

## DIARRÉIA (\*)

DR. JOÃO FERREIRA

(Assistente do serviço de Gastro-enterologia da Santa Casa de S. Paulo)

### DEFINIÇÃO

Por diarréia se entende a emissão de fezes de consistência líquida ou pastosa uma ou mais vezes nas 24 horas. É importante para o prático não confundir a diarréia verdadeira com a falsa diarréia.

Em muitos casos podemos reconhecer a falsa diarréia pelo fato de encontrarmos, misturados à parte líquida das fezes, fragmentos fecais e algumas vezes, verdadeiras cibalas. Um outro erro é o seguinte: os doentes queixam-se de diarréia porque sentem vontade de evacuar a todo o momento, porem, estudando o síndrome reto-sigmoideano, veremos que não se trata de fezes verdadeiras, mas, de produtos anormais como muco, pús e sangue.

### PATOGENIA E DIAGNÓSTICO

Tendo em conta a multiplicidade da causa de origem da diarréia, para maior clareza, dividiremos o seu estudo em dois grupos: 1.º) Diarréias de origem intestinal; 2.º) Diarréias de origem extra intestinal (psíquicas, neurógenas, humorais, endócrinas).

Quanto ao mecanismo de produção da diarréia entram em jogo apenas dois elementos: 1.º) aumento do peristaltismo; 2.º) aumento da secreção; estes dois elementos podem agir isolados ou em conjunto.

Um ponto importante que devemos frizar é que, em cada caso, a diarréia é apenas um sintoma e, como tal, não é mais que uma manifestação concomitante ou parcial de uma moléstia caracterizada pelo seu quadro clínico mais ou menos complexo.

### DIARRÉIA DE ORIGEM INTESTINAL

Nas diarréias de origem intestinal distinguimos a forma difusa e a forma localizada, sem esquecermos de um fator muito importante

(\*) Conferencia pronunciada no curso de "Tmas do Ap. Digestivo" a cargo do Serviço do Dr. Levy Sodré e patrocinado pelo Depart. Cientifico do C.A.O.C..

que é a origem do agente nocivo, isto é, se este provem do conteúdo ou da parede intestinal.

Dividimos as diarréias de origem intestinal em agudas, crônicas e intermitentes.

### DIARRÉIA AGUDA

As causas da diarréia aguda são de natureza infecciosa ou tóxica, mas, também podem residir em um distúrbio agudo da função digestiva que pode ter como ponto de partida a boca (no caso de comer rapidamente, mastigando mal) ou o estômago (no caso de ingerir alimentos de difícil digestão ou irritantes pela sua baixa temperatura).

Prescindindo das moléstias infecciosas em que a diarréia é apenas uma manifestação parcial, sem constituir o sintoma dominante da moléstia (tifo, sepsis, etc.), nas diarréias infecciosas se deve ter em mente, antes de tudo, as infecções por Salmonelas, Estreptococos e Estafilococos que são as causas mais frequentes da intoxicação alimentar.

O termo intoxicação alimentar deveria restringir-se aos casos de gastro-enterites agudas, tendo como causa uma infecção alimentar de origem bacteriana.

### SALMONELA

O genero Salmonela, compreende bactérias de forma cilíndrica, moveis e imoveis, Gram negativas, aeróbias e não esporuladas.

Fermentam numerosos açúcares menos a lactose, sacarose e salicina com a formação de ácido e comumente de gás. Não formam índol nem liquefazem a gelatina. Os caracteres bioquímicos embora não deixem de ser importantes, não são considerados suficientes para incluir uma espécie no gênero Salmonela. De acordo com o que se observa nas infecções humanas pelas Salmonelas, elas podem ser divididas em 3 grupos: 1.º) as patogênicas absolutas; 2.º) as patogênicas relativas; 3.º) as não patogênicas. Compreende o primeiro grupo a *E. typhosa*, *S. Schotmuelleri*, *S. Hirschfeldii* e raramente, uma ou outra Salmonela mais. Estas salmonelas do 1.º grupo dão origem no homem ao síndrome tífico, de que não nos ocuparemos. No segundo grupo encontra-se a maioria das Salmonelas conhecidas e que são de origem animal.

