

Trabalhos originais

Classificação das Nephropathias Medicas Segundo Rathery e Froment. Esboço critico

por

Thomaz Mariante

Da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

(Trabalho especialmente elaborado para as commemorações do jubileu do Prof. Vitor do Amaral)

Em Outubro do corrente anno, na Sociedade de Medicina de Porto Alegre, fiz uma palestra sobre a nova classificação das nephropathias medicas segundo Rathery e Froment. E' meu intuito, hoje, apresentar ao julgamento dos illustres collegas um ensaio critico da mesma. Para melhor apreciardes os seus fundamentos, peço permissão para iniciar esta conferencia com a reproduccão de parte da referida palestra.

CLASSIFICAÇÃO DE RATHERY E FROMENT

Principios directores da classificação

Quatro principios directores orientam esta classificação. Dois são fundamentaes e dois são accessorios.

PRIMEIRO PRINCIPIO — uma lesão do rim pôde manifestar-se por um certo numero de symptomas sem que por isso as funções do rim estejam perturbadas. Um rim pôde estar alterado e o disturbio funcional pôde ser nullo, ou, pelo menos, muito leve e impossivel de reconhecer pelos meios de investigação actuaes. Este tipo de nephrite pôde ficar neste estadio, mas as lesões as mais das vezes evolvem; ora desapparecem, ora progridem, acabando por determinar phnomenos de insufficiencia funcional.

A proposito e como justificativa deste principio passam a demonstrar como pôdem existir perturbações funcionaes sem lesões e lesões sem perturbações funcionaes, citando, o resultado de autopsia onde se verificam lesões de orgãos que durante a vida do paciente não se tinham manifestado por nenhuma modificação das suas funções. Para o rim este facto é tanto mais explicavel quanto nós sabemos hoje que a alteração renal nuncia é generalisada, em seu inicio, pelo menos, só um certo numero de tubos glandulares é attingido, os outros ficam normaes. A lesão é insular, como um dos autores demonstrou ha mais de trinta annos. Todos

os órgãos, e o rim em particular, tem uma quantidade super-abundante de parenchyma; pôde-se retirar um dos rins e ainda parte do rim que fica, sem provocar nenhuma alteração das respectivas funções. E' fácil, pois, de comprehendêr que um rim possa ser offendido, lesado e as suas funções continuem normaes. Pôde-se ainda fazer intervir outros factores, notadamente a hypertrophia compensadora e os phenomenos de supplencia de ordem extra renal. A hypertrophia compensadora está hoje completamente demonstrada; Ambard admitté e insiste sobre este facto, que uma constante uréo-secretoria normal pôde existir mesmo em caso de lesão renal, a constante indicando que o funcionamento do rim é normal e não que o seu parenchyma esteja inalterado. Quanto aos phenomenos de supplencia de ordem extra renal, pôdem elles intervir para compensar a deficiencia da glandula e impedir a apparição dos phenomenos de insufficiencia funcional grave. Quanto á objecção que se poderia fazer de que o rim tendo funções normaes a lesão não se manifestaria por nenhum signal respondem que uma lesão insular, incapaz de determinar uma insufficiencia funcional do orgão, pôde chegar à formação de uma ilhota de tecido cicatricial com transformação destrutiva da cellula tubular, modificação esta que irá provocar o aparecimento de um certo numero de manifestações: albuminuria, hematuria, etc., que traduzirão, não a perturbação das funções do rim, mas o estado do seu parenchyma.

SEGUNDO PRINCIPIO — as funções renas são independentes uma das outras; assim pôdem existir nephrites com insufficiencia sómente de uma delas: trata-se das insufficiencias funcionaes dissociadas. A nephrite com retenção chloretrada pôde não se acompanhar de nenhuma modificação da secreção azotada, etc., facto admittido por Widal, Ambard, etc.

Esta noção da asynergia funcional de um orgão, não é, de modo algum, especial ao rim, encontramola, igualmente, por exemplo, no fígado, como Fiessinger muito bem o demonstrou.

TERCEIRO PRINCIPIO — a lesão renal apenas representa no quadro clínico de uma nephrite parte dos disturbios que pôde occasionar. Pelo facto da deficiencia de uma ou de varias funções renas, as diversas glandulas, parenchymas e tecidos do organismo são mais ou menos profundamente perturbados. A reprecussão sobre o organismo da alteração renal intervém por uma parte muito importante não sómente no prognóstico, como também no quadro clínico apresentado pelo doente. Como se vê, por este princípio coloca-se a classificação de Rathery e Froment dentro do conceito actual das nephropathias consideradas doenças geraes de localização renal electiva, e dentro da orientação constitucionalista, segundo o princípio hippocratico: "tudo consente, tudo conspira, tudo concorre no corpo humano".

Apesar de admittirem este factor importante em sua classificação, não descrevem Rathery e Froment tipos clínicos particulares correspondendo às diversas viceras ou glandulas attingidas; é o papel do clínico, dizem, saber fazer valer a parte deste factor extra-renal no tipo de nephrite que defronta.

QUARTO PRINCIPIO — é preciso distinguir nas nephropathias, no ponto de vista etiologico, duas classes bem distintas: as nephropathias dependendo de uma lesão primitiva do rim, a mercurial é um tipo delas, e as nephropathias resultantes de um disturbio do metabolismo, secundariamente agindo sobre o rim; a nephrose lipoidica é sobretudo uma doença de ordem geral, as manifestações renaes são secundarias.

Para facilitar a apresentação da classificação de Rathery e Froment, antes de entrar no estudo analytico dos diversos grupos que a integram; condenseia-se no quadro seguinte:

Nephropathias sem syndrome de insufficiencia funcional	{	Nephropathias simples	{	albuminosas
				hematuricas
Nephropathias complicadas de insufficiencia funcional	{	Nephrites	{	hypertensivas
				nephrose lipoidica
			{	amylose renal
			{	Edematosas
				{ aguda sub-aguda chronica
			{	Secca azotemica
				{ aguda chronica
			{	Fórmia mixta
				{ edematosas e azotemica azotemica e chloretemica secca azotemica e hypochloretemica

DESENVOLVIMENTO

Como se vê, distinguem, Rathery e Froment, dois grandes grupos de nephropathias: as nephropathias sem syndrome de insufficiencia e as nephropathias com syndrome de insufficiencia renal. No primeiro, o rim, apesar de lesado, continua a funcionar bem, ao passo que no segundo o seu funcionamento é deficitario. O primeiro grupo em parte corresponde ao das nephroses dos allemaes, mas, "como em toda a classificação a terminologia é muitas vezes representativa de uma idéa", e o conceito de nephrose tem servido para caracterizar uma concepção completamente diversa, foi necessário criar essa denominação perfeitamente concorde com a clínica e a physiologia pathologica.

Sigamos, agora, os autores na analyse da sua classificação.

NEPHROPATHIAS SIMPLES

As nephropathias simples comprehendem: as nephropathias simples albuminosas, as nephropathias simples hematuricas e as nephropathias simples hypertensivas. Também se enfileiram neste grupo, a nephrose lipoidica, da qual um dos caracteres principaes é de se não acompanhar, pelo menos durante algum tempo, de nenhum disturbio das funções renaes e a amylose renal. Mas, a irritação do parenchyma renal constantemente mantida pela passagem da albumina, ou pelo deposito dos lipoides ou da substancial amyloide, pode, com o tempo, transformar a nephropathia simples, em nephrite com disturbio do funcionamento renal, são pois, verdadeiras fórmas de transição.

Nas nephropathias simples albuminosas, sómente existe a albuminuria. A proposito da possivel objecção de que normalmente o rim não excrete albumina e que fazel-o seria, portanto, uma alteração de suas funções, dizem, parecer-lhes um pouco paradoxal assim comprehender a albuminuria e admittir a existencia de funções negativas. Para elles toda a albuminuria provem de lesão renal, um rim normal não elimina albumina, a existencia desta permite ser absolutamente affirmativo quanto á lesão, mas, nem a presença de albumina, nem a sua qualidade, nem a sua quantidade, pôdem informar-nos sobre a gravidade da syndrome. Quando disturbios das funções renas se ajuntam a albuminurias já se não trata de nephropathia simples.

A nephropathia albuminosa simples abrange as albuminurias febris do periodo de inicio das infecções, certas albuminurias toxicas ou auto-toxicas (gotta e diabetes), as albuminurias das anginas ou das infecções rhino-pharyngeas, as albuminurias digestivas (clara de ovo, etc.), assim como o grupo importante das albuminurias chamadas funcionaes (albuminurias orthostaticas, intermittentes, cyclicas, albuminurias de fadiga) e as albuminurias cicatriciaes.

A albuminuria constitue, pois, o symptom capital da affecção, podendo, tambem, serem presentes cylindros granulosos, certificando de que se trata de um processo em evolução e não de uma albuminuria cicatricia.

A nephropathia simples hematurica apresenta um só signal; a hematuria, que sobrevem bruscamente e desapparece da mesma forma, acompanhando-se, muitas vezes, de dores lombares. Não devemos confundila com as hematurias que pôdem surgir no decorrer de nephrites chronicas.

A nephropathia hypertensiva caracterisa-se por todos os signaes habituais da hypertension: as urinas são abundantes, pallidas, algumas vezes hematuricas, apenas contendo traços de albumina; existe pollaciuria, e, ás vezes, ruido de galope. A constante uréo-secretoria, a azotemia são normaes; não ha alteração da secreção chloretada, nem edema; a prova da phenolphthaleina é normal. Contrariamente á opinião sustentada por alguns autores, que baseados na ausencia de perturbações funcionaes renas consideram esta hypertension de natureza extra-renal, afirmam que justamente por ella existir compensa os disturbios que poderiam sobrevir do facto da lesão renal, pois, segundo a observação de Carnot e Rathery, abaixando bruscamente a tensão arterial destes doentes, ver-se-á surgirem os signaes da insufficiencia renal.

NEPHROPATHIAS COMPLICADAS DE INSUFFICIENCIA FUNCIONAL

Nephrites

A caracteristica deste grupo reside na presença constante de alterações das funções renas, que pôdem existir isoladamente: nephrites com insufficiencias dissoociadas, ou se pôdem agrupar, englobando varias funções renas: nephrites com insufficiencias mixtas.

Como as diversas funções renas pôdem ser modificadas isolada-

mente, haveria a possibilidade de se descrever uma serie de typos clinicos em relação com cada uma dellas: nephrite com syndrome de alteração das secreções chloretada, azotada, aquosa, do acido urico, da creatinina, do potassio, do calcio, do phosphoro, etc., etc.

Muitas destas syndromes, porém, nuncas foram identificadas isoladamente, achando os autores muito possivel que jamais o venham a ser assim como ao lado dessas funções, relativas á constituição da urina, o rim possue outras, das quaes muitas apenas em estudo, como, por exemplo, a que se refere ao seu papel no equilibrio acido-basico.

No grupo das nephrites com insufficiencias funcionaes dissociadas, poder-se-ia incluir certos typos de diabetes insipida, nos quaes sómente a função da secreção aquosa é attingida. Mas, a secreção da agua pelo rim é a tal ponto mal conhecida e de tal modo ligada ao estado das concentrações maximas das outras substancias, que parece impossivel, actualmente, isolar uma syndrome de nephrite hydrurica; outro tanto poderemos dizer das nephrites com disturbios exclusivos da função acido-base, nephrites com acidose e nephrites com alcalose.

Depois de afirmarem que só está bem conhecida a secreção dos chloretos e da uréa, perguntam Rathery e Froment, se existirão nephrites em função unicamente da alteração da secreção pelo rim, do chloreto sódio, seja por um excesso de sua eliminação (hypochloremia), seja por uma falta da sua excreção (hyperchloremia e retenção chloretada), assim como outras com exclusiva retenção uréica, opinando serem excepcionaes e bem raramente assignaladas, as mais das vezes estando elles associadas, sendo os typos mais conhecidos dessas associações, as fórmas individualisadas por Widal: a nephrite com edema e retenção chloretada (com disturbios associados da secreção aquosa e chloretada) e a nephrite secca azotemica, (com modificações associadas de funções secretorias multiplas, das quaes as principaes são a da uréa e a do chloreto de sódio), as quaes tambem se pôdem combinar entre si, dando-nos a nephrite mixta, com alterações da secreção da uréa, dos chloretos e da agua.

Nephrite edematosa, nephrite secca azotemica e nephrite mixta sendo, no momento actual, as fórmas mais representativas das nephrites.

Convém assignalar o grande alcance pratico desta interpretação applicavel á quasi totalidade dos casos clinicos de nephropathias, assim como a verdade do seu mechanismo physiopathologico, mórtemente no que tange ao valor da azotemia como expressão de mau funcionamento renal, sabido que esta é apenas um indicador do grau de retenção organica de substancias toxicas, ás quaes se devem os symptoms mas graves, assim como a evolução do caso clinico. Tambem explica o complexo das formas clinicas resultantes dos disturbios do metabolismo dos chloretos e da agua, sem o exclusivismo da primitiva classificação de Widal ou de Castaigne, incompativel com o que hoje sabemos do metabolismo desses dois corpos.

NEPHRITE COM EDEMA

Esta fórmica corresponde á nephrite com retenção chloretada de Widal e d'Achard, a nephrite hydropigenica de Castaigne. Mas, seria in-

exacto denominá-la, como se o faz muitas vezes, nephrite chloretemica, pois, a hyperchloretemia está longe de ser um phenomeno constante. A retenção chloretada tecidual é a base deste tipo clinico e as anomalias attingindo a secreção dos chloretos e a secreção aquosa são os unicos signaes da insufficiencia das funções renas. Acham Rathery e Froment possivel, comtudo, como Aubel e Mauriac o demonstraram, que alterações da excreção de outros elementos mineraes tambem estejam em jogo, por exemplo, do K, Ca, P, Mg.

Não concordam com Léon Blan na distincão quanto á retenção de Na hydratante, em lugar da retenção Na Cl. Dizem ter preferido a denominação de nephrite com edema á de nephrite com retenção chloretada, porque a retenção dos chloretos pôde existir sob a fórmia de retenção secca e porque o signal caracteristico desta nephrite é o edema; com muita razão continuam affirmando que, si se quizesse dar a esta fórmia de nephrite um epitheto correspondente a alteração funcional renal, dever-se-ia denominá-la nephrite por alteração da secreção hydrica e chloretada, e que si o edema está certamente sob a dependencia da lesão renal, não é menos certo que os phenomenos teciduaes, sanguineos, capillares, intervêm igualmente, o mecanismo do edema estando longe de ser simples.

Descrevem trez fórmas desta nephrite: aguda, sub-aguda e chronicá, considerando a fórmia sub-aguda a mais frequente. Dão-nos della o seguinte quadro clinico: edema mais ou menos generalizado; albuminuria, urinas pouco abundantes, escuras e turvas; tensão arterial, a mais das vezes normal, algumas vezes abaixo da normal; concentração maxima, constante uréo-secretoria, azotemia normaes; eliminação da P S P normal, eliminação do azul massiça; excreção dos chloretos profundamente alterada (rythmo em escalões de Widal e Pasteur, Vallery e Radot). A ingestão de chloretos determina augmento do edema e a excreção urinaria dos mesmos fica deficiente, a sua suppressão provocando polyuria e desapparição dos edemas.

A terminação pôde ser pela cura ou pela transformação em nephrite mixta. As complicações mais frequentes são o edema agudo do pulmão e a asystolia.

