesse.

Antecedentes pessoaes: Não merecem grande credito devido ao avançado gráo de idiotia da paciente. Refere comtudo, molestias proprias da infancia, pneumonia e malária, nunca tendo sido operada.

Regras anteriores ao seu casamento, que data de 11 mezes apenas, cada 30, 4 dias, e, apoz este acontecimento, irregulares, pois faltaram nos ultimos 1 e meio mezes, e, nos cinco mezes precedentes foram abundantes em quantidade, de maior duração, (8 dias) e compareceram duas vezes ao mez (sic).

Consultou semanas antes uma parteira formada que lhe assegurou achar-se grávida de 5 e meio mezes, ao que deu credito por sentir uma bola grande e movimentos estranhos no abdómem (sic). Nega partos, abortos e molestias venereo-sifiliticas.

EXAME ESPECIAL DOS APARELHOS

Aparelho respiratorio: Inspeção, palpação e ausculta, nada revelaram de anormal.

Aparelho circulatorio: Ausencia de sopros cardiacos. Bulhas normaes. Pulso ritmico e isocrono batendo 84 vezes ao minuto. Pressão arterial ao Tycos: maxima 12; minima 7,5; diferencial 4,5.

Aparelho digestivo: Nauseas, vomitos e appetite caprichoso.

Sistema nervoso e aparelhos locomotor e urinario: Normaes.

Abdomem: A inspeção, abaulamento do mesmo, acentuado, atingindo 2 dedos transversos acima da cicatriz umbelical.

A palpação atribue esse achado a um grande tumor ovoidal, maior que a cabeça de um individuo adulto, disposto com grande eixo longitudinal e grossa extremidade superior, de consistencia firme, lenhosa, de mobilidade accentuada em especial lateralmente, (revelavel isso pela pressão manual e mudanças de attitude da paciente) e de escassa sensibilibilidade.

Ha maciszez absoluta á percussão em toda a area ocupada por esse tumor que é limitado por uma linha curva, convexa para cima e dos lados, e alem da qual existe timpanismo intestinal.

Mede o mesmo de altura a partir da sinfese pubica 24 cms.

A ausculta não revela ruidos proprios dos batimentos cardiacos fetaes ou de sua movimentação, mas simplesmente pulsação da aorta abdominal e sopro das arterias uterinas.

Para o lado dos demais órgãos dessa cavidade (figado, vias biliares extra-hepaticas, baço, pancreas, etc.) nada de anormal.

Aparelho genital: A inspeção mostra os genitales externos banhados em sangue que flue discretamente.

Ao toque vaginal: colo amolecido, dilatado a dois dedos, atravez do qual sentem-se massas amolecidas, friaveis, constantes de coagulos e fragmentos carnosos; grande tumor, fazendo corpo com o utero, a encher, como que amoldado, a pequena bacia e dela emergente para o abdomem, onde foi reconhecido.

Sintese semeiotica: Estamos frente a uma moça em periodo de plena atividade sexual, casada, cujos dados anamnesticos:

5 mezes consecutivos de menorrhagias;

Ultimos 1 e meio mezes de amenorrhéa;

Nauseas, vomitos, appetite caprichoso, movimentação extranha intra-abdominal;

Colicas no baixo ventre com perdas sanguineas;

aliados aos objetivos que revelaram a presença de um grande tumor abdomino-pelviano, de carateristicas já descritas, levam-nos, independentemente de exames laboratoriales (reação de Ascheim-Zondek, etc.) a afirmar a existencia da gestação, ora interrompida, e ao diagnóstico diferencial seguinte:

1.º) *Neoplasias anexiaes ou do ligamento largo:* Aos toques retal e vaginal o tumor encontrado faz corpo com o utero que se mostra augmentado de volume. Os anexos não são siquer perceptíveis a esses exames.

2.º) *Aborto tubario.*

3.º) *Ruptura tubaria:* Classica a interrupção da prenhez tubaria em seus dois ou tres primeiros mezes por um destes accidentes. A expulsão de coagulos sanguineos e falsa caduca (signal de Mac Lead) é comum no aborto tubario (influencia hormonal gravídica sobre a mucosa uterina) comtudo a dor apresentada pela enferma não era lateralizada em forma de colicas violentas, mas hipogastrica e de intensidade discreta.