O quadro da infecção humana apresentado geralmente por estas salmoneloses é o da intoxicação alimentar após a ingestão de alimentos contaminados. Entre outras, podemos citar as seguintes Salmonelas que são as mais importantes deste grupo: *S. typhimurium*; *S. enteritidis*; *S. Thompson*; *S. Newport*; *S. choleraesuis*, etc. Tanto na Inglaterra como na Alemanha mais de 50% dos casos dessas intoxicações alimentares são devidos à *S. typhimurium*. Também em Montevidéo, Hormaeche acha que ela é mais frequente. Vem em seguida à *S. enteritidis* que se acreditava ser a mais frequente e as Salmonelas Thompson, Newport, Choleraesuis, etc. Do 3.º grupo fa-

zem parte espécies que até esta data não foram encontradas no homem, como sejam: *S. typhisuis*, *S. pulorum*, etc.. Para maior clareza vamos dividir as intoxicações alimentares em 2 grupos: 1.º) intoxicação alimentar devida à ingestão de germes patogênicos contidos nos alimentos (tipo infeccioso); 2.º) intoxicação alimentar devida à ingestão de certas substâncias, produtos da multiplicação bacteriana no alimento, antes de ser comido (tipo tóxico).

Os principais alimentos do grupo infeccioso são: carne, leite, algumas vezes peixe, ou outras proteínas como ovos, vegetais ou cereais. A infecção pela carne se dá quando o processo de cocção é imperfeito, como na preparação de patés, empadas, geléas, salchichas.

O poder agressivo dessas bactérias sobre o tubo digestivo é aumentada quando intervêm fatores de natureza mecânica, como uma abundante ingestão de bebidas geladas.

*Sintomas* — O tempo de incubação varia de 2 horas até 3 dias mas, usualmente, dentro de 24 horas apresentam-se os sintomas da moléstia que começa com dores abdominais, tenesmo, diarréia, náusea e vômitos. Cefalea, suores frios, arrepios e síncope, às vezes, estão presentes. Os sintomas iniciais geralmente são alarmantes. A diarréia raramente vai além de 5 dias. A persistência dos vômitos denota um prognóstico mais sério. Os sinais físicos não são característicos. A língua apresenta-se limpa, o abdome é doloroso mas não rígido, não ha aumento do baço.

Os pacientes geralmente apresentam febre de 38º a 39º mas, alguns casos são apiréticos. As fezes são líquidas e algumas vezes estão misturadas com muco e sangue (síndrome disentérica). A mortalidade é, usualmente, baixa, variando de 1 a 3%.

## DIAGNÓSTICO

Diante de um caso com a sintomatologia que acabamos de descrever, qual será a nossa conduta, afim de estabelecer o diagnóstico? Este é feito não só pelo aparecimento simultâneo de muitos casos, como também pela cultura das fezes e pelo teste da aglutinação. Devemos assinalar que em alguns casos a cultura é negativa porem, o teste da aglutinação faz o diagnóstico. De modo que em um caso, em que se suspeita de intoxicação alimentar, deve-se pedir cultura das fezes e o teste da aglutinação.

Em seguida, vamos passar em revista o segundo grupo das intoxicações alimentares que é o tipo tóxico. Vamos estudar por ser de grande interesse as produzidas por Estafilococos.