NEPHRITE SECCA AZOTEMICA

Esta fórmia acompanha-se, as mais das vezes, de uma insufficiencia renal variada, mas sómente a insufficiencia da excreção azotada parece preponderante e serve clinicamente para caracterisá-la; assim, ao passo que na forma precedente a alteração do funcionamento renal ficava limitada á agua e ao Na Cl, nesta, muito mais delicado é poder affirmar-se sómente a secreção das substancias azotadas estar alterada. A concentração maxima, a constante uréo-secretoria, a eliminação dos corantes (azul de methylene, P S P) estão frequente e profundamente perturbadas. A azotemia é constante e acompanha-se da elevação do acido urico, da creatinina, assim como é frequente e accentuada a reacção xantoproteica e nitida a indoxyolemia. A excreção renal é attingida sob todas as suas fórmas, assidua tambem sendo a acidose. Não existe edema,

salvo caso de asystolia concomitante, as secreções aquosa e chloretada não parecendo modificadas. São signaes classicos della desde Widal: torpor, vomitos, prurido, myose, anorexia, alterações visuaes e hypotermia.

Descrevem duas fórmas: a fórmia aguda e a fórmia chronicá, a primeira apresentando-se seja segundo tipo de nephrite aguda propriamente dieta (febre typhoide, diphtheria maligna, etc.), seja sobre o de nephrite super-aguda (espirochetose, intoxicação mercurial, etc.). A azotemia pôde nas fórmas agudas ser muito elevada, mas não tem nellas o mesmo valor prognostico que nas fórmas chronicas, já se tendo observado casos com azotemia superior a 6 grammas que curaram completamente. A fórmia chronicá permanece, muitas vezes, durante longo tempo latente, não existindo mesmo siquer a albuminuria, sómente o exame do sangue demonstrando uma ascensão progressiva da azotemia. Rathery e Froment dão, nesta fórmia, completo valor á leis prognosticas de Widal que, sabemos, estão baseadas no augmento da uréa sanguinea.

NEPHRITES MIXTAS

As nephrites mixtas são as mais frequentes; pôdem ser mixtas de inicio ou, o que é mais habitual, como terminação das fórmas dissociadas. O quadro clinico é, segundo Rathery e Froment, perfeitamente bem figurado pela nephrite saturnina, na qual são encontrados, no maximo, os symptomas traduzindo ao mesmo tempo a existencia de uma lesão e de uma alteração funcional renæs. A evolução é lenta, com marcha, via de regra, progressiva. A hypertensão é aqui insufficiente para compensar os disturbios produzidos pela lesão, muito mais profunda do que na nephropathia simples. A hypertensão, de per si, pelo grão de sua elevação, torna-se um verdadeiro perigo, podendo ser acompanhada de ruido de galope. Ha polyuria e albuminuria de media intensidade. Das modalidades de perturbações da secreção chloretada que se pôdem apresentar resultam os trez typos seguintes de nephrite mixta:

PRIMEIRO TYPO — é representado pela associação das fórmas completas já descriptas anteriormente: nephrite azotemica mais nephrite com edema, donde, aos symptomas de retenção azotada se ajuntarem, edema e retenção chloretada tecidual, sendo inconstante a hyperchloremia.

SEGUNDO TYPO — á retenção azotada se superpõe uma retenção chloretada secca: verifica-se, além da azotemia, elevação da taxa de chloretos do sangue, parecendo, segundo Ambard e Léon Blan, tratar-se aqui mais especialmente de retenção chlorada do que chloretada. A acidose é frequente, porém, segundo os autores, não deve estar exclusivamente ligada a chloremia.

TERCEIRO TYPO — á syndrome azotemica associa-se uma queda dos chloretos do sangue, uma syndrome de hypochloremia. O cloro plasmatico é abaixado. A hypochloremia pôde, segundo os casos, acompanhar-se de ausencia de retenção de chloreto de sodio nos tecidos, ou, ao contrario, de um armazenamento deste nos mesmos.

A fórmia mixta das nephrites, com ou sem edema, é sempre de pro-

gnostico reservado; a azotemia sóbe progressivamente: uma, duas, trez e mais grammas; todas as provas de funcionamento renal mostram anomalias profundas e o individuo morre, seja em consequencia da hipertensão, seja da asystolia, seja enfim, do que se convencionou chamar de uremia, isto é, um estado resultante da profunda decadencia das funções renas e da sua repercussão sobre todo o organismo. (Rathery e Froment).

ESBOÇO CRÍTICO

Como é facil de ver, tem razão Rathery e Froment quando afirmam não ir a classificação das nephropathias por elles proposta de encontro aos conhecimentos scientificos novos, não se apoiar em dados anatomo-pathologicos (sabido que uma mesma alteração anatomica pôde manifestar-se por typos clinicos variados), assim como não retirar da etiologia os seus elementos differenciadores (o mesmo agente pôde crear alterações diversas e a lesão produzida pôde manifestar-se por fórmas clinicas distintas), mas, muito acertadamente, se esteiar na physiopathologia, o importante sendo, de facto, não o typo anatomico da lesão, mas os disturbios provocados por esta no organismo.

Apezar de consideral-a uma das melhores, atrevo-me a propor algumas modificações que, sem de modo algum alterarem os seus fundamentos e a sua seriação geral, julgo, salvo melhor juizo, tornarem-na ainda mais completa.

Em primeiro lugar penso dever a intolerancia renal ser incluida na referida classificação como representando o grau minimo de alteração renal, puramente dynamica, uma especial reactividade traduzindo-se por particular sensibilidade das cellulas renas para determinadas substancias, para outros absolutamente inoffensivas. Ora, taes manifestações morbidas, de começo passageiras, poderão, com a sua repetição, como acontece em outros departamentos de nosso organismo, gerar lesões mais serias e duradouras. Segundo o criterio de Rathery e Froment, segundo o qual toda a albuminuria indica lesão cellular renal, deve aqui também tal existir, porém passageira, de modo que o conceito de intolerancia renal, segundo Tzanck e Cottet, que vem substituir o de nephrite anaphylactica, com a vantagem de ser mais geral e de tambem incluir a noção de anaphylaxia, vem desviar do grupo das nephropathias simples albuminosas, alguns typos de albuminurias, verbi gratia, certas albuminurias alimentares, as albuminurias naphylacticas, as albuminurias e hematurias medicamentosas, etc., agora, incluidas, sob a sua rubrica, em um grupo mais homogêneo.

A intolerancia renal pôde se tornar evidente ante as causas as mais variadas. Medicamentos como os saes de mercurio, de bismutho, de ouro, o arsenico, a aspirina, a quinina, as transfusões sanguineas, as injecções de sôro anti-diphtherico, de vacinas anti-typhicas, a ingestão de carne de cavallo crua, etc. pôdem fazer surgir os symptomas que a traduzem, dos quaes os mais encontradiços são: dôres lombares, logo após a absorção do agente provocador (reactogenio), hematuria, albuminurias, etc. A estes symptomas, ou melhor, ao lado delles, outros surgem caracteris-

ticos dos estados anaphylacticos, tales como a urticaria, as artralgias, a eosinophilia, os edemas angioneuroticos, a asthma, etc. Como elemento a mais para o diagnostico da intolerancia renal, que alias é polymorpha nas suas reacções, que podem assumir todos os aspectos das nephrites agudas e sub-agudas (Tzanck e Cottet), devemos levar em linha de conta a pouca edade dos pacientes, via de regra individuos jovens, assim como, a ausencia nelles de qualquer affecção renal anterior. Ainda caracterisam-na, pelo menos nas primeiras vezes, a possibilidade de haver regressão completa e cura brusca, tão brusca quanto o fôr o seu inicio. Em relação ao seu mecanismo, parece, segundo Tzanck e Cottet, resultar da tendencia individual do tecido renal a reagir ao contacto, mesmo infimo, de certas substancias, pois, embora admittindo que os disturbios humorais tenham papel essencial nas intolerancias renais, não poderiam com tudo, de per si, explicar os signaes clinicos de nephropathia, pois, alterações humorais accentuadas existem nas doenças sericas e nos choques colloidoclasicos e, no entanto, nesses casos não existem, as mais das vezes, symptomas renais.

Em segundo lugar, acho, dentro dos conhecimentos actuaes sobre o assumpto não ser legitimo considerar a hipertensão arterial, sem modificação das funcções renais, como uma nephropathia e sim como uma affecção funcional vascular uma arteriopathia funcional, como em recente trabalho já tive oportunidade de affirmar. A hipertensão arterial pôde, de facto, se não acompanhar de nenhuma alteração renal, pôde, de per si, constituir exclusivamente toda a doença, por isso é chamada, essencial, solitaria, etc., consistindo o seu mecanismo em um disturbio dos vasos motores no sentido de uma hypersympathicotomia, donde hypertonia arteriolar e modificações de calibre dos capillares, que se tornam mais angustiados, a consequencia de tudo isto, sendo, é facil de ver, o augmento permanente da tensão arterial. Qual a causa dessa alteração dos vasos motores? J. Weiber, em recente artigo publicado no Zentralblatt für Innere Medicine (de Leipzig) diz que nos hypertensos pallidos é-se logicamente levado a admittir resultar a hipertensão de um espasmo generalizado dos pequenos vasos condicionado á presença no sangue de uma substancia chimica vaso-constrictora. Por muito tempo attribuiu-se á adrenalina tal ação, porém, os methodos os mais sensiveis não conseguiram demonstrar a presençia de um excesso deste hormonio no sangue dos hypertensos. Bahn, em 1931, parece ter conseguido descobrir, na mór parte delles, uma substancia que injectada nos animaes provocaria a elevação da tensão arterial, que Weiber affirma tambem ter isolado. A injecção de tal substancia, feita na carotida do gato uréthanizado, determina ao cabo de 30 a 60 segundos, uma elevação da tensão arterial attingindo o seu maximo em um minuto e persistindo 15 e mais minutos. Repetindo a experiencia com o sangue do mesmo doente, com intervallos curtos, verifica-se a constancia do phenomeno. Com o sangue de individuos normaes, assim como, com o de hypertensos congestivos e de um caso de toxicose mercurial pelo sublimado, nada observou. Facto interessante, a elevação da tensão arterial do animal não é parallela á azotemia, ou ao grão de hipertensão do doente.

Cumpre, antes de prosseguirmos, explicar o uso do adjectivo pallido,

Muitos autores, mórmente os da escola alemão, distinguem entre os hypertensos, segundo a coloração da face, dois tipos: os rubicundos ou congestivos e os pallidos. Os pallidos pertencem ao grupo das hypertensões graves, malignas, com alterações profundas da textura renal; como Weiber fez as suas experiencias com o sangue de individuos deste grupo, portadores de glomerulo-nephrites chronicas, escleroses renas, etc., é de attentar-se na ligação entre os dois grupos que taes verificações parecem demonstrar, havendo sómente, aqui, maior intensidade ou persistencia no espasmo vascular, devido á maior nocividade do agente provocador ou a tendencia especial hereditaria ou adquirida do organismo a reagir mais violentamente, fazendo com mais facilidade a alteração anatomeia. Seja como fôr, considere-se, como querem alguns autores, a hypertensão benigna apenas como phase evolutiva inicial da hypertonia maligna, ou, como forma independente, a verdade é que, a cada passo na clinica estamos esbarrrando com casos de hypertensão arterial bem diversos, quer quanto á gravidade, quer quanto á evolução e terminação. Varela, com muita razão, considera a esclerose pura dos vasos renas, a hypertensão simples sem alteração funcional renal inexistente como entidade anatomo-clinica, os casos descriptos como tal, correspondem á chamada hypertensão solitaria, hyperpiesis, hypertonia que resulta de um estado funcional anomalo das arteriolas, consistindo em um augmento do tono muscular das suas paredes, hypertonia esta negada por Di Ciò, de modo que a hypertonia seria no seu inicio um estado, como já foi dito, puramente funcional, acha, porém, que persistindo esse hypertono por muito tempo, originar-seão lesões organicas nos vasos e a hypertensão se tornará permanente e irreductivel, o que viria, no fim, a fazer da forma benigna uma modalidade inicial da maligna. Aliás, o proprio Manuel E. Varela, é categorico ao affirmar a existencia da nephro-esclerose maligna, que corresponde á hypertonia maligna e á retracção renal genuina. Como nessa, justamente com a syndrome da insufficiencia renal progressiva e da hypertensão, existem lesões intensas dos vasos renas, que levam rapidamente o orgam á atrophia esclerosa, justifica-se, o nome de nephro-esclerose e o qualificativo de maligna. Porém, é bom notar bem que a nephro-esclerose maligna não é enfermidade exclusiva do rim, sinão dos vasos em geral. Quanto ás relações entre a esclerose renal e a hypertensão arterial acha que, no estado actual dos nossos conhecimentos, não é possível resolver definitivamente a questão. "Acceita-se que a hypertensão arterial preceda ás lesões renas, e que a hypertonia essencial e a nephro-esclerose maligna sejam, provavelmente, em seu inicio, uma mesma enfermidade, em cuja pathogenia a hypertensão tem um papel importante".

Ora, recentes comunicacões apresentadas á conferencia de Utrecht, não confirmam as conclusões do scientista argentino. Oberlig, relatando suas experiencias sobre a hypertensão experimental que obtinha seccionando em animaes, em dois tempos, os nervos de Cyon e de Hering, affirma ter verificado que o exame das visceras dos mesmos revelava lesões de esclerose do myocardio nunca porém, nem mesmo ao cabo de 12 meses, a menor lesão arterio-renal ou glomerular, donde concluir, não ser a hypertensão capaz de, isoladamente, provocar lesões vasculares renas.

O Prof. Stachelin, na mesma conferencia, em seu relatorio sobre a clinica da arterioesclerose, diz que o estudo da pressão sanguinea nem sempre dá o resultado que se espera, arterioescleroses muito desenvolvidas, não se fazendo, forçosamente, acompanhar de hypertensão; em particular, nos indigenas de Java, não ha hypertensão nos casos de arterioesclerose generalizada. Na Europa porém, ha maior constancia na relação hypertensão-esclerose, quando esta é intensa.

G. Roussy, René Huguenin e Vermes, baseados em larga observação clinica e anatomica de individuos velhos, verificam que as alterações do sistema vascular do rim, nunca se acompanham de grandes manifestações clinicas, não havendo, na maior parte das veses, hyperazotemia, a invés do que é habitualmente afirmado.

Seja como fôr, não ha razão para conservar no grupo das nephropathias simples, a hypertensão arterial, pois, ou não se acompanha ella de alteração renal, nem mesmo quando se consegue fazer baixal-a, como veremos ou as perturbações funcionaes do rim existem, e nestas condições, tambem ficará fóra do grupo, cuja característica é, justamente, a ausência dellas.

Entre os elementos apontados como capazes de provocar o apparecimento da hypertensão solitaria, a menopausa, cirurgica ou physiologica, tem sido considerada como dos mais importantes. Parece haver no ovario um hormonio de accão deprimente sobre a pressão sanguinea, devendo, portanto, ella augmentar com o desapparecimento da actividade ovarica, até que no fim de certo tempo, voltaria a baixar pela accão compensadora progressiva de outras secreções internas, (Rosemberg). A hypertensão solitaria pôde desapparecer em alguns casos, pôde durar muitos annos sem grandes manifestações clinicas, pôde se acompanhar dos phenomenos vasculares de Pal, pôde occasionar accidentes hemorragicos e crises de insufficiencia cardiaca, mas por outro lado, como affirma Varela, certos destes doentes tambem "suelem llegar a una edad avanzada y hasta vivir más delo que señala el término medio de vida de un sujeito normal". Para Rosemberg uma das caracteristicas da hypertension essencial que, seja dicto de passagem, este auctor prefere ver chamada de presclerose, pois, acha que, via de regra, não passa este estado de uma phase evolutiva, incipiente, da arterioesclerose, está nas oscilações da pressão sanguinea, tornando-se esta, mais tarde, fixa, pela transformação evolutiva do processo de essencialmente funcional, em orgânico, passando da presclerose á esclerose.