Da *ruptura tubaria* não havia o drama local e geral, e os signaes de Proust e Solovigo eram negativos. O grande tumor abdominal poderia coexistir com qualquer dessas complicações.

4.º) *Prenhez ectopica intra-abdominal primitiva avançada:* a) não ha individualização de feto e suas diferentes partes á palpação abdominal o que é sempre possivel em taes casos, devido a ausencia do involucro uterino proprio da gravidez orto-topica; b) não existe, ao par do grande tumor encontrado, utero de tamanho, consistencia, etc., normaes, deslocado ou não por compressão.

Das modalidades dessa gravidez ectopica a com: a) feto vivo, exclue-se pela ausencia de foco e movimentos fetaes; b) feto morto, pelos dados palpatorios e ginecologicos ora citados e negativos; c) feto calcificado (litopedium, litokelifopedium), pela falta de tumor de consistencia ossea ou cartilaginosa —

á palpação e aos raios X que não revelaram massa opaca anormal intrabdômnal ou pélvica.

5.º) *Prenhez ectópica intra-abdominal secundaria*: Ausência de quadro progressivo de "aborto tubário", cuja sintomatologia é sempre suficiente para permitir sua suposição, através uma anamnese perfeita.

6.º) *Mola hidatiforme*: Menorragias e desproporção uterina relativa á amenorréa; podiam indusir á tal suspeita, mas, a parada espontanea das perdas sanguíneas, a consistencia firme, ao envez de mole do utero, e, a ausência de eliminação dos rosarios de vesículas hidáticas (inconfundíveis) no material expulso pelos genitales, anularam essa possibilidade.

7.º) *Placenta prévia*: As hemorragias não cederiam espontaneamente e a gravidez aparente não proseguiria a periodo tão avançado.

Ademais, seguros já da interrupção dessa gestação, recorremos á histerometria, histeroscopia e á curagem digital que não nos revelaram a presença de feto e placenta, mas de cavidade uterina pequena, com 12 cents. de profundidade e totalmente vasia após eliminação de discreta quantidade de coagulos e fragmentos carnosos, lembrando restos ovulares.

Recorremos então á radiografia abdomino-pelviana que, mostrando ausencia de esqueleto fetal, nos fez banir de vez a forte propensão a admitir a existencia de:

8.º) *Aborto incompleto de 7 mezes*: estribado em: desvalôr relativo do dado anamnestico, tempo de amnorréa; sinais de gestose; altura do fundo do utero; ausencia de vida fetal, mas atribuível aos trez dias de perdas sanguíneas.

Restava portanto, como unico diagnostico:

9.º) *Fibroma uterino, coexistindo com aborto incompleto de 1 e meio mezes*: com o qual foi a doente, após devidamente preparada, encaminhada á sala operatoria em 15 de Abril de 1940.

Anestesia: Raquiiana; espaço entre 2.ª e 3.ª vertebrae lombares.

Anestesico: Neututocaina a 0,5% — 2 cc.

Descrição da intervenção: Laparotomia infra-umbilical cerca de 10 cents.

Aberto o peritoneo, caiu-se sobre grande tumor, maior que uma cabeça de adulto, apresentando grosseiramente a forma em ampulheta, emergente da pequena hacia, fazendo corpo com o utero, bastante movel, não aderente e facilmente exteriorisavel á brecha operatoria.

Histerectomia sub-total, baixa, o mais conservadora possível, anexectomia esquerda, peritonização do assoalho pélvico e fechamento completo da parede por planos.

Post-operatorio, não acidentado. Retirada dos pontos no 6.º dia.

Alta curada no 9.º dia, em 24 de Abril.

A peça operatoria, encaminhada ao laboratorio, foi identificada como "fibro-mioma uterino".

2.ª OBSERVAÇÃO

Carmen de A. L., 47 anos, branca, casada, nulipara, procedente da capital (bairro).

Entrada no serviço a 2 de Agosto de 1940.

Registro n.º 1059.

Queixa: Sofreu sempre de obstipação intestinal cronica, sendo suas evacuações duras, em pelotes e só processadas á custa de laxativos ou lavagens a que recorria cada 3 a 4 dias.