## AS INTOXICAÇÕES ALIMENTARES POR ESTAFILOCOCOS

A complexa e multiforme biologia dos Estafilococos enriqueceu-se nestes últimos anos de interessantes observações e abrem um novo e importante capítulo no problema das intoxicações alimentares. Cer-

tos Estafilococos, multiplicando-se no interior dos alimentos em condições de ambiente relativamente simples, são capazes de elaborar uma toxina dotada de ação gastrointestinal (enterotoxina) que difere por muitos caracteres dos venenos produzidos por outras bactérias (Salmonelas, bacilo Botulínico) frequentemente implicadas nos envenenamentos desse tipo. Foi por mérito de Dak e colaboradores (1930, 1935 e 1937) e de Jordam e colaboradores (1930, 1931 e 1934), que as intoxicações alimentares por Estafilococos, claramente individualizadas por Barber em 1914, se impuseram decididamente à atenção dos estudiosos. Entre os alimentos responsabilizados acham-se em primeira plana doces de diversos tipos (creme, tortas, chocolate, etc.), seguem-se as carnes conservadas de porco, de galinha e de vaca (presunto, molhos, sanduíches de língua), o leite e, mais raramente, o queijo. Clinicamente, a intoxicação por Estafilococos caracteriza-se por vômito e diarréia, por vezes, sanguinolentas, que aparecem precedidos por náusea, de uma meia a tres horas após o repasto contaminado e se repetem em intervalos de 15' á 20', acompanhada de violentas dores abdominais. Na fase aguda, que se prolonga por algumas horas e que é seguida de um grave estado de prostração geral, manifesta-se também cefaléa intensa e suores frios, o pulso é frequente e muitas vezes se manifestam caimbras musculares nos flexores dos membros inferiores, não há fébre ou então é de grau ligeiro. Verifica-se a cura dentro de 1 a 2 dias em média; a morte é rara. Evidentemente, as diferenças entre essa síndrome e a provocada pelas Salmonelas, pelo menos no início, não são grandes. É de se notar, porem, que no caso das Salmonelas os fenômenos mórbidos surgem mais tardiamente (6-8-10 horas e, por vezes, até 1-2 dias após a refeição contaminada), tem uma evolução em geral mais lenta e nem sempre tão benigna como nos envenenamentos por Estafilococos. Sobre a proveniência dos Estafilococos entero-tóxicos, está demonstrado, que esses micro-organismos têm origem do leite das vacas atacadas de mastite e das afecções humanas da pele, bem como das primeiras vias respiratórias, de onde são eliminados com a voz, a tósse e o espirro. A proveniência humana dos Estafilococos agentes de algumas intoxicações alimentares é muito bem documentada. Assim Kelbert (1931) pode verificar que um operário que havia preparado certos alimentos implicados numa epidemia, apresentava furúnculos no antebraço, e Wilson em 1938 isolou Estafilococos idênticos quanto às propriedades culturais bioquímicas e entero-tóxicas não só nos doces responsáveis por um envenenamento como também nas primeiras vias respiratórias (garganta, nariz) das pessoas que as haviam manipulado. Nos Estados Unidos, por influência das graves intoxicações ali verificadas, foram objeto de particular atenção as providências relativas a contaminação dos alimentos por Estafilococos de origem humana; especialmente no que se refere aos doces que podem se infectar com micro-organismos provenientes de afecções cutanas ou das primeiras vias respiratórias (tosse, espirro, etc.) das pessoas que trabalham na sua confecção. Na Califórnia, por exemplo, as indústrias de do-

ces estão submetidas a uma vigilância especial e em outros Estados um regulamento apropriado prescreve, entre outras medidas, a proibição de fabrico e de venda de certos doces feitos à base de creme na estação quente, bem como o afastamento do trabalho dos portadores de Estafilococos entero-tóxico. A proteção contra os estafilococos de origem animal parece coincidir em grande parte com as normas estabelecidas pela higiene do leite. Um ponto digno de reparo é o do possível uso de meios destinados a destruir os Estafilococos entero-tóxicos nos alimentos que os contem, inclusive o leite, a começar pelo aquecimento. É de se notar, a esse propósito, que tais tratamentos para serem completos, não deveriam apenas ter em mira destruir os Estafilococos, mas também desnaturar a enterotoxina a qual, como sabemos, resiste à ebulição durante 30 minutos. Não é fora de propósito admitir-se que os meios capazes de proporcionar o efeito desejado sob todos os aspetos, sejam inaplicáveis na prática, por serem mais ou menos prejudiciais aos alimentos. Mesmo a refrigeração apresenta-se como um meio de eficácia relativa, desde que seja verdade que os Estafilococos entero-tóxicos são capazes de se multiplicar em baixa temperatura.