Já vimos que recentes trabalhos apresentados a conferencia de arterioesclerose, de Utrecht, não confirmam, in totum, este ponto de vista, e o facto é que podemos observar hypertensões essenciaes, continuas e constantes, outras apresentando paroxysmos hypertensivos, assim como fórmas paroxysticas puras, symptomáticas e essenciaes. Julius Bauer e René Leriche, em recente publicação estudam minuciosamente as hypertensões arteriaes paroxysticas nas quaes o aumento da tensão sobrevem sob a forma de crises, ou em função de estados pathologicos diversos, como por exemplo, traumatismos do sytema nervoso central, meningites, epilepsia, irritação brutal de nervos sensitivos, como o sciatico, excitação do esplanchinico, aortites, nephrites etc. ou isoladamente, constituindo a

fórmia paroxystica pura, essencial, não ligada a phénomeno pathologico reflexo, e considerada por Bernal, que a estudou em seu livro sobre as crises hypertensivas como a expressão clinica do quadro anatomico dos suprarenalomas ou medulo-suprarenalomas. Os autores expõem a observação de um interessante caso de hypertensão paroxystica essencial adrenalogenica. Como hoje se sabe, são tumores das suprarenaes, que por motivos até agora desconhecidos determinam periodicamente, descargas adrenalimicas e assim causam a hypertensão paroxystica. O doente foi operado com resultado satisfactorio, as crises cessando, após a extirpação de um tumor que era um paraganglioma; até agora seis casos semelhantes foram operados com sucesso. Mas, nem todos os tumores das suprarenaes ou paragangliomas originam fórmas paroxysticas de hypertensão arterial, alguns pôdem evolver sem symptomas e outros se fazer acompanhar de hypertensão permanente e de disfunção renal, e assim causar erros de diagnostico, que, até um certo ponto, é possivel evitar, pensando nelles quando se observar tais manifestações clinicas, em individuos jovens, sem herança hypertensiva, e nos quais ao lado da hypertensão ha um certo grão de hyperglycemia e de glycosuria. (Bernal).

Não só ha diferença quanto ao aspecto clinico entre as fórmas continuas, permanentes da hypertensão arterial e as fórmas paroxysticas, como tambem nas prescrições therapeuticas, pois, para as primeiras estão indicados o repouso, os sedantes nervinos, os antiespasmodicos, e os vasos dilatadores, ao passo que para as segundas, quando do tipo essencial, a indicação está na intervenção cirurgica ou na radiotherapia profunda.

Tenho tido a oportunidade de acompanhar alguns casos de hypertensão arterial solitaria, por muitos annos, sem jamais ter observado o menor disturbio das funcções renaes, mesmo naquelles em que me foi possível fazer baixar o nível da tensão arterial. Como exemplo do que venho de affirnar vai a observação resumida de um caso que acompanho desde 1924, portanto ha 10 annos: trata-se de uma senhora de typo meroesplanchnico, de temperamento emotivo, que após a menopausa, que se fizera aos 55 annos de idade, começara de apresentar, além dos phenomenos communs ao climacterio, dôres de cabeça, localisadas principalmente na nuca, tonturas e fortes palpitações. Examinada nessa occasião, apresentava uma tensão arterial maxima de 21 e minima de 11, sem a menor modificação na composição das urinas e com a uréa e os chloretos do sangue dentro dos limites normaes. A morte de uma pessoa de sua familia trouxe maior incremento aos seus males, surgindo-lhe, além das palpitações que se intensaram, crises de arythmia extra-systolica. Em 1925 foi examinada em Paris, pelo Prof. Lian, que deante da normalidade dos exames de laboratorio em relação ás funcões renaes, diagnosticou hypertensão arterial hypersympathicotonica. De 1925 para cá anualmente, tem se feito exames de urina e de sangue com resultados sempre dentro da normalidade, sendo que os ultimos, de Outubro do corrente anno, revelaram as seguintes taxas, uréa 0,45 por mil, chloreto 5,60 por cento, apesar de, após prolongado uso de injecções de padutina e da absorção, per os, de telatuten, haver a tensão arterial baixado de 22 de maxima e 12 de minima para respectivamente 18—17 e 8—9. E' de

notar que, durante este tempo, por 3 vezes houve crises de insufficiencia ventricular E, tipo asthma cardiaca, que facilmente cederam á medicação respectiva.

E' igualmente digna de menção a observação que se segue e que se refere a um caso que tambem venho acompanhando ha quasi 6 annos, não só pelo alto grão da hypertensão, como pela perfeita tolerancia com que esta é supportada. Trata-se de uma senhora de cerca de 60 annos de idade, que, em principios de 1929, me procurou por sensação de dormencia nas mãos, cainbras nas pernas, tonteiras, etc. Ao exame objectivo verifiquei ser um tipo brevilineo esthenico, hypernutrido, pesando 97 kg.500, phisonomia alegre, seu pulso tenso, cheio, abzia 78 vezes por minuto, a tensão arterial era maxima 27 e minima 12, havia hyperphonese accentuada da 2.^a bulha no fóco aortico. Em Dezembro de 1930, após operação para extirpação de um tumor suspeito no seio E, a tensão arterial alcançava o seu maximo, maxima de 30 e minima de 15, sem a menor alteração das funcções renas, sómente os phenomenos vasculares de Pal, mais accentuados (dormencia nas mãos, dôres pelas coxas e pernas). Em fins deste anno continuava a maxima na vizinhança de 28 e a minima de 13, pulso 90, sem outro qualquer incommodo, afóra os já citados.

Por outro lado tenho me defrontado com fórmas de hypertensão que, na verdade, bem merecem o titulo de malignas, nas quaes não só havia disturbios das funcções renas com retenção das escorias azotadas e, muitas vezes, acidose, como os acidentes devidos ao elevado nível da tensão arterial, hemorragia cerebral ou crises de insufficiencia ventricular esquerda, foram observados com muita frequencia, resistindo a hypertensão á todas as tentativas therapeuticas, terminando pela morte dois annos a dois annos e meio no maximo, após o diagnostico firmado. Como em alguns destes doentes fosse clara a historia de uma nephropathia anterior, penso ser razoável admittir a hypertensão como consequencia da mesma, mas, em outros não me tendo sido possível encontrar traços siquer da existencia de uma doença renal no seu passado, parecendo terem surgido as alterações do funcionamento renal concomitantemente, ou pouco tempo após o apparecimento da hypertensão arterial, julgo necessário admittir uma fórmula de nephropathia complexa com syndrome de hypertensão arterial predominante, que ao meu ver seria o equivalente da nephro-esclerose maligna da escola allemã e que acho ser perfeitamente bem representada pela antiga nephrite hypertensiva e urémigenica de Castaigne, com restrições quanto á descrição da sua primeira phase, que é mais da hypertensão solitaria.

Como exemplo de hypertensão maligna, entre muitas, vou escolher a seguinte observação: A. A. C. com 53 annos, branco, casado, funcionario aposentado, procurou-me a 17 de Novembro de 1928 por cephalalgia intensa, localizada no alto da cabeça, tonteiras, mau estar, etc. Não se recordava de doença grave no seu passado, nem havia nada de interessante para o lado da familia. Era grande fumador e comedor de carne. Mediolineo, altura 1m.70, peso 58 kilos, 450, pulso duro, tensão maxima 24 e minima 14; 84 batimentos por minuto — 2.^a bulha clangorosa no fóco aortico — urinas albuminosas e hematuricas, contendo cylindros —

a uréa no sangue alcançava 0,571% e a creatinina 1 millgr., 64%. Instintuindo rigoroso tratamento, mantém-se em equilíbrio instável, melhor dos incomodos subjetivos, mas com as urinas sempre com o mesmo aspecto, até abril de 1929, quando após uma viagem intempestiva a uma Praia, começaram a piorar, as dores de cabeça recrudesceram, a uréa sanguínea entrou a subir, a tensão arterial oscilando entre 25 e 24 de Mx. e 14 e 13½ de Mn., até que, 60 dias depois vinha a falecer, em pleno coma uremico, com mais de 3 grs. de uréa no sangue e reserva alcalina muito abaixada.

E' evidente nesta observação a relação entre a hipertensão e as lesões renais, no caso não houve nephropathia anterior, ao contrário, fui informado que o paciente já, algum tempo antes, fora considerado um hypertenso; houve, pois, hipertensão acompanhada de lesões renais evidentes na syndrome urinaria e humoral, portanto uma hypertonia maligna ou nephropathia hipertensiva e urimigenica, segundo a classificação de Castaigne modificada, sem a 1.^a phase, que como já vimos não pertence a esta forma.

Excluída a hipertensão essencial do grupo das nephropathias simples considero necessário incluir uma forma mixta, albuminosa e hematurica, pois, tenho visto alguns casos em que paralelamente à hematuria surge albuminuria, em quantidade superior a que poderia resultar da propria hematuria.

Por outro lado a nephrose lipoidica, não pode nem deve ser encerrada entre as nephropathias simples, uma vez que é precedida e acompanhada de profundas alterações metabólicas, ao contrário deve ocupar um lugar especial à parte, ao lado das outras nephropathias, pois, a essa autonomia nosographica lhe dão direito não só o seu quadro clínico humoral e urinário, como as lesões anatomo-pathológicas de que só se acompanhar, de modo que não é possível confundir-a com qualquer outro tipo de nephropathia. Na verdade, E. Bannick, no The Jurnal of the American Medical Association, vem de publicar um interessante trabalho, esteado em uma estatística de 160 casos com syndrome nephrotica: edema, albuminuria profusa, lipoidose sanguínea, hypo-proteinemia, etc., na qual porém, se verifica que sómente em 30 casos a syndrome era pura, nos 130 restantes havia também agressão glomerular concomitante, com hipertensão ou uremia, sendo de notar que, mesmo entre os 30 casos puros, 7 morreram de uremia, facto que seria de molde a fazer da nephrose uma variedade particular de nephrite, mas como bem o diz o comentador do artigo, R. Rivoire, a benignidade relativa da nephrose lipoidica pura, uma forte proporção destes doentes estando há muitos anos curada, é de molde, entre outros motivos, a justificar a individualização da nephrose lipoidica.

A propósito, e para ilustrar a exposição, vou relatar um caso interessante de nephrose lipoidica, de etiologia syphilitica, em uma paciente infestada pelo ancylostomo duodenal. A 26 de Abril de 1934 baixou à 20.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericordia, indo ocupar o leito 32, papeleta 3292, N. O. de cor branca, com 13 anos de idade, solteira, natural deste estado e residente nesta capital, rua 41, número 362.

Conta que há 2 anos vem tendo, episodicamente, inchação dos pés

e pernas, a qual de trez mezes para cá se tornou permanente, alcançando o ventre, face dorsal das mãos e rosto, principalmente as palpebras. Neste interím, começou de sentir dôres nas costas, nas cadeiras e nas panturrilhas, assim como se installou intensa falta de ar, que muitas vezes a impede de dormir. Surtos diarrheicos, com oito a dez evacuações diárias tambem por vezes foram presentes, assim como dôres de cabeça a molestavam, mórmente á noite.

No seu passado morbido, assim como no de sua familia, nada ha digno de nota para o caso.

Ao exame objectivo se nos apresenta uma rapariga que impressiona, a primeira vista, pela accentuada pallidez, de sua pelle e profundo descoramento de suas mucosas, assim como pelo edema das suas palpebras e bochechas, dando-lhe uma face de lua cheia. O edema é generalizado, attingindo membros inferiores, superiores e tronco, etc. Edema molle, conservando a impressão do dedo. A paciente toma no leito posição semi-sentada, por causa da falta de ar. É um normotypo, com 1m,49 de altura e pesando 53 kilos, temperatura normal. O exame dos diversos apparelhos feito no dia da entrada foi negativo para o respiratorio, havendo para o circulatorio hyperphonese da segunda bulha no fócio aortico, tensão arterial baixa, maxima de 11 e minima de 6, e para o digestivo accentuado typanismo entero-colico, leve augmento do figado; as fezes continham grande numero de ovos de ancylostomo e de larvas. Para o lado do apparelho urinario os symptomas eram bem mais interessantes: urinas escassas, densidade 1011,5, reação levemente acida, 3,6 por mil de albumina, traços nitidos de pseudo-albumina, pyina e sangue, 9 grs., 223 de chloretos, 18grs., 7 de uréa por mil; no sedimento havia numerosos crystaes de phosphato ammoniac magnesiano, numerosos pyocitos, muitas hemacias, diversas cellulas epitheliaes e filamentos de muco. A interpretação deste exame ficou prejudicada pelo facto de ter estado a paciente menstruada até a manhã do dia em que foi a urina colhida.

O exame do sangue deu o seguinte resultado: diminuição da albumina total, 54 grs. por mil, sem inversão da relação serina globulina (44 por mil de serina e 10 por mil de globulina), cholesterol aumentada, 2 grs., 142 por mil.

Com estes dados foi feito o diagnostico de anemia hypochromica, por verminose intestinal, com alterações humorais e urinarias em parte lembrando as da nephrose lipoidica. Enquanto se procedia a exame de sangue no sentido de verificação quantitativa e qualificativa dos seus elementos figurados e dosagem da hemoglobina, e a novo exame de urina, extrahida por meio de sonda, foi iniciado o tratamento da verminose e instituido um regimen hypochloretado, assim como eram ministradas á paciente duas capsulas com 0,50 de theobromina por dia.

A seguir vieram os resultados destes exames que foram: *urina*: densidade 1017,9, fraea acidez, pequena quantidade de albumina, pseudo-albumina e pyina, substancias gordurosas, raros crystaes de acido urico, algumas cellulas epitheliaes, diversos pyocitos, raros cylindros hyalinas e mixtos, *lipoides bi-refringentes*; *sangue*: albumina total 47 por mil, serina 33 por mil, globulina 14 por mil, cholesterol 2 grs., 863 por

mil, uréa 0,143 por mil, globulos vermelhos 4.935.000 por mm³., globulos brancos 7.600 por mm³., basophilos 1 por cento, eosinophilos 3%, neutrophilos 70% (fórmulas em bastonetes 6%, fórmulas segmentadas 64%) lymphocitos 19%, monocytos 7%, hemoglobina 87%. (Hellige).

O exame do sangue, quanto à anemia, mostrou-se em completo desacordo com o aspecto clínico da paciente, talvez a sua pallidez se possa explicar pela presença do edema, mas para as mucosas tal explicação já não satisfaz, ficando a duvida quanto a possibilidade de algum mal-entendido na realização do referido exame. No tocante ao diagnóstico de nephrose lipoidica as modificações humorais se vão todas encaminhando para o quadro classico da mesma, salvo a inversão da formula serina e globulina que, como se verá, sómente se tornou presente quando a docente já convalescia e a quantidade total das albuminas sanguíneas se approximava do limite da normalidade, anomalia interessante e digna de registro; aliás a verificação da presença de lipoides bi-refringentes na urina veiu confirmar a suposição de nephrose lipoidica. Como a theobromina não tivesse determinado a menor modificação no quadro clínico, muito ao contrario se tendo, os edemas accentuado, foi ella supprimida, sendo substituida pela administração de pó de thyreóide, 50 cmgrs. por dia, tambem foi estabelecido um regime alimentar rico em proteínas. A 19 de Maio, apesar do tratamento, ainda existiam raros exemplares de ovos e de larvas de ancylostomo nas fezes: nesta data foi feita uma reação de Wassermann, que resultou positivo fraco.

A 7 de Junho, o edema assumia proporções enormes, a paciente completamente edemaciada, tumida como um balão, olhos quasi fechados pelo edema palpebral, derrame nas cavidades pleurais, maior a esquerda, com pequeno desvio da ponta para a direita, urinas escassas, muito albuminosas, apresentava no sangue as seguintes dosagens: uréa 0,20 por mil, creatinina 0, millgr, 57 por cento, chloreto 7,254 por mil, cholesterol 3 grs, 210 por mil, albumina total 41 por mil, serina 31 por mil, globulina 10 por mil.