Dentro desse correr de cousas, desagradaveis, mas toleraveis, foi subitamente, ha 24 horas, surpreendida por uma dor forte, em forma de colica que se iniciava no lado direito do abdomen, atravessava o mesmo pela sua parte baixa para subir ao lado esquerdo e terminar nas visinhanças do umbigo (sic).

Essas colicas não eram continuas, mas espaçadas de minutos de acalmia, durante os quaes sentia-se bem; desde o seu inicio não emitiu mais fezes.

nem gases, teve algumas crises de vomitos após ingestão de líquidos e seu abdomen distendeu-se gradativamente (sic).

Antecedentes hereditarios: Sem importancia.

Antecedentes pessoais: Molestias proprias da infancia. Não é etilista, nem tabagista. Nega molestias venereo-sifilitica e corrimentos.

Menarca aos 14 anos. Regras cada 30-3 dias, mas com aspecto de sangue aquoso (sic). Ultima regra dia 10 de Julho deste ano. Casada, nulipara.

Foi operada ha cerca de 20 anos dum tumor abdominal, cuja sede, tamanho, etc., ignora; testemunha essa intervenção, certamente ginecologica, a presença de uma cicatriz operatoria, por incisão de Pfannenstiel baixa.

EXAME ESPECIAL DOS APARELHOS

A cargo dos aparelhos, respiratorio, urinario, nervoso e locomotor, nada digno de nota.

Aparelho circulatorio: Bulhas abafadas, devido obesidade.

Pulso ritmico, isocrono, a 120 por minuto. Pressão arterial ao Tycos: maxima, 14 e meio; minima, 8; diferencial, 6 e meio.

Abdomem: Abaulamento uniforme e acentuado em todas as suas porções. Sinal de Küssmaul, negativo.

À palpação, resistencia muscular difusa predominante no flanco e fossa iliaca direitas; dor intensa e aguda em toda a porção infra-umbilical e discreta ao nivel do epigastrio e hipocondrios.

Timpanismo generalizado á percussão. Sinaes de Kiwul, von Wahl e Jaubert, negativos.

Para o lado do figado, vias biliares, baço, rins, etc., nada de anormal.

Aparelho genital: Nos genitais externos, pequeno tumor do tamanho e forma duma noz, de consistencia mole, inserido por pediculo curto e delgado na parte alta da face interna do pequeno labio esquerdo.

Ao toque vaginal, bastante dificultado pela adiposidade e reação da enferma; colo uterino, fechado, normal em tamanho e consistencia, olhando para a parede vaginal posterior, a que se apoia francamente; utero em antero-versoflexão moveis. de volume e consistencia normaes, não sentido através o fundo de saco posterior; nada de anormal a cargo dos anexos.

Sintese semiótica: Os sintomas abdominaes: Dor aguda, espontanea, interrompida por minutos de acalmia; parada completa da emissão de fezes e gases; meteorismo exagerado; contratura muscular de defeza da parede; vomitos alimentares, etc., aliados ao estado geral intoxicado, á facies de sofrimento e á taquicardia, nos induziram, ante quadro tão completo de "abdomen agudo" ás seguintes conjeturas:

1) *Abdomen agudo "pseudo-cirurgico":* Dentre suas inumeras variedades, excluimos, pelo exame meticoloso dos aparelhos circulatorio, nervoso, respiratorio, etc. que nada acusaram de anormal, as seguintes: crise de angor pectoris; insuficiencias para-tiroideana e supra-renal agudas; pneumonia, broncopneumonia, processos pleuraes, etc..

2) *Ulcus gastrico ou duodenal perfurado:* Afastado pela ausencia de: antepassado gastrico ou duodenal, recente ou remoto; dor em punhalada de sede preferentemente epigastrica; vomitos incoerciveis (mais exuberantes na perfuração duodenal); positividade dos sinaes de Gallo e Taubenschlag e Jaubert; predominancia dos sinaes para o lado do epigastrio e hipocondrios.