De passagem, apenas citarei os “síndromos disentéricos”.

Definir exatamente o termo “disenteria” é difícil, porquanto, algumas fases dessa doença não são caracterizadas pelos sintomas disentéricos. O termo disenteria é derivado do grego que significa “doença do intestino” e esta definição se bem apreciada esclarece o sintoma mais em evidência. No espírito popular indica a passagem pelo reto de catarro misturado com sangue. A passagem desse conteúdo anormal é seguido por dores abdominais generalizadas, tenesmo, puxo, etc.. O termo disenteria tem sido aplicado a um complexo de sintomas que as modernas pesquisas têm revelado que pôde ser produzido por uma infecção do próprio intestino ou invasão de suas paredes por diversos micro-organismos. Como o seu diagnóstico pode ser realizado e conseqüentemente ser feito o seu tratamento, é um intrincado problema. Deve ser lembrado que diversas doenças se apresentam com sintomas que se assemelham mas com as mais diversas etiologias e torna-se necessário um estudo clínico, bacteriológico, parasitológico, apurado, antes que se possa dar uma opinião em cada caso.

É realmente necessário classificar as disenterias e dividí-las em grupos conforme a sua origem: 1.º) por bactérias; 2.º) por protozoários; 3.º) por metazoários.

1.º GRUPO: Disenteria epidêmica ou bacilar, produzida por: a) *Schiga bacillus*; b) *Flexner*; c) *Sonne*, provavelmente idêntico ao *B. dispar* (Andrewes).

2.º GRUPO: Disenteria endêmica, por protozoários: a) Amebíase, ou infecção pela Ameba hystolítica; b) Balantidíase, infecção por um infusório *Balantidium Coli*; c) Coccidíose, infecção por *Ysospora hominis*; d) Giardíase ou lamblíase, infecção por *Giardia intes-*

*tinalis*; e) Diarréia flagelada, infecção por protozoários flagelados: *Trichomonas*; *Chilomastix mesnili* (entidade patológica deste último é duvidosa); f) Disenteria palúdica, ocorre na infecção com o *Plasmodium falciparum* que Manson Bahr encontrou 2 vezes na mucosa retal; g) Disenteria por Leishmania.

3.º GRUPO: Metazoários ou disenteria helmíntica.

O síndrome disentérico pode ser produzido por inflamação ou ulceração do canal intestinal pela Bilarzióse ou Schistosomiase e pelo *Strongiloide stercoralis*. As outras espécies de helmintos também podem dar sintomas similares.

Como disse no início deste capítulo, apenas citei as causas do “síndrome disentérico”; não seria possível discorrer sobre cada causa em particular, pela vastidão do assunto.

Em seguida recordaremos a diarréia após a administração de medicamentos tais como: digital, estrofantus, preparados antimoniais, mercúrio, arsênico. A esta forma se juntam, como é fácil compreender, as diarréias resultantes dos purgantes, laxativos e drásticos que, como é sabido, uma parte age sobre o delgado e outra sobre o grosso, uma produzindo um aumento do peristaltismo e outra um aumento da secreção. De regra, o complexo dos sintomas clínicos nas moléstias agudas com diarréia é polimorfo.

Encontramos assim: anorexia, náusea, sensação de pressão na região epigástrica, aumento dos gases, dores intestinais, cólicas devido a participação do intestino grosso, fébre nos processos infecciosos que pode atingir de 39º a 40º. Quando a moléstia se prolonga por muitos dias verifica-se um comprometimento do estado geral, com perda mais ou menos evidente do peso corporal; nas diarréias profusas isso pode manifestar-se muito precocemente e atingir graus elevados, chegando a desidratação e acidose.