Como se vê, havia notável aumento do colesterol e accentuada diminuição da albumina total, sem contudo a classica inversão da formula serina globulina, a uréa e a creatinina em quantidades bastante pequenas apesar do regime, notava-se aumento dos chloreto do sangue, coincidindo com o aumento dos edemas, infelizmente não foi possível a dosagem dos chloreto na urina. É de notar que a paciente havia durante toda a semana conseguido condimentar a sua alimentação com fortes doses de sal.

Tendo N. O. melhorado da sua verminose, como se verifica do exame de fezes, negativo na occasião, assim como não tendo sido confirmada a anemia, diagnosticada clinicamente no dia da entrada, e havendo fracassado todas as tentativas de tratamento em relação aos edemas, foi abandonada a hypothese de se tratar de uma nephrose por verminose, conforme os estudos brsileiros, principalmente de Waldemar Berardelli, e fixada a attenção na reacção de Wassermann, positiva, levando em linha de conta ser a etiologia syphilitica da nephrose lipoidica, classicamente a mais commum, é esta considerada de tal natureza, e se inicia um tratamento específico sob a forma de injecções intra-musculares

YAMBI

MODERNO ESPECIFICO IODO BISMUTHICO LIPOSOLUVEL

Temos a satisfação de apresentar, á distincta classe medica, o nosso preparado em condições aperfeiçoadas.

Removidas as difficuldades technicas, conseguimos finalmente a solubilisação do sal em oleo de olivas purificado, tornando as injecções

e de perfeita absorção.
absolutamente indolores

Enriquecemos o composto com a introdução de lecithina, de acção tonica.

De nulla toxidez e perfeita tolerancia, o "Yambi" se comporta efficaz e decisivamente no tratamento de todas as formas da syphilis.

Para Adultos: Caixa de 10 amp. de 2 c. c.

Para Crianças: Até 8 annos de idade, dosagem especial,
em caixas de 6 ampolas de 1 c. c.



INSTITUTO PAULISTA DE BIOQUÍMICA

São Paulo
Caixa Postal, 3329
Teleph. 7-2265

Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha, 151
Teleph. 2-5566

Representantes no Rio Grande do Sul:
FAUSTO SANT'ANNA BOHNS & CARNEIRO
Rua Siqueira Campos, 1257 Rua Marechal Floriano, 115
Porto Alegre Pelotas

Larosan

"ROCHE"

Medicamento dietético
da diarréa infantil.



Amostras e literatura

Caixa de 100 grs.
Saqueiro de 20 grs.

PRODUCTOS ROCHE S. A. -- C. Postal, 329 -- RIO.

de oxycyaneto de mercurio, por ser impossivel encontrar-se as veias. Logo aps a primeira injecão, nas 24 horas seguintes, a paciente principia a urinar abundantemente, mais de litro, começando concomitantemente a desinchar e em breve tinha alta, completamente curada, pelo menos na apparencia clinica, conservando apenas das suas alterações humoras a seguinte modificaçao: albumina total 60 por mil, serina 28 por mil., globulina 32 por mil. Dois meses, depois, segundo informaçoes recebidas, N. O. continuava perfeitamente bem.

Ao lado da nephrose lipoidica, collocam Rathery e Froment a amylose renal entre as nephropathias simples, ora, em primeiro lugar não podemos falar propriamente em nephrose amyloide, mas em infiltração amyloide do rimi, que, ou pôde ser apenas uma determinação renal de um processo geral de infiltração amyloide, "a amyloidose, como deve ser chamada, é um processo morbido geral caracterizado por um desequilibrio metabolico das proteinas e localizado electivamente no sistema reticulo-endothelial" (Annes Dias), ou surgir como um phenomeno satelite no decorrer das formas chronicas das nephrites, como se verifica na observação que se segue, infelizmente bastante incompleta por se ter perdido a ficha clinica respectiva: E. da S., com 50 annos, preta, solteira, de profissão domestica, baixou á 20.^a Enfermaria a 8 de Abril de 1934, indo ocupar o leito numero 12, papeleta numero 2771, estava completamente edemaciada, edema molle, depressivel, conservando a impressão do dedo. Havia derram nas cavidades pleuraes. Seus males, segundo informava, datavam, mais ou menos de 2 meses, e se haviam iniciado por inchação dos pés e das palpebras, a qual, apesar do tratamento instituido, foi aumentando a ponto de obrigar-a procurar o hospital, pois tinha grande dificuldade em trabalhar devido aos edemas. Urinava muito pouco, urinas muito còradas. Nada mais sabia ou podia informar, sendo uma atra-zada mental. Não havia falta de ar, sendo-lhe permittido o decubito em qualqner posição; rythmo cardiaco regular, com hyperphonese clangorosa da segunda bulha no fócio aortico; arterias radiaes e humoras endurcidas e rolando soh os dedos. O exame de urina deu o seguinte resultado: densidade baixa, 1006.3, acidex fracea, regular quantidade de albumina, traços nitidos de pseudo-albumina e de pyina, sedimento escasso, contendo raros crystaes de acido urico, algumas cellulas epitheliaes e muitos pyocitos; sangue: cholesterol 1 gr.88 por mil, chloreto 5. grs.090 por mil, uréa 0,40 por mil, albumina total 69 por mil, serina 40 por mil, globulina 29 por mil. Com estes elementos firmou-se o diagnostico de nephrite chronica com retenção tecidual hydrica e chloreata, diminuição dos chloretos no sangue, arteriosclerose disseminada, atheroma aortico, e, de acordo, prescripto um regime adequado, com reduçao dos líquidos, e ministrada uma gramma de theobromina por dia. Apesar do regime e do uso da theobromina, as urinas se tornavam cada vez mais escassas e o edema mais accentuado, em vista do que foi instituido um tratamento específico, que tambem resultou inefficaz, e a doente, um mez após a sua internação faleceu.

Feita a autopsia, verificou-se grande infiltração liquida dos tecidos abundante derrame nas cavidades pleuraes, coração sensivelmente atrophiado, pesando 160 grammas, com as coronarias exageradamente si-

nuosas e de paredes muito espessadas; rins augmentados de volume, pesando o direito 208 grs., e o esquerdo 205 grs., a zona cortical de coloração branco acinzentado em nitido contraste com a cor vinhosa das pyramides; a descorticação é relativamente facil; baço pesando 103 grs., de aspecto pobre em amyloide. O exame microscopico feito pelo ilustrado anatopathologista, Dr. Helmuth Weimann deu o seguinte resultado: nephrite traduzindo-se por moderado processo congestivo e esclerose inter-lobular pouco accentuada. E' difficult o estudo do epithelio tubular em face das alterações cadavericas que apresentam. As lesões de amyloidose (vermelho congo e azul de methylo) observam-se nos glomerulos de Malpighi, estando alguns quasi totalmente invadidos por esse processo regressivo. Baço relativamente pobre em amyloide, embora alguns corpusculos de Malpighi formem massas de substancia amorphia com reacções metachromáticas, em que os lymphocytos quasi desaparecem; persistem algumas vezes raros elementos lymphoides em redor da arteriola. Capsulas suprarenaes tendo sómente a zona fasciculada invadida pelo processo amylogenico, a reticula e glomerular indemnes.

A questão da amylose renal é das mais interessantes, quer quanto á sua posição nosológica, quer quanto ao seu quadro clinico. No ponto de vista nosológico, a Escola Franceza tende a aproximal-a da nephrose lipoidica. Abrami e Mme. Bertrad-Fontaine, em 1931, Merklen e Aron, Labbé, Boulin e Justin-Bersançon, em particular os primeiros, em seus trabalhos e observações, procuram demonstrar os laços de íntimo parentesco que as parecem unir, achando Bard que em ambas ha uma especie de entupimento dos tecidos por substancias estranhas.

R. Saerez, em recente artigo (julho de 1934), da *Revue de Médecine*, é categorico: "cliniquement l'amylose offre dans ses formes classiques des symptomes identiques à ceux de la néphrose lipoidique. Elles évoluent toutes deux de façon analogue; elles sont capables de guérir, et dans le cas contraire elles sont exposées à se compliquer de cylindrurie, et à verser dans la sclerose progressive. Au point de vue biologique l'analogie est encore plus complète. Les deux affections s'accompagnent d'hypotroteinémie et d'hyposérinémie. La globulinémie est normale ou augmentée. Le lipidémie est variable, il est vrai, dans l'amylose elle peut être aussi élevée que dans la nephrose lipoidique. L'amylose survient à la suite de suppurations chroniques, alors que le néphrose lipoidique se montre volontiers à la suite de suppurations aiguës pneumococciques." Este conceito etiologico, no que diz respeito á nephrose lipoidica, merece alguns momentos de atenção. Em primeiro lugar vae de encontro ao estabelecido classicamente, isto é, de que a nephrose lipoidica, quando não de causa desconhecida, tem na syphilis um dos seus mais importantes factores, em segundo, exclue a influencia das verminoses na sua genese, condição etiologica brilhantemente sustentada pela escola brasileira, etiologismos confirmados pela observação clinica que diariamente nos mostra nos resultados da therapeutica a realidade dos mesmos; assim como é, também, por demais restrictivo em relação á amylose. Quanto á approximação da amylose á nephrose lipoidica, si é verdade que em ambas encontramos uma syndrome classica, também é verdade, como já vimos, poder a infiltração não passar de simples epiphé-

nomeno no decorrer das nephrites chronicas, sem maior participação no quadro clinico ou na alteração humoral.

Aliás, já Osler e Mc Crae eram explicitos em negar o direito de cidadela entre as nephrites á ilfiltração amyloidide do rim "amyloid (ladaeous of woxy) degeneration of the kidneys is simply an event in the process of chronic nephrites, most commonlyn the chronic parenchymatous nephrites following fevers, or of cachetic states. It has no claim to be regarded as one of the varieties of nephrites. The affection of the kidneys is generally a part of a widespread amyloid degeneration occurring in prolonged suppuration, as in disease of the bone, in syphilis, tuberculosis, and occasionally leukaemia, lead poisoning, and gout. It varies curiously in frequency in different localities".

Posto o problema nestes termos, parece ser,, de momento, como para a nephrose lipoidica, impossivel continuar a conservar a amylose renal entre as nephropathias simples, dado o que sabemos a respeito dos distúrbios metabolicos que a forma classica, ou melhor que a forma, digamos primitiva, da mesma sóe acarretar, bem diverso do observado nos outros elementos integrantes do grupo. Nestas condições, não podendo elles tambem se enquadrar no grupo das nephropathias complexas, segundo a orientação geral da classificação, mister se faz crear um grupo intermediario, para poder legitimamente classifical-as, grupo que compreenderia não só a nephrose lipoidica, como a amylose renal, que passariam a chamar-se, para evitar a introdução de termos com significado diferente, nephropathias lipoidica e amyloide, fugindo assim ao escoelho do emprego da palavra nephrose, cujo primitivo conceito não temos o direito de alterar, uma vez que, tanto uma como outra, pódem se acompanhar de azotemia. (R. Sacrez).

Ha um typo de nephropathia, do qual Rathery e Froment não cogitam, mas que pelas circumstancias especialissimas em que sóe apparecer e tambem desapparecer, de facto merece especial menção, refiro-me ao complexo clinico e humoral, que por vezes, nas primiparas, comparece na 2.^a metade do periodo da gravidez, ao qual os allemães dão o nome de rim gravidico e os franceses, como Cottet, de nephrite gravidica. Esta forma de nephropathia tão interessante, como já disse, pelas condições em que costuma se installar, tem tambem uma symptomatologia bastante caracteristica: edema, da face, principalmente, albuminuria, hypertension arterial, amaurose, crises convulsivas(eclampsia), etc., tudo pôdendo rapidamente desapparecer apôs o esvaziamento do utero. Varela descreve esta forma em um appendice ao grupo das nephroses, por ter ella, como diz, muitos caracteres das nephroses e alguns das nephrites; nessas condições parece poder ser incluida no grupo intermedio ás nephropathias simples e ás nephropathias complexas, o mesmo que foi criado para as nephroses lipoidica e amyloide, ficando-lhe muito bem a denominação de nephropathia da prenhez, que, abrange as noções basicas, de nephropathia e de gravidez, e não implica a interferencia de qualquer conceito anatomo-pathologico.

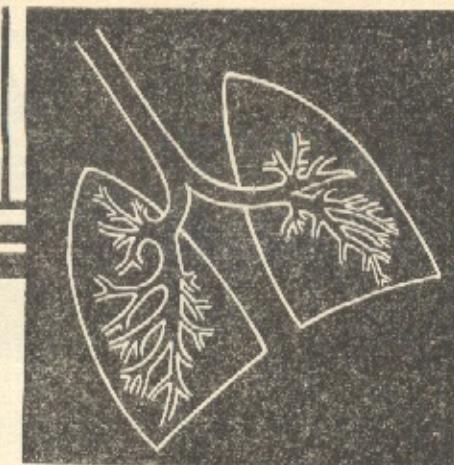
Como derradeira modificaçao a introduzir na classificação de Rathery e Froment proponho afastar de um todo o vocabulo nephrite que elles ainda conservam no segundo grupo, isto é, no grupo das nephropat-

thias complicadas de insufficiencia funcional, para assim evitar o obstáculo do significado etiologico de nephrite, despertando logo a idéa de inflamação renal, pois, do contrario não se poderia justificar a inclusão das toxicoses mercuriaes no grupo das nephropathias complicadas de insufficiencia funcional, sabido serem ellas de natureza degenerativa e necrotica, embora o seu aspecto clinico e humorai seja, de facto o de uma nephrite, como já vimos, com retenção azotada.

Dest'arte as nephropathias medicas ficariam divididas em tres grandes grupos: o grupo das nephropathias simples, comprehendendo a intolerancia renal, com alterações renas anatomicas passageiras, sem syndrome de insufficiencia renal funcional; o grupo intermediario, das nephropathias lipoidica, amyloidica e da prenhez, com lesões anatomicas mais graves, mas, ainda pasiveis, muita vez, de regressão, acompanhadas de disturbios metabolicos profundos e caracteristicos, verdadeiro termo de ligação com o terceiro grupo, isto é, com o grupo das nephropathias acompanhadas de insufficiencia renal funcional, que por isso, chamei de nephropathias complexas, correspondente ás antigas nephrites chronicas dos franceses, á glomerulo-nephrite diffusa e á hypertonia maligna dos allemães, accrescida da forma hypertensiva e urémigenica de Castaigne, com a ressalva quanto á primeira phase de sua evolução.

Para maior clareza não esquematizados, no quadro abaixo, as modificações que venho de propôr, e que julgo tornarem mais completa a classificação francesa neo-classica das nephropathias:

1. ^o grupo: nephropathias sem syndrome de insufficiencia funcional	Nephropathias simples	Intolerancia renal	albuminuria alimentar
			albuminuria e hematuria medicamentosa albuminurias anaphylacticas
2. ^o grupo: nephropathias com disturbios metabolicos		Fórmas albuminosas	
		Fórmas hematuricas	
3. ^o grupo: nephropathias complicadas de insufficiencia funcional	Nephropathias complexas	Fórmas mixtas	
		Nephropathia Lipoidica	
		Nephropathia amyloidica	
		Nephropathia da prenhez	
		Edematosas	aguda sub-aguda cronica
		Secon azotemica	aguda cronica
		Mixta	edematosas e azotemicas azotemica e chloretanica secas azotemica e hypochloretanica hypertensiva e urémigenica



NA

A S T H M A B R O N C H I C A

E S T A D O S A L L E R G I C O S e

F R A Q U E Z A
C I R C U L A T O R I A

E P H E T O N I N A

M E R C K

Para amostras e literatura.

Cia. Chimica "MERCK" Brasil S. A.