3) *Pancreatite aguda hemorragica:* Inexistentes: a predominancia dos sintomas para a porção vizinha á cicatriz umbelical; dor pungente, lembrando a punhalada e de sede epigastrica; vomitos incoerciveis; referencias anamnesticas á colicas hepaticas e perturbações dispepticas pregressas; positividade do sinal de Mayo-Robson; quadro geral grave, consequente á hemorragia interna e choque peritoneal (colapso periferico); o exame de urina, que não orien-

támos nesse sentido, dada a desnecessidade, daria certamente o sinal de Wohlgemuth negativo.

4) *Colica hepatica*: Refutavel pela ausencia de: ponto vesicular ou arca de Chauffard, dolorosa, bem como pela não irradiação característica da dôr expontanea para o dorso, espadua direita; sintômas gastricos comuns (hiperacidez, dispepsias, gastralgia); e sub-ictericia, ictericia franca, acolia, coluria, etc.

5) *Colica renal*: Às vezes se acompanha de ileo dinámico reflexo; a séde e irradiação da dôr acusada, bem como, normalidade palpatoria, percussoria, etc. de ambos os rins, e da micção e urinas emitidas (demonstrado pelo laboratorio) afastam essa origem.

6) *Torção agudã do pediculo dum kisto ovariano*: Fôra a doente anteriormente operada de neoplasia seguramente genital e seria portanto menor a probabilidade de tratar-se de acidente dessa origem.

Demais, não havia zona de massicez absoluta hipogastrica, propria dos tumores pelvicos volumosos, mas sim timpanismo pronunciado em todo o abdomen, cujo exame, aliado ao ginecologico, não revelou a presença de tal.

7) *Processos inflamatorios agudos dos genitales internos*: A anamnese não mostrou fonte possivel dessa infecção, como seja puerperio infectado, intervenções nesses orgãos, blenorragia, corrimentos de qualquer natureza, etc., demais o exame dos mesmos acusou grande sensibilidade, mas o toque nada ofereceu que permitisse pensar em salpingite, piosalpinx, ovarite, pelvi-peritonite, etc. além de que não havia hipertermia, e o processo foi de aparecimento e evolução demasiado rapidos.

8) *Infarto intestinal (trombose da mesenterica)*: Falam contra esta entidade:

Os periodos de acalmia das colicas (em geral inexistentes); o não aparecimento de vomitos sanguinolentos, enterorragias e tumor macisso no hipogastro (consequente á paresia intestinal e enchimento das alças pelo sangue extravasado).

9) *Sigmoidite perfurada*: Não ha crises diarreicas anteriores, nem dor inicial violenta e reação muscular predominantes para a fossa iliaca esquerda.

10) *Apendicite aguda*: Esse diagnostico, com que foi a paciente encaminhada á Santa Casa, não era de todo infundado, pois o exame mostrou: dor expontanea e á palpação na fossa iliaca direita (pontos de Mac Burney e Lanz) em decubito dorsal e lateral esquerdo; signaes de Blumberg e Rowsing positivos; (negativos os signaes de Chutro, Metzger e Dieulafoy); a manobra de Hausmann na palpação profunda da fossa iliaca direita exacerba a dor aí localisada; abolição bilateral dos reflexos cutaneos abdominaes; ausencia comtudo da elevação termica, da discordancia entre o pulso e a temperatura tão comum nestes casos graves de apendicite entre os quaes este seria incluído si de tal se tratasse.

11) *Peritonite aguda*: A levar-se em conta apenas a pujança dos sintomas abdominaes seriamos forçados a pensar em peritonite aguda de origem apendicular ou diverticular (diverticulo de Méckel) todavia os dados geraes relativos á temperatura, pulso, relação entre ambos, e a falta de facies peritoneal, dos soluços e vomitos incoerciveis (mesmo fecaloides) emfim da cena tetrica desta funesta complicação, nos permitiram excluí-la.

12) *Ileo paralitico*: Nada havia do "silencio sepulcral" proprio da paresia intestinal, e sim, ao contrario, eram patentes, hiperperistaltismo (colicas e borborismos) e anteperistaltismo (vomitos), demonstrando o conjunto a luta titanica das alças, empenhadas em vencer um obstaculo certamente existente á progressão do seu conteúdo.