Nesses casos, geralmente, as fézes apresentam os caracteres das diarréias de putrefação e quanto mais intensa é a participação do último segmento do intestino, tanto maior é a quantidade de muco. A presença de sangue se encontra particularmente na disenteria e no envenenamento pelo mercúrio mas também pode encontrar-se nas formas graves de paratifo.

## DIARRÉIAS CRÔNICAS

Nas diarréias crônicas é importante fazer a distinção entre as afecções difusas ou enterocolites e as afecções colíticas. Em alguns casos do segundo tipo pode, em certas circunstâncias, estabelecer-se nitidamente a localização (tiflíte, colite superior e inferior, protosigmoidite, proctite).

Um dado importante que serve para diferenciar a diarréia devida a uma moléstia difusa do canal digestivo das diarréias colíticas, consiste na influência da moléstia sobre o estado geral; em quanto que na maioria das doenças crônicas do intestino grosso, o estado ge-

ral é pouco comprometido, nas moléstias de longa duração do intestino delgado, o estado geral está sempre comprometido, porque no intestino delgado não só se desenvolvem os mais importantes processos da digestão, mas também o máximo de trabalho de absorção das substâncias nutritivas.

#### “DIARRÉIA CRÔNICA COMO CONSEQUÊNCIA DE PROCESSOS MÓRBIDOS DIFUSOS DO CANAL DIGESTIVO OU PREVALENTEMENTE, DO INTESTINO DELGADO”

Neste grupo são particularmente interessantes as diarréias gastrógenas que se observam na aquilia gástrica; também entram no conceito de diarréia gastrógena aquelas que surgem por um esvaziamento rápido do estômago como, por exemplo: nos casos de hipermotilidade, gastro-enteroanastomose, fístula gastrocólica. A causa da diarréia gastrógena é devida em partes à passagem para o intestino delgado de alimentos insuficientemente digeridos provocando uma excitação da parede intestinal e, em parte, a lesões da parede duodenal, a ponto de impedir a “auto esterilização do intestino delgado”.

Se a diarréia não se manifesta em todos os casos de aquilia gástrica e de rápido esvaziamento do estômago, é porque o deficit da atividade péptica é compensada pelos fermentos pancreáticos. O diagnóstico da diarréia gastrógena é feito pela sondagem gástrica e pelo exame coprológico.

Devemos mencionar neste capítulo as diarréias de fermentação e de putrefação que são de grande importância e cujo diagnóstico é feito pelo exame coprológico e, somente por ele, pode estabelecer-se o regime dietético capaz de conduzir à cura. Neste grupo ainda temos a diarréia pancreática, devida a insuficiência desse órgão que nem sempre depende de uma afecção primitiva do pâncreas, mas pode depender de uma moléstia do fígado ou vesícula biliar, do intestino ou mesmo de um aneurisma da aorta. A sintomatologia da insuficiência pancreática digestiva é muito rica mas, muitas vezes, é muito difícil de se estabelecer o diagnóstico porque os sintomas que a constituem, muitas vezes, não são completos. A coprologia permite, até certo ponto, suspeitar o deficit pancreático. As fezes são abundantes, fétidas, descoradas, seja pela falta de bile, seja pela presença abundante de gorduras (coloração cinzenta ou branco acinzentado, ou amarelo pálido). O achado no exame coprológico de grande quantidade de gorduras neutras e fibras musculares não digeridas leva-nos à suspeita de uma insuficiência pancreática. A pesquisa de fermentos pancreáticos nas fezes está atualmente abandonada; a dosagem da amilase na urina e no sangue, tem algum valor semiológico em alguns casos. Somente pela sondagem duodenal que constitue o método de escolha após dosar os seus fermentos (lipase e tripsina, que tem mais valor porquanto a amilase, por sua labilidade, é de dosagem sujeita a erros), é que podemos avaliar o grau de insuficiência pancreática.

### “DIARRÉIA CRÔNICA DEVIDA A PROCESSOS MÓRBIDOS DO COLO”

Para avaliar a diarréia crônica que tem origem no colo, tem interesse determinar tanto a causa quanto a sede da lesão que provoca a diarréia.