Rua Theophilo Ottoni, 113

RIO DE JANEIRO

Caixa Postal 1651

DIUREPHAN



SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO

TERAPEUTICA DA SIFILIS

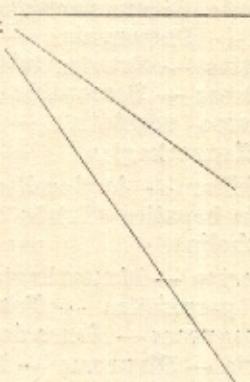
LIPOCARBISAN

L B C

(ELEBECÊ)

Foi a primeira associação
— carbonato de bismuto + lipoides cerebrais
em suspensão
em agua bi-distilada
licenciada pelo D. N. S. P. em 30-12-1927

FORMULA:



Serie A

Carbonato de Bismuto	0,02
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie B

Carbonato de Bismuto	0,05
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie C

Carbonato de Bismuto	0,10
Lipoides do Cerebro	0,005
Agua bi-distilada... qs.	2 cc

PRODUTO DO

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

DR. MARIO PINHEIRO

Diretor do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psicopatas do
Distrito Federal

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

Docente da Faculdade de Medicina e Assistente
do Instituto de Neurobiologia da Assistencia
a Psicopatas do Distrito Federal

Productos „SANDOZ”

Allisatine

Anorexia — Dyspepsias — Diarréas — Enterites — Indigestões — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

Belladenal

Angina de peito — Asthma — Dysmenorréa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.

Bellafoline

Asthma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.

“Calcium-Sandoz”

Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Período de amamentação, Crescimento) — Pneumonias — Diатese exsudativa — Estados tetanigenos — Dermatoses — Desequilibrio do sistema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

Felamine

Lithiasis biliar — Angiocolites — Insuficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia)

Gynergene

Atonia uterina — Menorrhagias — Taquicardia paroxistica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro dermatoses — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.

Ipecopan

Tosse — Coqueluche — Bronchites.

Lobeline

Asphyxias.

Optalidon

Antinevralgico desprovido de toda ação entorpecente.

Sandoptal

Insomnias.

Scillarene

Cardiotônico de sustentação — Diuretico azoturico.

INFORMAÇÕES:

BUREAU SCIENTIFIQUE
RIO DE JANEIRO
Junto os

Concessionarios exclusivos

Hugo Molinai & Cia. Ltda.
Rua da Alfândega 201 - Caixa Postal 161
Rio de Janeiro

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES ci-devant SANDOZ-BALE (Suisse)

Radiokymographia do coração (Novo metodo de semiologia cardio-vascular)

por

Carlos Vieira de Moraes

E', da Medicina Interna, a Cardiologia o ramo que mais progrediu nestes ultimos tempos. Bastante se aproveitou esta especialidade da descoberta de Roentgen, em 1895. Dahi por diante, ao iniciarmos o seculo XX, o diagnostico exacto das affecções cardiocirculatorias se beneficiou das technicas electrocardiographicas, da chamada quarta derivação tão esclarecedora de certos phenomenos que se passam no myocardio; das medidas das pressões arterial e venosa, que nos falam da quantidade circulante e do sangue em deposito etc., etc.

E já em 1912, não contentes com a radioscoopia cardiaca, que só trazia do observador uma noção subjectiva do movimento, não contentes com a radiographia que só nos proporeiona — para o coração — imagens mortas de orgão dotado de movimento, começaram os especialistas á procurar um meio de controle objectivo das diversas phases do movimento do coração e vasos, usando dos raios X que afastam dos graphicos obtidos a inercia inherente aos traçados mechanicos taes como os de Chauveau e Marey.

E' assim que Goett Rosenthal (figura 2, A) foram os primeiros a idear a kymographia radiologica do coração — a inscripção radiologica, em ondas — da dynamica cardio-vascular. Baseiam seu metodo, os scientistas de München, na inscripção de um ponto em movimento através de uma fenda. Consideremos uma fenda bastante estreita feita em uma folha de chumbo — opaca aos raios X — interposta entre o individuo e o film e pratiquemos a irradiação por alguns segundos, deslocando o film diante da fenda com uma velocidade uniforme. O coração sendo um orgão movel, dotado de movimentos de expansão e de contracção, os pontos da silhueta situados no nível da fenda escreverão, em se afastando e se approximando da linha mediana o desenvolver da revolução cardiaca. Como o film desliza diante da fenda, elle fixará em cada instante o ponto em movimento em posições diferentes; a continuidade deste movimento será registrada e o graphico optico obtido dará uma faixa sinuosa cuja margens traduzirão uma altura relacionada á amplitude da revolução cardiaca, e a forma o seu desenvolver-se no tempo (figura 1).

Scherf e Zdansky, de Viena, dividirão ao meio a fenda unica horizontal do kymographo de Gott e Rosenthal. Seu apparelho permittia o exame de ainda tão sómente dois pontos da silhueta, porém, não collocados diametralmente oppostos pois que a metade direita da fenda não se encontrava na mesma altura da metade esquerda.

Constituem estes kymographos a série de apparelhos subordinados ao principio da *kymographia linear*, ainda recentemente, (quarto Congresso Internacional de Radiologia, Zurich 26—31 de Julho de 1934) ventilada por Perona que se inclina a admittir ser o apparelho de Cignolini o que mais serviços pôde prestar.

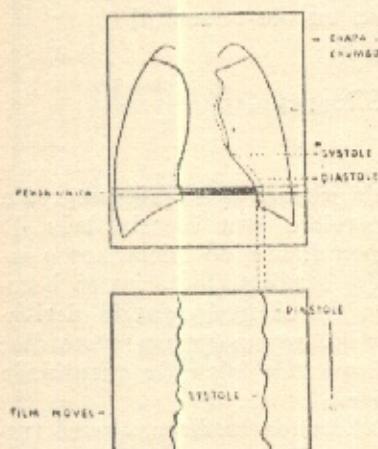


Fig. 1 — A expansão diastólica e a retração sistólica de um ponto da silhueta desenvolvem-se como uma curva, sobre o film, que se desloca diante da fenda unica.

Cignolini, de Genova, em 1931, ainda baseando-se nos kymographos allemão e viennense lança o seu apparelho subordinado aos sistema das fendas espaciais independentes. Distribue o radiologista italiano sobre os contornos do feixe cardio-vascular, em posições escolhidas conforme o caso, mediante um anterior estudo radioscopico, pequenos segmentos da fenda; esta resulta pois unica (e portanto livres à velocidade e amplitude do graphicco), mas dividida em pequenos segmentos collocados sobre linhas verticais. Isto permite o estudo contemporaneo de varios pontos do feixe cardio-vascular e de poder dedicar ao seu estudo todo o comprimento da pellicula, que serve para registrar, ou poucas revoluções analisadas à centesimo de segundo sobre um grande segmento de film, ou muitissimas revoluções quando se queira por exemplo, estudar as perturbações de rythmo (figura 2, C).

O proprio Cignolini fazendo a critica do seu methodo disse que o meu methodo não chega à individualização dos movimentos de todo o perimetro cardio-vascular, mas permite o estudo analytico por um numero indeterminado de revoluções do movimento dos pontos essenciais (um de cada cavidade ou base).

Para o clinico em seu labor quotidiano, impraticaveis se tornam os methodos kymographicos baseados no principio da inscrição linear. Não ha relação entre os graphicos obtidos e a imagem cardiaca; a analyse em centesimos de segundo interessa mais ao physiologista em cujo laboratorio, procurando concorrer com o electrocardiographo, os kymographos de Goett e Rosenthal, de Scherf e Zdansky, de Cignolini, poderão encontrar melhor acolhida. Nada melhor que o tempo para ajuizar da preciosidade ou não de todos de apparelhos que ultimamente têm appa-

3504

recido. Os kymographos de Goett e o de Zdansky tem hoje mero interesse historico; o de Cignolini até agora não foi lançado no commercio (Perona, quarto Congresso Internacional de Radiologia, Zurich 26—31 de Julho de 1934).

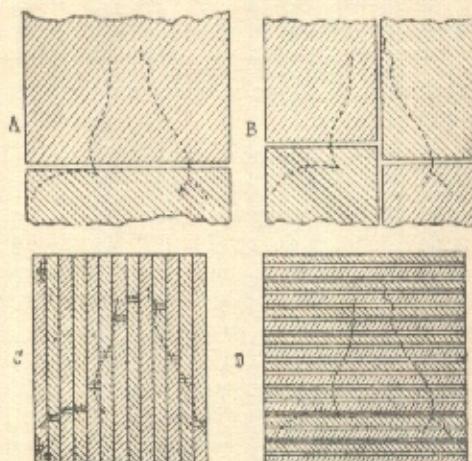


Fig. 2 — Esquemas dos kymographos de Goett e Rosenthal (A); de Scherf e Zdansky (B); de Cignolini (C) e de Pleikart Stumpf (D).

Passando do kymographo linear para o plano, o kymographo de Pleikart Stumpf, não podemos deixar de referir como propugnadores do novo methodo os nomes de Wilke, Walke, Schilling, na Alemanha; Delherm e seus collaboradores da Pitié, de Paris; Pazzanese e Cabello Campos, em S. Paulo, os primeiros no Brasil.

Temos experiência do novo methodo, experiencias essas que vão por um anno com um apparelho construído em S. Paulo, um kymographo "noso" posto em condições de funcionar por A. Federmann, sob a direção daquelles especialistas, cardiologista e radiologista respectivamente (figuras 2, D).

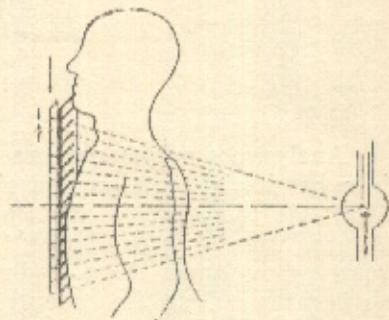


Fig. 3 — Esquema da tomada do radiokymogramma.

A Radiokymographia de Stumpf consiste na interposição entre o paciente e o film não mais da folha de chumbo com fenda unica mas sim com uma série de fendas de 0,mm5 de largura, distanciadas umas das outras de 11mm5. O quadro ou o film move-se para baixo ou para cima accionado por um motor; um parafuso frenador regula a sua velocidade.

O quadro ou o film move-se para baixo ou para cima na distância correspondente à 2 fendas isto é 12 mm. Após realizado este percurso todo o film é impressionado, porque todas as fendas movem-se simultaneamente, indo uma ocupar lugar da seguinte (figura 3).

Delherm, Bordet, P. Thoyer-Rozat, Codet e Fischgold modificaram o kymographo de Stumpf onde o quadro unico é substituído por um jogo de quadros que permitem obter graficos mais ou menos extensos sobre intervallos de films maiores ou menores (de 15 a 45 mm) e de uma duração variável.

Stumpf imaginou, como completo da kymographia, embora perfeitamente dispensável, um apparelho denominado Kymoscópio, pelo qual se torna possível, através de um prisma de vidro reproduzir aos nossos olhos os movimentos do órgão. A Kymoscopia é um processo inverso ao daquelle pelo qual se obteve o kymogramma. Se collocarmos em lugar do fóco da ampola o olho do observador e fizermos o quadro mover-se no sentido opposto ao daquelle realizado para se obter o kymogramma, teremos através das varias fendas, linhas que ora se encurtam ora se alongam. O uso do prisma gyrorio anteposto aos olhos do observador, diminui o contraste entre as fendas e as linhas e torna a imagem mais unida. O apparelho é constituído por um negatoscopio no qual se coloca o film (kymogramma) tendo na frente o quadro movel por meio de um motor. Com o movimento do quadro terá o observador a reprodução do movimento. A photographia em série desse movimento, convenientemente recopiada permitte a sua reprodução em film cinematographico (figura 4).

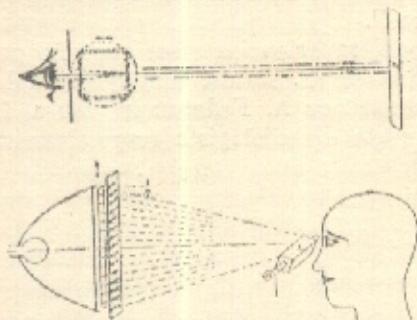


Fig. 4 — Esquema do kymoscópio.
A rotação do prisma aumenta e diminui a largura das fendas, totalizando a imagem.

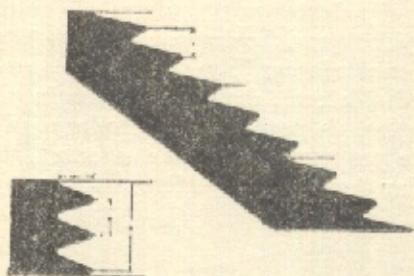
Analysemos o kymogramma obtido pelo processo de Stumpf. Verificaremos inicialmente que em visão de conjunto, a imagem obtida não differe da radiographia estatica habitual senão por apresentar no seu contorno uma série de dentes ("Hacken dos allemandes, "Crochet" dos franceses) os quaes são a tradução simples, objectiva e economica dos movimentos. Objectiva porque permite-nos analyse attenta, metrica (com o auxilio de compasso) ou com o densographo (de Stumpf) o que a radioscoopia e a radiocinematographia não permitem; economica porque são necessarios um ou dois films 30×40 , o que não acontece com a cinematographia em série de Groedel; simples porque necessita tão sómente da technica habitual da radiographia estatica, demorando o tempo de irradiação ao redor de 3 segundos.

O kymogramma plano apresenta em seu contorno uma série de dentes. E' pelo estudo de sua amplitude, de sua forma e de seu tempo de apparecimento que podemos aprehender o movimento. A amplitude mede-se pelo tamanho desse dente quando o movimento é horizontal em relação ás fendas — quadro fixo (figura 5). Quando o movimento é obliquo — quadro movel — amplitude deve ser medida pela menor distancia entre duas paralelas que ligam pontos extremos, de identica caracterisação, de varios dentes sucessivos. E' o que chamamos amplitude systolica, rendimento cardiaco.

E' tempo de dizermos que dada a possibilidade de movermos o quadro ou o film durante a tomada do kymogramma, teremos duas especies de imagens: no caso de quadro fixo, film movel, só serão registrados na pellicula aquelles pontos que estiverem ao nível das fendas immoveis; registraremos pontos distanciados de 12 mm. e obteremos uma imagem escalariforme (figura 6, A). Se mobilisarmos o quadro e deixarmos o film inerte, expol-o-emos á totalidade da silhueta cardio-vascular, pois successivamente vão sendo descobertas á impressão luminosa pontos do film anteriormente cereados pela folha fendilhada que funciona como diaphragma. Neste caso (figura 6, B) a imagem obtida retrata toda a silhueta correspondente ao movimento de todos os bordos do feixe cardio-vascular.

Vejamos a forma dos dentes: classificam-se em simples, duplos, agudos, lanceolados, arredondados, de ramos mais curto ou mais longo, etc., todos elles caracteristicos de forma especiaes de movimento (figura 7).

Fig. 5 — Calculo da amplitude systolica. A — inscripção sempre do mesmo ponto da silhueta cardiaca, quadro fixo. B — inscripção de pontos diversos da mesma silhueta, quadro movel. Neste caso a amplitude se mede pela perpendicular entre duas paralelas traçadas unindo varios pontos medianas e lateraes dos dentes.



Um dispositivo do kymographo permite-nos o controle da velocidade de deslocamento do quadro, adaptando-a ao rhythm cardio-vascular. Exemplifiquemos: para o kymogramma do coração a velocidade é em geral de 3 segundos para o deslocamento de 12 mm. (11,0—0,5), isso porque o pulso oscilla normalmente ao redor de 70 por minuto. Se a velocidade tiver sido de 4 segundos e no intervallo entre as fendas obtivermos 5 dentes teremos 85 batimentos por minuto. O momento do apparecimento dos dentes se obtém decompondo no kymogramma, o intervallo entre duas fendas em ordenadas verificaremos assim o tempo dos diversos accidentes. Os movimentos peristalticos traduzem-se por dentes cada vez mais distantes em intervallos successivos.