13) *Obstrução intestinal por fecalôma*: Muito embora o antepassado de constipação intestinal cronica, expontanea ou artificialmente evacuava a doente cada 3 a 4 dias; demais seu grau de intoxicação geral não era o intenso e proprio dos portadores da molestia de Hirschprung e o quadro abdominal manifestou-se bruscamente, em plena saude, não se revelando tambem o tumôr

arredondado, movel, de consistencia pastosa, em geral de localisação baixa e muitas vezes acessivel aos toques retal e vaginal.

14) *Obstrução intestinal por novelo de vermes*: Mais encontrada na creança, é, geralmente o acidente precedido pela eliminação espontanea ou medicamentosa de vermes (ascaris, proglotes de cestodios, etc.), por via retal ou oral.

O exame de fezes foi negativo para parasitas e seus ovos.

15) *Ileo biliar*: Passado recente ou remoto, mesmo ligeiro, de colicas hepaticas, negativo.

16) *Volvulo intestinal*: Não revelavel em qualquer das sédes de predileção (alça sigmoide, colon transverso, etc.) da tumoração timpanica (sinaes de Kiwul e von Wahl) dolorosa espontanea e palpatoriamente, depressivel e acusavel á radiografia simples do abdomen pela positividade do sinal de Hintze.

17) *Invaginação intestinal*: Mais propria da infancia. Não encontramos tumor cilindrico, doloroso, dotado de massicez percussoria, e de séde de predileção na fossa iliaca direita (predominancia da invaginação da porção terminal do ileo no cecum) nem evacuações sanguinolentas ou verdadeira enterorragia.

A radiografia post-clister opaco nestes casos, frequentemente faz, por si só o diagnostico, dado sinaes por demais caracteristicos, todavia dela não lançamos mão, dada urgencia do caso.

18) *Hernia estrangulada externa ou interna*: A possibilidade das primeiras foi seguramente afastada pelo meticoloso exame das diferentes regiões anatomicas em que costumam se processar: aneis inguinaes externos; cruaes; umbilical; triangulo de J. L. Petit; quadrilatero de Grinfelt; linha branca; linha de Spiegel, etc.

Entre a segunda modalidade, as das fossetas duodeno-jejunaes, ileo-cecaes, intersigmoideana (rarissima) e do hiato de Winslow, são pouco provaveis por se processarem geralmente á custa das alças delgadas, do que redundam oclusão alta, de sintomas mais berrantes (vomitos incoerciveis, precocemente fecaloides, e processados imediatamente em seguida á ingestão dos alimentos; deperecimento geral mais rapido, etc.) não observados por nós; as transdiafragmaticas costumam se acompanhar de sinaes toraxicos.

19) *Oclusão intestinal por brida ou aderencia inflamatoria ou post-operatoria*: Possivel a origem inflamatoria, mas mais provavel a post-operatoria, embora haja decorrido 20 anos da intervenção a que se submetera a paciente (taes accidentes são possiveis dias, como mezes e anos após intervenção abdominal ou melhor pelviana).

20) *Oclusão intestinal por compressão neoplasica*: a) Neoplasia maligna não coexistiria com o estado francamente florecente de enferma; b) Neoplasia suficientemente volumosa para acarretar compressão seria revelavel ao exame, contudo a extrema sensibilidade, a reação e a adiposidade existentes, poderiam velar a lesão.

Enfim, após essas considerações sumarias, somos forçados a reconhecer que não passamos, na verdade, da esfera das cogitações diagnosticas, e, como quasi sempre ocorre nesses casos de “abdomen agudo cirurgico” — (em que o cirurgião, levado pela urgencia e convicção de resolver a contento e de improvisado, “post-laparotomia exploradora” a surpresa que surgir dessa “caixa de segredos” que é o abdomen, ou mesmo, apenas pelo prazer de provar tal sensação) — encaminhamos a paciente á mesa operatoria, levando a “incognita etiologica” dessa “provavel” oclusão intestinal baixa.

Anestesia: raquiiana a Neututocaina — 0,5%, 2cc. Espaço entre 2.^a e 3.^a vertebrae lombares.

Durante a cêna preparatoria ao ato cirurgico a doente teve descarga brusca de fezes e gases, acarretando acentuada diminuição da distensão abdominal que, aliada ao relachamento muscular e insensibilidade (consequentes á anestesia) nos sugerio um rapido exame de controle.