Em relação à causa deve ter-se em vista os agentes nocivos que provêm, de um lado, do conteúdo intestinal e de outro da parede intestinal e às vezes de ambos (conteúdo e parede intestinal). Do conteúdo intestinal tem importância a ação nociva que pode ter a alteração da flora intestinal, e também os cocos, bactérias, amebas, helmintos, etc..

As lesões da parede intestinal, como causa de diarréia, são prevalentemente de natureza inflamatória, como por exemplo, as que se encontram como “*colite residual*” após a disenteria ou outra forma de colite aguda, na qual a lesão anatômica pôde ser superficial ou profunda, com ou sem ulceração.

Às vezes também a diarréia consecutiva à lesão da parede intestinal constitue um sintoma parcial concomitante de um processo bem definido que domina o quadro clínico, como nos casos de cancer, polipose, invaginação, etc. e as vezes não é mais que a consequência dos fenômenos de estase como na insuficiência cardíaca e cirrose hepática.

Quero focalizar um ponto muito importante na “*Diarréia crônica*” que é a intermitência da excreção de germens em doentes de disenteria bacilar ou em portadores.

Fletcher e Makinsons afirmam: “um dos principais característicos da infecção crônica do *B. Flexner* é a intermitência”. Esses germens são encontrados nas fézes por um ou mais dias seguidos de um período de 4 a 6 semanas, durante as quais os exames são negativos, para reaparecerem novamente, findo esse tempo e assim sucessivamente. Como se vê é muito difícil o diagnóstico quando o exame é feito na fase negativa, o que não podemos prever. Para preencher em parte essa lacuna, isto é, para completar o nosso exame, mandamos proceder ao teste da aglutinação o qual, se é tido para muitos autores como inconstante é, para muitos outros, de grande valor. Mas o teste da aglutinação pôde ser negativo pois, como sabemos, os pacientes podem ocasionalmente não apresentar no seu sôro as aglutininas. Devemos também ter em mente a multiplicidade dos tipos do *B. flexner*: — V, W, X, Y porque, se um desses tipos for omitido no teste, um resultado negativo pôde ser obtido.

O clínico deante de casos semelhantes deve mandar realizar nos seus doentes os seguintes exames:

1.º — Reto-sigmoidoscopia não só para o estudo da mucosa, como também para a retirada de material: a) por raspagem da mesma; b) por aspiração das criptas pois, às vezes as culturas são positivas, so-



mente no material recolhido das mesmas. Nesse material deve-se fazer o exame direto e cultural.

2.<sup>o</sup> — O teste da aglutinação, para disenteria e salmonela.

3.<sup>o</sup> — Desvio do complemento (de grande valor na amebíase) não só para diagnóstico como também para teste de cura.

4.<sup>o</sup> — Exame de sangue; contagem global e específica (Sprue, anemia) pesquisa de hematozoários.

*Exame de Fézes:* Exame direto de 3 evacuações, caso seja possível.

Exame coprológico, com refeição de prova, que tem importância para por em evidência a diarréia fermentativa, putrefativa, pancreática e gastrógena.

*Pesquisa de ovos helmínticos:* Bilharzia, Ancilostomo, Oxiuros, etc.

*Protozoários:* Ameba, Balantidium, Coccidium, etc.

*R. Wassermann:*

R. X. — *Transito intestinal* com refeição opaca, afim de diagnosticar: apendicites, diverticulites, estenoses, tumores e enterites.

*Relevografia do colo:* tumores e colites em geral.