A orla cardio-vascular esquerda é formada, de baixo para cima, pelo ventriculo, auricula esquerda, arteria pulmonar e aorta. A orla direita é formada pelo ventriculo direito em seus 2/5 inferiores (Stumpf, Wil-

ke, Schilling, Braumbrehens, Bordet). Isto no vivo, porque no cadáver, segundo verificou E. von Assmann, a orla direita é formada pela auricula, estando o ventrículo direito voltado para diante. Acima do ventrículo segue-se a auricula e depois a veia cava superior (figura 6). Lembramos aqui a "torsion en vrille" de Gérandel.

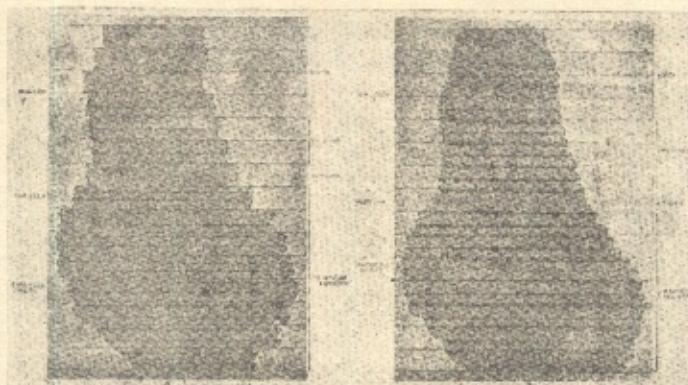


Fig. 6 — A) Kymogramma com quadro fixo, film móvel; Imagem escalariforme. B) Kymogramma com quadro móvel, film fixo: a imagem cardio-vascular muito se approxima da radiographia estatica habitual.

Os dentes ventriculares são simples, constituídos por um ramo curto, rápido, quasi horizontal, correspondente ao movimento medial, sistólico, do músculo cardíaco. O ramo longo, oblíquo, corresponde ao movimento medial-lateral, diaستole do coração. Na região da auricula os dentes são duplos, de pequena amplitude, uma das elevações correspondendo à systole própria da auricula, a outra ao movimento de arrastamento ventricular (ou arterial) (figura 7).



Fig. 7 — Formas de dentes.

Em relação à amplitude, distingue Stumpf dois tipos de corações: de *tipo I*, nos quais a amplitude dos dentes é maior na ponta do coração do que na base ventricular esquerda; considera normaes esses corações. b) corações de *tipo II*, nos quais os dentes são mais amplos na

base ventricular do que na ponta; considera-os como pathologicos. E' essa tambem a nossa opiniao, pois nos trezentos casos que observavamos corações tipo II em 97% dos casos, sendo sempre doentes hospitalizados (Clinicos da Faculdade de Medicina de S. Paulo, Dezembro de 1933 á Fevereiro de 1935).

Na regiao dos vasos arteriaes notam-se dentes amplos, inversos aos ventricular.

Os dentes venosos sao identicos ao pulso venoso, em geral ha 3 elevações e depressões. Verificamos bem os dentes venosos quando ha descompensação, insufficiencia ventricular direita e consequente estase venosa (pressão venosa elevada, sempre acima de 15 mm. — Villaret, manometro de agua). Às vezes notam-se modificações nos dentes venosos devido estase consequente a grande alteração do myocardio auricular (fibrilação, Basedow).

Os dentes de ramos rectos ou curvos sao obtidos em corações normaes: os arredondados e trapezoidaes nos bradycardicos, os agudos, lancolados nos tachycardicos.

Delherm, Thoyer-Rozat e seus colaboradores descrevem um dente em M. com "effondrement" apical. Relacionam o seu apparecimento ao desfalecimento do myocardio.

Terminando a exposição das varias formas de dentes, podemos dizer, com Bonte: "Os dentes são a assignatura que inscrevem as cavidades e os vasos sobre seus bordos".

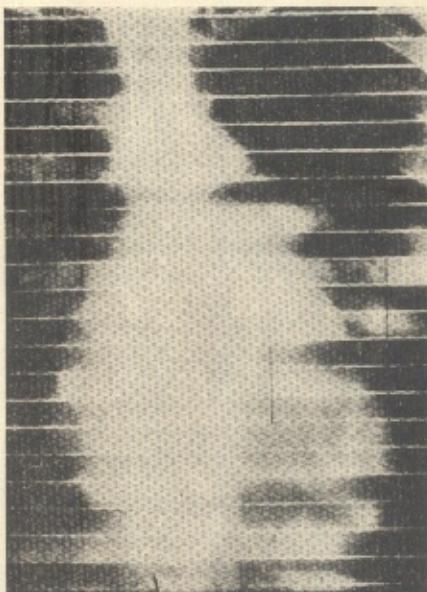


Fig. 8 — Estenose mitral. R. K. G.
Tempo 3 segundos.

Ponto 9 baixo. Grande dilatação das auriculas esquerda e direita; dentes duplos do bordo inferior direito da sínfise cardio-vascular. Arteria pulmonar grandemente dilatada. No E. C. G. "P" ampla e alargada, devio do eixo para a direita.

Passando para o dominio da pathologia cardio-vascular vejamos rapidamente como se traduzem radiokymographicamente as suas diversas effecções:

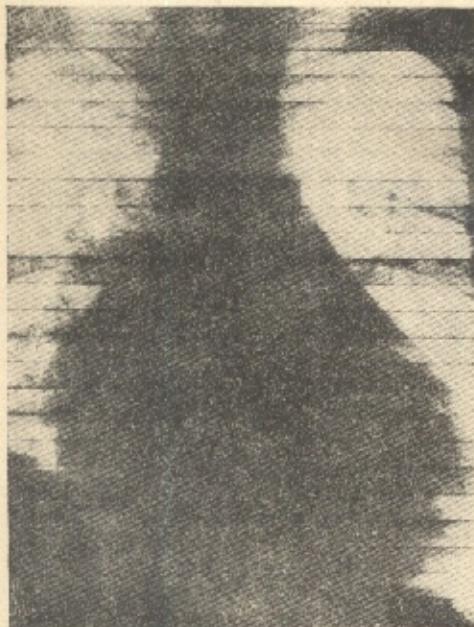


Fig. 9 — Myocardite: dentes de pequena amplitude traduzindo a astenia do myocardio.

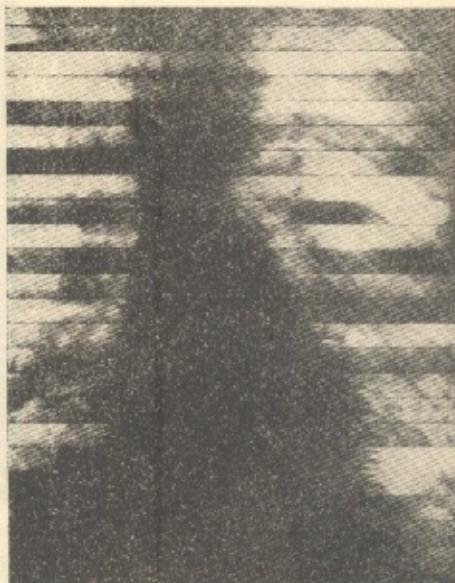


Fig. 10 — Extrasystole: o dente de menor amplitude, na orla esquerda, corresponde a uma systole prematura logo seguida de um dente amplo e largo, que traduz a dia-sbole compensadora post-extrasysto-
lia.

Na *insufficiencia aortica* originam-se na aorta fortes movimentos com um rapido movimento lateral, contemporaneo ao movimento sistólico ventricular. A systole aortica expressa-se por um ramo concavo, inicialmente rapido, devido ao refluxo sanguineo, pois ha incompetencia valvular, e depois, mais lento, ate que sobrevenha nova diastole. No ventriculo esquerdo, os dentes sao amplos, em geral do tipo II.

Estenose aortica. Observamos dentes de pequena amplitud, largos, o ramo systolico ventricular torna-se mais obliqua — longo — e corresponde ao augmento do tempo de expulsao em consequencia da resistencia á passagem da onda sanguinea na valvula estreitada (Wilke).

Estenose mitral: augmento do territorio da auricula esquerda, coar dentes duplos caracteristicos, estase na arteria pulmenar e na atricula direita, esta formando o mais das vezes todo o bordo direito da imagem cardio-vascular (fig. 8).

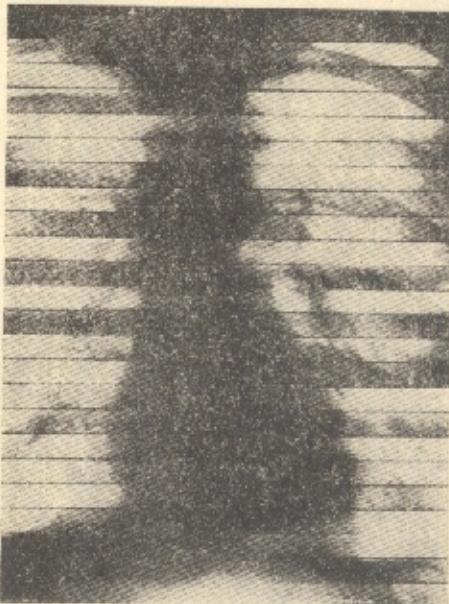


Fig. 11 — R. K. G. do mesmo paciente da fig. 10. Restabelecimento do rythmo, aps tratamento.

Arrhythmia completa: existem grandes e pequenos dentes misturados no territorio ventricular enquanto que no auricular n̄o sao percebidos dentes auriculares mas sim um ligeiro tremor que traduz a fibrilacao (fig. 12).

Extrasystoles: Verificamos na orla ventricular esquerda dentes de irregular amplitud traduzindo revoluções cariacas desiguais no tempo. O dente amplo e largo é determinado por um encherimento desmedido do ventriculo aps uma extrasystole; diastole compensadora. Na orla aortica dentes iguaes, porém invertidos, traduzem a systole arterial prolongada, synchroa com a diastole compensadora ventricular. O presente kymogramma apresenta um caso de pulso bigemio (fig. 10).

Apresentamos, agora, um kymogramma do mesmo paciente, tirado 14 dias aps o inicio do tratamento. Trata-se de uma myocardite luética.

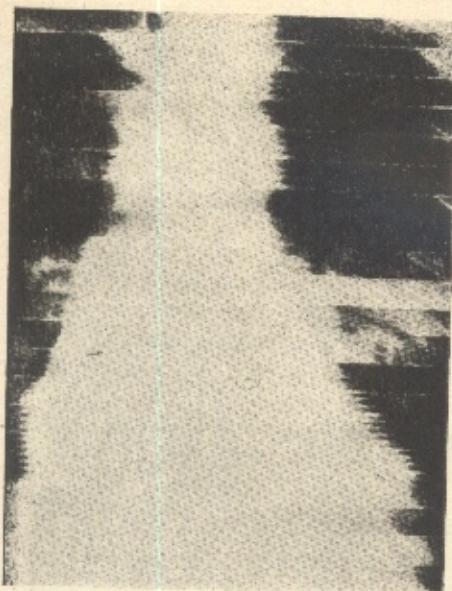


Fig. 12 — Silhueta auricular com pequeno rendilhado (fibrillação auricular). Dentes ventriculares esquerdos designados no tempo e na amplitude.

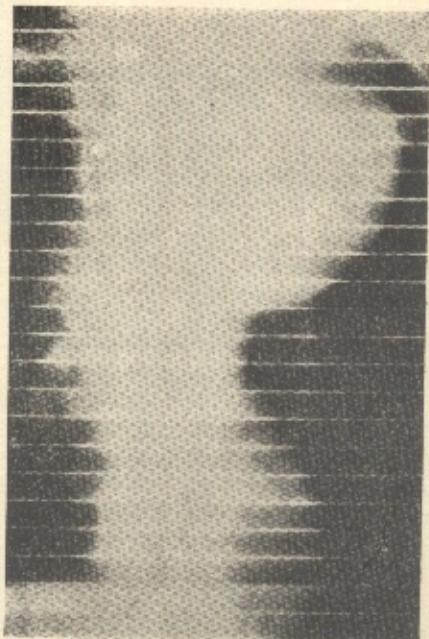


Fig. 13 — Aneurysma da crossa. Notam-se os pequenos destinhos na peripheria da imagem aneurysmatica.

A sua simples inspecção permite verificar a normalização do rhythmus cardiae (figura 11).

O coração baséodowiano apresenta um radiokymogramma característico: na orla ventricular esquerda, dentes amplos, pontudos — ogivas —. Os ramos systolico e diastolico são sensivelmente iguais. Interpretamos essa forma de dentes como sendo devida à perturbação da contractura myocardica ("cor nervosum").

No bloqueio total verificamos nitidamente a dissociação auriculo-ventricular: 4 dentes auriculares para 2 ventriculares, estes, largos, traduzindo a lentidão no tempo, da revolução ventricular.

Na myocardite os dentes ventriculares são de pequena amplitude: a silhueta ventricular apresenta-se como um rendilhado (asthenia do myocardio). A auricula direita forma todo o bordo desse lado, attingindo até o diafragma (fig. 9).

Bastante instructivo é o radiokymogramma nos tumores do mediastino. Não raro o diagnóstico diferencial entre neoplasia e aneurysma observamos nos bordos do sacco, movimentos synchronos com os aorticos, dentes que possuem os caracteres dos arterias. Além disso, diferenças de opacificação da imagem traduzem de maneira objectiva os estados de repleção e de vacuidade do sacco (figura 13). Cumpre-nos notar que nem todos os aneurysmas são dotados de expansão, pois muitas vezes há calcificação de suas paredes, trombose, ou então, formações fibrosas — periaortites — impedem seu movimento.



Fig. 14 — Tumor do mediastino. A imagem tumoral apresenta ligeiros movimentos transmittidos e que não apresentam a característica de arterias.

Em se tratando de tumores, não tem ellos movimentos a não serem os transmittidos. Na maioria das vezes não tem ellos deslocação alguma. Pode assim a radiokymographia dissecá-lo "in vivo". Melhor que qual-

quer explicação é a figura 14, que representa o radiokymogramma em um caso de tuberculose ganglionar.

Concluindo, eitemos as vantagens da radiokymographia. Além das quais fornecidas pela radiographia estatica, permitte:

- a) a delimitação exacta das cavidades cardiacas, corrigindo dados radiologicos, como sejam o da presença do ventrículo direito na silhueta cardíaca direita.
- b) A analyse isolada de cada cavidade e as relações dos diversos departamentos cardio-vasculares entre si.
- c) O estudo da capacidade funcional do myocardio pela verificação da amplitude systole.
- d) As perturbações de rythmo são registradas de modo rapido e economico, pois o gasto de film é identico ao de uma radiographia estatica.
- e) Em casos em que diagnostico diferencial entre tumor e aneurisma se torna impossivel pela simples radiographia, a radiokymographia triumpha o mais das vezes, levando o clinico avisado ao diagnostico.

DODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTEROS MORULOID E CHALMODOGRED, SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO, MIRANDA & CIA. LTDA.