Este revelou-nos um grande tumor do tamanho duma cabeça de adulto, arredondado, emergente da bacia, atingindo a altura da cicatriz umbelical, ligeiramente desviado para o flanco e fossa iliaca direitas, de consistencia firme, mobilidade acentuada, sendo então seguramente solido, pediculado e de origem pelvica, ou melhor uterina.

Firmado o diagnostico etiologico pre-operatorio graças a este recurso da anestesia, foi a intervenção adiada para esmerado preparo da doente e realizada 4 dias após.

Anestesia geral ao balsoformio.

Operação: Laparotomia mediana supra e infra-umbilical, cerca de 15 cents. Aberto o peritoneo, mostrou-se sob as alças intestinaes meteorizadas e apoiado á parede posterior do abdomen um grande tumor com as características já descritas, de superficie lisa, brilhante e humida, destituido de aderencias e preso á parte media da face retal do utero (normal e situado entre o pediculo e a bexiga) por um pediculo curto (3 cents) e delgado (2 cents).

Foi resecada pequena porção de grande epiploon aderente ao peritoneo parietal.

O unico tempo operatorio delicado foi a exteriorisação do neoplasma através á incisão, após o que seguiu-se ligadura, secção do pediculo e fechamento completo da parede por planos.

Post-operatorio não acidentado.

Retirada dos pontos no 6.^o dia. Cicatrizaçao per priman.

Alta curada no 8.^o dia.

O exame histo-patologico da peça mostrou tratar-se dum fibromioma uterino.

COMENTARIOS

1 — A interposição das alças intestinaes meteorizadas entre o tumor e a parede anterior do abdomen (achado operatorio) a adiposidade e a contratura muscular de defezã justificam a não individualisação de tão grande neoplasma (pesando cerca de 2 kilos) inacessivel aos toques retal e vaginal.

2 — Recorrer á radioscopia e radiografia nos processos agudos cirurgicos do abdomen, em que não haja formal contra-indicação ás mesmas e seja impossivel sem tão preciosos subsidios o estabelecimento dum diagnostico perfeito (anatomico, etiologico, etc) sempre compensará o tempo dispendido e poupará possiveis dissabôres.

3 — Essa regra acertada, não falhou na 1.^a observação, em que foi decisiva e patenteou a extensão de seu valor no 2.^o caso em que, somente aplicando-a poderiamos ter chegado, em qualquer das eventualidades a um diagnostico pre-operatorio irrefutavel.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Tratado elemental de Ginecologia. Ahumada, J. C.
- 2 — Trattato completo de Ostetricia. Dr. Bumm, Ernesto.
- 3 — Diseases of Women. Crossen.
- 4 — Operative Gynecology. Crossen and Crossen.
- 5 — Précis de Pathologie interne. Collet, F. J.
- 6 — Clinica y terapeutica quirurgicas de urgencia. Garcia, M. Corachan e Alsina, F. Doménech.
- 7 — Percussão, ausculta e palpação dos órgãos toraxicos e abdominaes. Dr. Dünner, L. e Neumann, R. Tradução de H. Jobin e R. Margarido da Silva.
- 8 — Traité de Gynecologie medico-chirurgicale. Faure, J. L. e Siredey, A.
- 9 — Tratado de Gynecologie. Hofmeier, M. e Schoereder, C.
- 10 — Das crises dolorosas abdominaes. Prof. Kuttner, L. e Dr. Krueger, K. Isaac. Tradução do Dr. H. Jobin e Dr. R. Margarido da Silva.
- 11 — Practical surgery of the abdominal and pelvic regions. Kennedy, J. William.
- 12 — Traité medico-chirurgical de Gynecologie. Lagrave, F. Labadie e Legueu F.
- 13 — Chirurgie d'urgence. Lejars, F.
- 14 — Peritonite perforative. Moncalvi, L.
- 15 — Abdomen agudo quirurgico. Pavlovsky, J.
- 16 — Operative Gynecology. Peham and Amreich.
- 17 — Modern surgical technic. Thorek.

Laboratorio de Analyses

"ALEXANDRINO PEDROSO"

RUA D. JOSÉ DE BARROS, 168
2.º ANDAR — TELEPHONE: 4-5239

SÃO PAULO