#### “DIARRÉIA DE ORIGEM EXTRA INTESTINAL”

1.<sup>o</sup> — *Diarréia em relação com fatores psíquicos e nervosos.*

São conhecidas as diarréias devidas a fatores psíquicos, tais como medo, angústia, espera que se encontram nos oradores, nos atores, estudantes, etc. Também devemos lembrar que em muitos casos de diarréia psíquica se encontram graus levíssimos de natureza inflamatória das últimas partes do intestino, verificando-se a diarréia sob o influxo do processo psíquico. Podemos também encontrar diarréia como consequência de moléstias nervosas orgânicas. O melhor exemplo é dado pela “*Tabes dorsalis*” na qual, se em alguns casos observamos espasmos dolorosos, em outros essas crises intestinais consistem em diarréia, não acompanhada de dor; essas diarréias surgem de improviso, duram alguns dias, cessam rapidamente, para voltarem algum tempo depois; são as chamadas diarréias intermitentes.

2.<sup>o</sup> — *Diarréia devido a fatores humorais”.*

A diarréia devida às perturbações das glândulas de secreção interna e dos estados anafiláticos têm uma certa relação com o grupo precedente.

O distúrbio intestinal mais frequente observado no hipertiroidismo é a diarréia que pode preceder os sintomas usuais e vir sob a forma de crises. Ela pode apresentar-se de um modo transitório ou contínuo sendo, neste caso, mau o prognóstico. As fezes são aquosas e variam em número, indo de uma a 20 ou 30 evacuações diárias. Segundo Satles esses acessos são observados em 30% dos casos.

As evacuações não apresentam dores, não têm relação com a alimentação, são rebeldes durante algum tempo, para cessar de repente, tornando-se normais. Diarréia e constipação podem alternar-se.

É possível que muitas diarréias nervosas observadas em moças tenham como causa uma tireotoxicose. Nos casos mais avançados da moléstia podemos encontrar diarréia com muco e sangue, pelo desenvolvimento de uma colite espástica ou mesmo uma colite ulcerosa.

A diarréia do hipertiroidismo é atribuída por Eppinger e Hess à vagotonia enquanto que outros consideram como o resultado de uma aquilia gástrica.

Também na moléstia de Addison encontramos a diarréia. No início da moléstia o diagnóstico é difícil e somente um exame clínico apurado auxiliado pelo laboratório é que pode aclarar a origem da diarréia.

Nas jovens, a puberdade não se instala "d'emblée" como nos jovens. Um período mais ou menos longo de transição é necessário, durante o qual uma desendocrinia geral, sobretudo ovariana pode-se estabelecer; seja com perturbações gástricas (vômitos) ou intestinais (diarréia ou constipação). Também se observa diarréia após a castração cirúrgica na mulher ou na menopausa que cede com a opoterapia glandular e, a diarréia dos velhos com a opoterapia testicular.

Finalizando quero apenas citar a diarréia de origem alérgica na qual entram em jogo dois fatores muito importantes que são: edema da mucosa e espasmo, estes podem agir juntamente ou independentemente, produzindo a hipermotilidade do intestino que se exterioriza posteriormente por descargas diarréicas.

## Preparados Farmacêuticos

Temos a venda Marcas e Formulas licenciadas e incumbimo-nos de sua compra, venda, ou registro. LICENCIAMOS FORMULAS, PODENDO SER EXAMINADAS POR NOSSO TECNICO FARMACEUTICO OU FORNECER FORMULAS. Legalizamos Laboratorios Farmaceuticos, fazemos quaisquer contratos, de instalação, de exploração, de propaganda, de fabricação.

CONSULTEM-NOS SEM COMPROMISSO

## A SERVIÇAL LTDA.

AGENCIAS REUNIDAS RIO DE JANEIRO E S. PAULO

*Diretor Geral: ROMEU RODRIGUES*

Marcas - Patentes e Licenças de Preparados Farmacêuticos - Comestíveis - Bebidas - Etc.

RIO DE JANEIRO  
Rua da Quitanda, 7-Sob.  
(Perto da Rua S. José)  
CAIXA POSTAL, 3384

*Nosso lema: Servir,  
sem nos servir,  
dos clientes*

S Ã O P A U L O  
Rua Direita, 64 - 3.º And.  
CAIXAS POSTAIS  
3 6 3 1 e 1 4 2 1