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

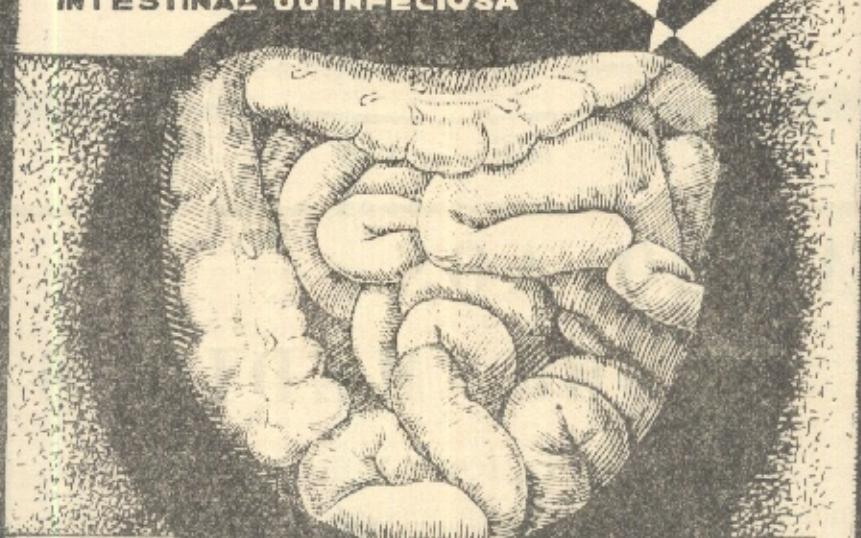
LAC FERMIN

FERMENTO LÁTICO LÍQUIDO PÚRISSIMO SELECIONADO
VIVO E VIVAZ "ASEPS"

FERMENTAÇÕES PUTRIDAS INTESTINAIS

ENTERITES_COLITES DE ORIGEM ALIMENTAR

AUTO INTOXICAÇÕES DE ORIGEM
INTESTINAL OU INFECIOSA



INTRODUZ NO INTESTINO O ÁCIDO LÁTICO EM ESTADO NACENTE
UNICO CADAZ DE DESTRUIR OS AGENTES INFECIOSOS
AMPOLAS NÃO INJETAVELIS

LATENTES { 1 a 2 Ampolas por dia per via oral ou retal.
CRIANÇAS PEQUENAS {

CRIANÇAS { 3 a 6 Ampolas por dia per via oral ou retal.
ADULTOS {

BIOFERTILIZANTE ASEPS S.A.—B.A.S.A.

R. PACHECO

TOUTES NÉVRALGIES REBELLES

SÉDATION RAPIDE
ETATOXIQUE

NAIODINE

injections indolores = 10cc par jour

en ampoules de
2cc - 5cc - 10cc

EMILE LOGEAIS Pharmacien. 24 Rue de Silly, BOULOGNE SUR SEINE, près PARIS

AGENTE GERAL DO BRASIL R. AUBERT CAIXA POSTAL 1344
RIO DE JANEIRO

AVISO AOS SRS. MEDICOS

Os LABORATORIOS ANDRÓMACO, comunicam a distineta classe medica que se acha hospedado no Majestic Hotel, nesta capital, seu Inspector, Snr. Juan B. Prat Argemi, onde attenderá provisoriamente qualquer pedido de amostras, dos productos GLEFINA, LASA, NUTROLAXAN e CLAVITAM. Outrosim comunicam que o citado Inspector, terá o prazer de visital-os oportunamente.

Analises de repistas

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TRATAMENTO DAS OSTEO-ARTRITES TUBERCULOSAS — Prof. Maffei (Conferencia feita á Soc. Medico-Cirurgica de Brabant — Belgica). Le Scalpel, n.^o 52, pag. 1785 — 29 dez. 1934.

O a. apôs minuciosas considerações sobre as dificuldades no estabelecimento do diagnóstico precoces das tuberculoses osteo-articulares, e critica dos diversos processos de tratamento medico e cirúrgico, chega às seguintes conclusões:

I — As osteo-artrites tuberculosas são infecções gerais: devem ser tratadas por métodos que atinjam e modifiquem o estado geral do indivíduo. Esses métodos devem ser continuados até à cura completa, mesmo que uma localização em via de cura pareça não mais afetar a saúde geral do doente.

II — A imobilização da articulação doente permanece a regra absoluta e a base do tratamento. Obtem-se, nos casos em que uma recuperação completa dos movimentos não é mais de se esperar, por uma anelose cirúrgica extra-articular, não agravando jamais a marcha da molestia e dando uma excelente forma de cura.

III — Existe uma série de operações tendo por fim a anelose, e ao mesmo tempo modificações no fóco doente, caracterizadas, particularmente, por modificações da nutrição e da circulação; sua aplicação exige uma escolha judiciosa dos casos que as necessitem, dando, então, resultados de cura muito mais rápidos que todos os outros métodos.

IV — O número dos casos que não devem ser operados é muito grande, mas uma temperatura subfebril, indicando que a molestia não está inteiramente extinta, não é uma contra-indicação operatória.

V — As crianças, do mesmo modo que os adultos, aproveitam com o úto operatório. Entretanto, a técnica empregada é diferente, e, si for criteriosamente apropriada, é menos chocante.

KANAN.

A PROPOSITO DE ALGUNS ABCESSOS SUBFRENICOS — Drs. J. Morelle e P. Lacroix (Comunicação feita á Soc. Belga de Cirurgia). Le Scalpel, n.^o 2, pag. 57 — 12 jan.^o, 1935.

A comunicação é baseada em oito casos, que são apresentados com observações detalhadas:

- a) cinco casos sucederam à complicações apendiculares;

- b) dois casos, surgiram após perfurações gastro-duodenais;
- c) e, o ultimo, apareceu depois duma colerectectomia, em que foi feita a drenagem biliar, e após a retirada do dreno, sendo a coleção constituída por bile infectada, em que os anaerobios se tinham desenvolvido.

A localização dos abcessos foi:

- a) em sete casos, na loja subfrenica direita e anterior;
- b) em um caso, na loja simetrica esquerda, após uma perfuração gastrica.

Como vias de acesso foram utilizadas:

- a) em um caso, a transpleuro-transdiafragmatica, dando ulteriormente uma fistula por osteite costal;
- b) em dois casos, a subpleural, com sucesso;
- c) nos demais casos, a anterior, principalmente relacionados á abcessos gazosos, sendo que num caso foi feito o descolamento préperitoneal para drenar a coleção.

O estudo clinico e, principalmente, o radiografico nos abcessos gazosos, pelo deslocamento da bolha gazosa, fornecem bons ensinamentos para a tática operatória.

Os aa. salientam o fato que, nos 10 ultimos anos, só se registraram seis casos no serviço hospitalar, os dois restantes foram de clinica particular, possivelmente em consequencia ao tratamento criterioso instituido ás duas principais causas do abcesso subfrenico:

apendicite aguda, e a
ulcera gastro-duodenal perfurada.

KANAN.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DAS FRATURAS — Dr. Dam (Conferencia feita á Soc. Medico-Cirurgica de Brabant — Belgica). Le Scalpel, n.^o 5, pag. 129, 2 fev.^o 1935.

O a. chama a atenção sobre a invalidez consecutiva á fraturas mal tratadas numa proporção de 30%, num total de 25000 individuos examinados.

As causas dos maus resultados no tratamento das fraturas são de duas ordens:

- a) cirurgicas ou ortopedicas;
 - b) post-operatórias, compreendendo os cuidados que tem por fim recuperar a função do membro lesado.
- a) Entre as primeiras estão os defeitos da redução da fratura e, em menor numero, as pseudarthroses. O a. considera que uma boa redução auxilia grandemente o retorno da função. Ressalta a necessidade de se manter a retidão das alavancas que formam os segmentos dos membros, cujos desvios repercutem desfavoravelmente sobre a função. A pseudarthrose não é determinada mais frequentemente pela falta de redução, a imobilização insuficiente dos fragmentos contribue á sua formação. A redução deverá ser obtida sempre por manobras manuais, e,

excepcionalmente, por meios cirúrgicos (osteosíntese). É necessária a fiscalização radiográfica em dois sentidos. A imobilização deve assegurar uma boa contenção, é suficientemente prolongada para que se forme, um cáculo eficaz, assim de não se obter uma deformação secundária.

b) A mobilização constitui a segunda parte. Certos autores desejam que a mobilização seja instituída precocemente, mórmemente nas fraturas juxtaarticulares. O autor é de opinião que só deve ser feita quando a fratura já está consolidada, para que não se estrague o resultado obtido. O 1º tempo da mobilização é a massagem, que deve ser praticada bem e com prudência sobre os músculos e articulações vizinhas, evitando-se a região ao nível da fratura. É errôneo o conceito que a longa duração da imobilização facilite a anquilose, a não ser que haja lesão da cartilagem interarticular. Em seguida vem o movimento passivo, achando o autor que a mecanoterapia é de prática útil por fornecer movimentação limitada, dosada de acordo com as condições do doente, não ultrapassando o limite além do qual podem advir sérias perturbações funcionais e anatomicas. As manobras manuais executadas por pessoas competentes podem substituir a mecanoterapia. Os movimentos ativos são feitos pelo paciente, que é o próprio dôsia. A marcha só será permitida com a formação do cáculo ósseo. O tratamento das fraturas com aparelhos de marcha deve ser de indicação reservada. Além da cinesiterapia, a fisioterapia é um ótimo meio de tratamento das fraturas.

KANAN.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA

Cifrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026g DE BISMUTHO METALLICO
MEDICACAO INDOLAR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRAMUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGICO

Rheumatismo?

RHEUMALINA!



Formula da Rheumalina :

Cada colher de sopa contem :

Salicilato de sodio purissimo (recristalizado em pequenas agulhas)	1,00
Iodureto de potassio puro	0,25
Extrato estabilizado de Equinodorus maerophilus (chapeu de couro) q. s.	
Idem Polipodium lipidepteris (samambaia)	q. s.
Tint. de genciana	q. s.
Glicerinha neutra	3. e. e.
Xarope de cascas de laranjas amargas	q. s.

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos.

LABORATORIO DA RHEUMALINA

R. das Palmeiras, 12 — Tel. 5-2667 — São Paulo

1.º Congresso Brasileiro de Cancer

Promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
a realizar-se de 20 a 27 de Outubro de 1955.

O problema do cancer, no Brasil, agravado dia a dia, não produziu a reação observada em todos os países civilizados e representada pelas associações organizadas de luta e propaganda contra o temível mal.

Conhecemos os efeitos e os detalhes dessas campanhas, começando pela divulgação do número de vítimas anuais em cada nação.

Entre nós nada se poude ainda fazer além da iniciativa pessoal e isolada de cada médico ou serviço clínico.

Sem dúvida, o problema é complexo, exigindo cooperação e dispêndios.

Urge, entretanto, encaral-o e iniciar esforços que já tardam.

Nossa situação, no que diz respeito a instalações, é em geral precária. Contudo, mesmo com o que possuímos, um pouco de organização nos levaria a melhorias sensíveis, além de focalizar o problema e chamar devidamente sobre ele a atenção do Governo, da classe médica, das classes abastadas e do público em geral.

Todas as tentativas até aqui feitas têm esbarrado, sem echo, numa indiferença ou deserença que contrastam com a boa vontade dos governos, o devotamento da classe médica à sua profissão, a generosidade e a sensibilidade do povo brasileiro.

Pretendendo estimular essa grande obra de cooperação que seria a luta organizada contra o cancer no Brasil, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, por proposta do seu actual presidente, deliberou promover o 1.º Congresso Brasileiro de Cancer.

Esse congresso, com a autoridade proveniente do seu promotor im-pessoal — A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro ainda ampliada pelo apoio e concurso vindos de todos os Estados brasileiros, assim como dos nossos centros científicos e filantropícos, estudará multiplas questões atinentes ao assunto, especialmente as contidas em seus temas oficiais, tirará conclusões práticas a respeito das possibilidades dos esforços que se desenvolverão a seguir em atividades administrativas, representadas pela Associação central brasileira de luta contra o cancer, à qual se ligarão associações congêneres dos Estados.

Em breve, constituidas em Federação, essas instituições autônomas poderão agir em colaboração, estimulando-se reciprocamente.

Por isso mesmo, ao lado da seção clínica e da de patologia, destaca-se a médico-social, encerrando em seus temas os objetivos precípuos do Congresso.

Coneorrendo á discussão dos relatórios oficiais, cada congressista previamente inscrito, poderá expôr suas ideias e informar sobre os recursos e resultados do centro em que exerce a sua atividade.

Serão os seguintes os temas oficiais:

Seção medico-social: Presidente Prof. Afrânio Peixoto.

TEMAS:

Iº — A mortalidade por cancer no Brasil.

IIº — Projeto de luta antieaneerosa no Brasil — Nossos recursos atuais.

Seção de Clínica: Presidente Prof. E. Rabello.

TEMAS:

Iº — O pré-cancer em clínica (síntese).

IIº — O cancer em clínica (síntese).

Seção de Patologia: Presidente Prof. Leitão da Cunha.

TEMAS:

Iº — Classificação dos cárcares.

IIº — Localização e disseminação do cancer.

A cada um desses temas oficiais caberá um relator do Distrito Federal e outro de um Estado.

O Regulamento do Congresso será em breve publicado e distribuído.

Todos os médicos, autoridades, instituições que queiram aderir ao certame deverão dirigir-se com a possível brevidade, para informações mais detalhadas, à Comissão Executiva do 1º Congresso Brasileiro de Cancer, à Av. Mem de Sá 197 — Rio de Janeiro.



Sociedade de Medicina

Atas

Ata da 1.^a sessão extraordinaria realizada em 14 de Março de 1935 em homenagem a Embaixada Academica Paulista.

Com a presença de grande numero de socios, estudantes de medicina e membros da embaixada bandeirante, o Dr. Gabino da Fonseca dá inicio á sessão. Suas primeiras palavras foram de saudação aos visitantes, focando o resultado advindo de semelhantes excursões quer sob ponto de vista científico, quer unindo laços de amizade. Em seguida cede a palavra ao Prof. Souza Campos, que em interessante palestra abórdia diversas questões sobre "Molestia de Chagas". Termina o catedratico de Microbiologia da Faculdade de São Paulo seu original trabalho com uma série de projeções de verificações experimentais.

Antes de encerrar a sessão o Dr. Gabino da Fonseca felicita o conferencista enaltecendo seus meritos de cientista e em seguida suspende os trabalhos.

Ata da 2.^a sessão extraordinaria realizada no Salão Nobre da Faculdade de Medicina ainda em homenagem aos academicos paulistas, na noite de 16 de Março de 1935.

Na presidencia acha-se o Dr. Gabino da Fonseca, tendo ainda tomado lugar na mesa os profs. Souza Campos, Guerra Blessmann e Jaime Pereira e os drs. Carlos Vieira de Moraes e H. Weinmann, este como secretario.

Ao iniciar os trabalhos o presidente apresenta á casa o prof. Jaime Pereira, catedratico de Farmaecologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, que lê um longo trabalho subordinado ao titulo "Do vanadio no tratamento da sifilis".

Logo depois o presidente cede a palavra ao Dr. Carlos Vieira de Moraes que faz interessante palestra sobre "Radioquimografia do coração"; termina o Dr. Moraes seu trabalho com a projeção de dia-positivos referentes ás numerosas observações pessoais.

Antes de encerrar a sessão, o Dr. Gabino da Fonseca refere-se com palavras elogiosas aos conferencistas que acabam de ser ouvidos.

Porto Alegre, 16 de Março de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.^o secretario.

Ata da sessão realizada em 22 de Março de 1935 em uma das salas do Sindicato Médico.

Na presidencia acha-se o Dr. Gabino da Fonseca. Estão presentes os seguintes sócios: Drs. Plínio da Costa Gama, Norman Sefton, Carlos Bento, José Luiz Tavares Flóres Soares, Jaci Carneiro Monteiro, Decílio Souza, Alvaro Barcelos Ferreira, E. J. Kanan, Lupi Duarte, J. G. Valentim, como visitante o Dr. Pedro Marini, de Uruguaiana.

Lidas as atas das sessões anteriores e submetidas a votação nenhuma emenda lhes foi apresentada.

O expediente consta do seguinte: um ofício do prof. Guerra Blessmann, comunicando sua posse no cargo de Diretor da Faculdade; um ofício da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia e outro da Sociedade de Medicina de Uruguaiana, comunicando a posse de nova diretoria; cartas trocadas entre esta secretaria e o dr. James Ferraz Alvim, de São Paulo, no sentido de virem diversos colegas ao sul para fazerem conferências; ofícios dos drs. Direceu Mazzei e Joaquim Montano Difini, Rubem de A. Pereira, pedindo respetivamente três meses, um ano e três meses de licença; diversos convites para representações nas homenagens prestadas à Embaixada Acadêmica Paulista; um recibo do Dr. Nino Marsiaj referente ao recebimento do "Prêmio Pedro Benjamin de Oliveira" no ano de 1934; um ofício do dr. Luiz Aragon que, transferindo residência para São Gabriel, pede para passar à categoria de sócio correspondente.

O presidente cede então a palavra ao Dr. Jaci Carneiro Monteiro para ler interessante trabalho intitulado "Peritonite pneumococíva post-pneumonia".

O conferencista prende a atenção da casa descrevendo um caso de peritonite sobrevinda no 8º dia de uma pneumonia. Na intervenção de urgência o ventre foi encontrado cheio de puz fluido, com grande quantidade de fibrina e sem cheiro, com ausência de qualquer lesão visível. Com estes dados o conferencista faz o diagnóstico de peritonite pneumococíca. Após descrição do ato operatório o dr. Jaci Monteiro tece comentários em torno dos sinais próprios destas peritonites e faz seu diagnóstico de exclusão com afecções peritonais de origem tuberculosa, gonococíca, estreptococíca etc. Por fim aborda a questão da terapêutica em que os cirurgiões estão separados em dois grupos, uns obstencionistas pela alta mortalidade da intervenção precoce, e outros intervencionistas de primeira hora pela dificuldade de diagnóstico e a confusão frequente com um quadro de peritonite apendicular.

Como orientação cirúrgica o conferencista indica a abstenção quando o diagnóstico for fácil e os grandes sinais próprios estiverem presentes; intervenção quando o diagnóstico for confuso e uma peritonite apendicular for suspeita. Para não chocar o doente o Dr. Jaci Carneiro Monteiro aconselha a anestesia local e uma pequena incisão na fossa ilíaca direita reconhecerá lesão. Como justificativa da publicação do seu trabalho o autor apresenta as seguintes conclusões:

1º a raridade da peritonite pneumococíca entre nós; 2º a idade avançada do doente, quando é comum nas meninas; 3º ter aparecido

como complicação de uma pneumonia, tão frequente em nosso meio e nunca ter sido citado um caso de complicação peritonial; 4.º a anormalidade do caso clínico que fez o conferencista considerá-lo como apendite aguda; 5.º a feliz terminação, quando a regra é o exito letal nas operações precoces.

Pede a palavra o prof. Alvaro B. Ferreira que se refere em termos elogiosos ao trabalho do Dr. Jaci Carneiro Monteiro e tece considerações em torno do caso.

Chama a atenção para a grande quantidade de fibrina encontrada no líquido peritonial, própria nas afecções pneumococicas e que explica justamente o fenômeno da sedimentação globular acelerada. Procura em seguida explicar científicamente a diferença de intensidade da contratura muscular nas peritonites pneumococicas e apendiculares, fazendo intervir a teoria de Makenzie sobre a dor viceral. O prof. Barcelos Ferreira termina concordando com o diagnóstico do dr. Jaci Carneiro Monteiro, depois de estabelecer as diferenças principais com a tuberculose.

O dr. Plinio da Costa Gama igualmente se refere com elogios ao trabalho do conferencista.

Por último o Dr. H. Weinmann faz considerações de ordem laboratorial e aborda a questão não só de diagnóstico com prognostic das peritonites quando possível a punção exploradora.

Logo em seguida o Dr. Gabino da Fonseca dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 22 de Março de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretário.

**O NOVO E PODEROSO ANTILUETICO
É YBIRAN**

INDOLOR - ATOXICO - MAXIMA EFFICACIA
Iodeto de Bismutyla e Lipoides Cerebraes

Laboratorio CRISSIUMA DE TOLEDO - Rio de Janeiro

Concessionarios para todo o Brasil:
C. BIEKARCK & CIA.
Rua 7 de Setembro, 209
RIO DE JANEIRO

Representantes p/ o Est. do R. G. do Sul:
ALFREDO SCHÜLER & F.º
Rua Voluntarios da Patria, 46
PORTO ALEGRE

**TUBERCULOSE
ARTHRIES
ASTHMA
LUPUS**

ENDOVENOSO: SANOCRYSSINA
INTRAMUSCULAR: OLEO-SANOCRYSSINA

SANOCRYSSINA

DE-BLEM & Cia LTDA CAIXA POST. 2222 RIO

Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — Rua Siqueira Campos, 1257

Agente em Pelotas — Bons & Carneiro — Rua Marechal Floriano, 115

TRATAMENTO
DA ASTHMA
E SUAS COMPLICAÇÕES
PELA
ASMOZINA

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública
Nº 5.191 de 1932

Injeções intramusculares ou intravenosas a base
de óleo de anísico, camomila, pinóxido de nô-
dio para o tratamento do ASTHMA, não contém
óleo resíduo aderente.

Cada com 10 amp. de 2 cc.
Produtos fabricados pelo Laboratório Médico Brasileiro

Propaganda exclusivamente médica

ASTHMA

ASMOZINA

Laboratório Médico Brasileiro
Conselho Técnico:
Dr. José de Castro Góes, Dr. Barão de Figueiredo
Do Instituto Olívio Costa Góes - Maringá/RJ.

Distribuidora: Pachano Fróes & Cia - CR 2002 - Rio de Janeiro

O mais energico medicamento contra os espasmos dolorosos do
estômago, do colon, da vesícula biliar, dos bronquios
(asthma), dos ureteres, do útero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A base de papaverina, belladona, meimンドro e boldo.
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab. Gross - Rio

Dentre os inumeros preparados bismuticos destaca-se, pela sua comprovada eficiencia, completa atoxidez e tolerancia absoluta, o

NATROL

Tártaro-bismutato de sódio, sal hidro-soluvel, espirilicida de ação rapida e energica, indolor á injecão — 2 c. c. = 0gr.038 Bi.

Tratamento da **SIFILIS** em qualquer periodo. Indicado tambem na angina de Vincent, no noma, em todas as afecções de origem espirilar. De largo emprégio em **Pediatria**.

Pomada de NATROL — úlceras, sobretudo fuso-espirilares, acne, dermatoses, piodermites, etc.

Metacal

Associação de sais de cálcio, magnésio, fósforo, locitina e paratireoidina. Produto sancionado pela experien-
tação clinica como

Reconstituinte e Remineralizador.

Indicado nos casos de Raquitismo, Cárie ossea e dentária, pré-tuberculose, desmineralização, convalescenças, e nos periodos de Gravidez, aleitamento e crescimento.

Cápsulas

Comprimidos

Granulado.

Lysurol

Granulado efervescente

Associação de formina, sais alcalinos, a vegetais diuréticos.

Poderoso estimulante da atividade celular e acelerador das trocas nu-
tritivas.

Diurético — Colagogo — Antissép-
tico biliar e urinário.

Indicado nas:

Doenças de retardamento metabólico: gota, reumatismo, litiasis urica, diabetes, obesidade, dermatoses, etc.; nos casos de insuficiencia biliar, angiocolites, colites, catarros intestinais, infecções urinárias, etc.

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal 163 — Rio de Janeiro
Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — Rua Siqueira Campos, 1257
Agente em Pelotas — Bons & Carneiro — Rua Marechal Floriano, 115

Senhores Médicos

Já conheceis, certamente, os BACTERIOFAGOS, de uso oral e local, do "LABORATORIO RAUL LEITE" e seus surprehendentes resultados terapeuticos:

DISENTERIFAGINA — bacteriofago anti-disenterico, agindo sobre Shiga e Flexner.

ESTAFILOFAGINA — bacteriofago anti-estafilococico

ESTREPTOFAGINA — bacteriofago anti-estreptoco cicio-filo-estrepto-colibacilar.

PLURIFAGINA — poli-bacteriofago polivalente: estafifofagina — bacteriofago anti-tifico.

COLIFAGINA — bacteriofago anti-eoli.

INTESTINOFAGINA — poli-bacteriofago - polivalente contra Shiga, Flexner, Bacilos Tificos, para-tificos A e B, Enterites Guertner, B. Coli, Estafilo, Estrepto, Enterococos.

Procurae conhecer, agora, os endovenosos, desalbuminados e despeptomizados, sem risco quando injectados e com indicação, principalmente, nos casos graves ou septicemicos:

ESTAFILOFAGINA ENDOVENOSA.

ESTREPTOFAGINA ENDOVENOSA.

PLURIFAGINA ENDOVENOSA.

TIFOFAGINA ENDOVENOSA.

COLIFAGINA ENDOVENOSA.

O emprego de Bacteriofagos Endovenosos não colide com os de uso oral e local.

Laboratorios Raul Leite

filial em Porto Alegre

Rua Marechal Floriano, 257 — Fone 5284

Especialidades Pharmacenticas de Francisco Giffoni

„Immunol”

Toxico geral — Anti-toxico
Reparador

INJECCAO INDOLOR

Formula e preparação do Pharmaceutico
Francisco Giffoni

(Cinamato de benzyla, cholesterina,
gaiacol, camphora).

Indicações:

Fraqueza organica geral
Affenções pulmonares
Bronchites
Bronchorrhéa
Gripe
Lymphatismo
Anemia
Escrophulose
Adjuvante no tratamento
da tuberculose

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Simuval

Precioso Neuro-sedativo

(Simulo, bromo, valeriana estabilisada)

Indicações:

Hysteria, Neurastenia, Nervosismo, Delirio, Irritabilidade, Convulsões, Palpitações, Epilepsia, Agitação mental, Excitações de origem toxica, alecolismo, morphinomania, cocaineomania).

Dose: Adultos, 2 a 4 colheres das de chá em 1 calix de agua assucrada.

Crianças, metade das doses acima, de cada vez.

Preferido pelo Prof. Austregesilo, eminent cathedratico de Clinica Neurologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

PhysiocholinaTRATAMENTO
DE RESISTENCIA BIOLOGICA

Tonico geral — Anti-toxico

Formula e preparação do
Pharmacentico Francisco Giffoni

INJECCAO INDOLOR — ASEPTICA

Formula:

Chlorhydrato de cholina..... 0,02
Soluto physiologico de Na Cl. 2 cc.

INDICAÇÕES:

Infecções, principalmente bacilose e asthenias predisponentes.

MODO DE USAR: Uma injecção hypodermica ou intramuscular diariamente ou em dias alternados, segundo indicação medica.

Não tem contra indicações, nem é incompativel com qualquer outra medicação. Antes, é um auxiliar proporcionando ao organismo a resistencia vital de que elle carece para alcançar a cura. Pode ser usado por tempo indeterminado, sem o menor receio de effeitos secundarios.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Physiocalcio

THERAPEUTICA COLINO-CALCICA

Soluto — Injectavel — Indolor

Tratamento de restauração e defesa
Tonico — Antitoxico — Recalcificante

Formula e preparação do
Pharm. Francisco Giffoni

Glyconato de calcio a 10%.... 5 cc.
Chlorydrato de cholina..... 0,02

INDICAÇÕES:

Todos os casos de Desequilíbrio, Osteomalacia, Fracturas osseas, Periodos de Lactação e Gestação, Hemophylia, Dermatoses, Lymphatismo, Rachitismo, Escrophulose, Fraqueza geral, Affeções broncho-pulmonares, Bacilloses, Infecções, Convalescências, Adjuvante no tratamento da Tuberculose e das Asthenias a ella predisponentes.

MODO DE USAR: Uma injecção intramuscular diariamente ou em dias alternados, segundo prescrição medica.

3 empólas de 5 cc. Vide literatura.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

AMOSTRAS E LITTERATURAS Á DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MEDICOS

J. SIEGMANN —

RUA VIGARIO JOSÉ IGNACIO, 843

CAIXA POSTAL 456 - PORTO ALEGRE

O mais energico medicamento contra os espasmos dolorosos do píloro, do colon, da vesícula biliar, dos bronquios (asthma), dos ureteres, do útero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A base de papaverina, belladona, meimendro e boldo.

XX a XXX, gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab. Rio Gross - Rio

TRATAMENTO
DA ASTHMA
E SUAS COMPLICAÇÕES
PELA

ASMOZINA

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública

Edo. N. 1928-1930

Indicação: Afecções das vias aéreas: a base de óleo de amendoim, canela, pimenta de moela, óleo de canola e manjericão de ASTHMA, não causa efeitos secos adversos.

Casa com 12 amp. de 2 cc.

Produto fabricado pelo Laboratório Médico Brasileiro

Propaganda exclusivamente médica

ASTHMA

ASMOZINA

Laboratório Médico Brasileiro
Centro Técnico
Dr. José da Costa Cruz, Dr. Boaventura de Figueiredo,
Dr. Joaquim Góeswold Cruz - Maracanã.

Promoção Pernambucana & Cia CP 2032-Rio de Janeiro

ULCERAS DO
ESTOMAGO E
DUODENO

Produto fabricado pelo Laboratório Médico Brasileiro
PROMOÇÃO PERNAMBUCANA & CIA CP 2032-Rio de Janeiro

PEPSINA ACTIVA INJECTAVEL

Helcosan

Ampolas

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública
Edo. N. 454 em 20.12.1931

soro injectável de PEPSINA, preparado por processo original dos Drs. Antônio Nachão, Aristedes Mauá da Cunha e Adão Matiz e por eles controlado, o férreo se conserva suave e estabilizado.

Indicação: DYSPÉPSIAS pura e hiperacética - ULCERAS do ESTOMAGO e do DUODENO
ANEMIAS e citados de DESNUTRIÇÃO - certas DERMATOSIS ulcerosas.
ULCERAS da boca, etc.

Casa com 10 amp. de 5 cc.

Propaganda exclusivamente médica

TRATAMENTO MODERNO DA EPILEPSIA

Baseado no estudo do equilíbrio
ácido-básico no epileptico

Anepon

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, sob o número 561,
de 6 de Agosto de 1938

experimentado no Hospital Nacional de Almada e no Instituto Oswaldo Cruz no Laboratório de Clínica do professor J. Carneiro Felippe.

O ANEPOON é fabricado no
LABORATÓRIO MÉDICO BRASILEIRO
Promoção Pernambucana & Cia-CP 2032-Rio de Janeiro

EPILEPSIA

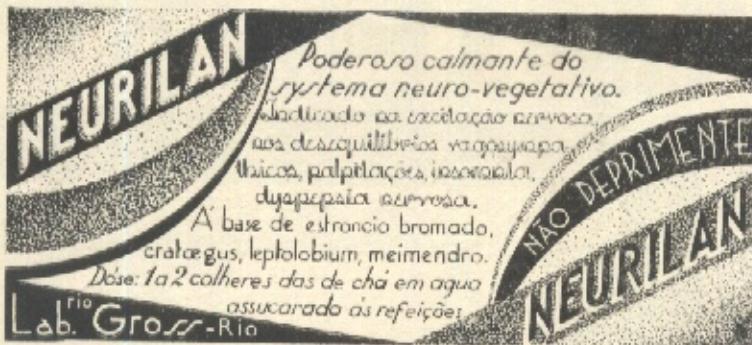
COMPRIMIDOS
ANEPOON

Marca registrada

DAUREPHAN



SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO



Instituto de Radiologia

Dr. Nestor Barbosa

Dr. Pedro Marini

Telephone, 5239

Galeria Chaves