

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIV

AGOSTO DE 1935

N. 8

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

GABINO DA FONSECA

Cirurgião dos Hospitais

VICE-PRESIDENTE

PLINIO GAMA

Ex Prof. de Cl. Prop. Médica

SECRETARIO GERAL

D. MARTINS COSTA

Decente livre de Cl. Ped. Médica

1.º SECRETARIO

HELMUTH WEINMANN

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

CARLOS BENTO

Chefe de Cl. Prop. Médica

TESOURERO

NORMAN SEFTON

Doc. Medicina Legal

BIBLIOTECARIO

GERT SECO EICHEMBERG

Chefe de Cl. Cirurgica

DIREÇÃO CIENTIFICA

JACI C. MONTEIRO

Doc. Chefe de Cl. Cirurgia

DECIO DE SOUZA

Doc. Chefe de Cl. Psiquiatria

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAIR EIRAS DE ARAUJO

REDATORES

NOGUEIRA FLORES

ANNES DIAS

TOMAZ MARIANTE

P. MACIEL

PEREIRA FILHO

E. J. KANAN

H. WALLAU

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACI MONTEIRO

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 30\$000 — 2 anos: 50\$000 — Estrangeiro: 40\$000

Séde da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.º andar

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

TOMAZ MARIANTE — Hydroregulação hepatica	Pag. 295
R. di PRIMIO — Alastriam e Variola	" 318
HERACLITO LEAL — Lavagem das vesículas seminais, por via alta	" 327
TELEMACO E. PIRES — Coloração vital de Ravaud e Diagnóstico precoce da Sifilis nervosa	" 331

Assuntos de atualidade

LEONIDAS ESCORAR — Considerações sobre um caso de nefrose lipídica	" 336
--	-------

Sociedade de Medicina

Prof. AMERICO VALERIO — Reacções de Herxheimer	" 341
Atas	" 343

Notas terapeuticas

Prof. ARISTIDES MONTEIRO — Do bismuto nas anginas	" 347
---	-------

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amps. de 2cc., contendo 10 centigr. de Iodo
Via intramuscular ou endovenosa



O NOVO E PODEROSEN ANTILUETICO

É YBIRAN

INSOLUVEL
OLEOSO

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

Laboratorio CRISSUMA 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 Pátria, 46
PORTO ALEGRE

Trabalhos originais

Hydroregulação hepática

O papel do fígado no metabolismo da água

por

Tomaz Mariante

Catedrático de Clínica Médica

E' fundamental a importância da água no funcionamento da máquina viva. Faz, sob a forma de água de constituição, parte integrante da massa corporea, na proporção, notável, de 58 a 60%; existe nos espaços lacunares interorganicos, nos interstícios celulares, nas cavidades serosas, é a água lacunar, reserva de que, a cada momento, pode o organismo largar mão, quando premido pela necessidade urgente de acudir a uma diminuição da sua água circulante, água de circulação, intravascular, o elemento líquido da lympha e do plasma, meio dissolvente dos elementos químicos de que necessita para a manutenção de sua composição; enfim, resulta das combustões orgânicas, produto metabólico, água residual. Como accentua Tannhauser, é admirável que, apesar dessa diversidade funcional da água, o conteúdo hídrico do organismo não varie sensivelmente, o que implica na necessidade da existência de delicados mecanismos, capazes de, perfeitamente combinados, regular as entradas e as saídas da água, permitindo, assim, fazer voltar as coisas a seu estado normal quando, por qualquer circunstância, o equilíbrio entre a receita e a despesa hídrica se venha a alterar. Colocado o fígado, qual guardião sempre atento, entre o meio externo e a intimidade dos nossos humores e dos nossos tecidos, impedindo que substâncias de especificidade constitucional definida, venham perturbar o que elas têm de mais subtil e delicado, a sua própria integridade physica e biológica, decompondo-as, dividindo-as, transformando-as, de modo a se poderem nelas perfeitamente integrar, no plano vital da constante reparação orgânica, também a água, não podia deixar de lhe passar sob o crivo da fiscalização na finalidade máxima de resguardar o meio interno de possíveis variações bruscas nas entradas aquosas, contribuindo para manter constante o seu nível líquido. Quanto mais avançam os nossos conhecimentos em hepatologia, tanto mais maravilhados ficamos com a importância e variedade das funções desempenhadas por essa maravilhosa viscerá, e, ao lado das clássicas e bem conhecidas funções bilígenica, glycogenica, antitoxica, hemopoietica, thermogenica, adipogenica, adipopexica, etc., começamos a melhor conhecer esta outra, não menos importante, como já vimos, a hydroregulação, que elle exerce, ora mecanicamente como reservatório, como verdadeira barragem a regular o trans-

sito da agua, ora como glandula endocrina a secretar hormonios, a impressionar a afinidade hydrica dos tecidos, ora indiretamente, como manteredor do equilibrio proteico do plasma.

Uma rapida olhadela sobre a circulação porta explica como possa o figado se desobrigar de tantas tarefas: duas ordens de capillares unidos por um tronco venoso commun ligam, através o figado, onde está situado o segundo grupo capilar, a rede vascular do tubo digestivo, do pancreas e do baço, à circulação geral, dest'arte não só tornando obrigatoria a travessia hepatica a todos os elementos absorvidos pelas veias intestinaes, como neutralisando as pulsações das arterias, as quaes, como chama a atenção Carnot, se não transmitem ao sistema porta, a tensão sanguinea cahindo de 100 a 150 cc. de agua, a apenas 10 cc. no tronco porta. Por outro lado, este dispositivo anatomico tambem evita, amortecendo-as, que as oscillações cavas physiologicas, ligadas ás aspirações respiratorias e cardíacas, assim como as pathologicas, em função das pulsações retrogradadas, na insufficiencia cardiaca, venham a repercutir sobre a circulação venosa porta. Assim garantida a estabilidade e regularidade da circulação venosa intrahepatica, poderá esta importante glandula bem realizar as suas multiplas funções, e, em particular a de ser um dos componentes de maior valia no delicado e complexo apparelho encarregado de regular o metabolismo da agua. Embora a autoridade de Tannhauser considere ainda um tanto confusos os nossos conhecimentos sobre a materia, Pick, Mautner, Mollitor, Villaret, Jimenez-Diaz, em uma longa serie de observações e de experiencias, vêm justamente demonstrando a precisão com que se evidencia a influencia primacial do figado no equilibrio hydrico do organismo, variando, sómente no apreciar qual o processo de que mais habitualmente se serve para intervir no transito e na retenção da agua; a escola de Vienna, com Mollitor, Mautner e Pick, á frente, a francesa com Abrami, Villaret, etc., inclinando-se para o mechanico, a barragem hepatica, a espanhola, guiada por Jimenez-Diaz, preocupando-se mais com o humoral.

Vejamos agora como provar a existencia da função hydroreguladora hepatica e de que maneira ella se faz, começando pelo estudo da chamada barragem hepatica.

Experiencias que demonstram intervir o figado directamente no transito da agua

A barragem hepatica

Durante muito tempo foi classico explicar a producção da ascite, nas cirroses hepaticas atrophicas, principalmente por uma hypertensão do territorio da veia porta, consequente á diminuição de calibre das suas ramificações intrahepaticas, comprimidas pela esclerose da viscera. A observação de casos de ascite que regrediam e desappareciam, o surgir della em algumas formas de hepatites, etc., em breve vieram demonstrar a insufficiencia da doutrina. Aos autores viennenses devemos a remodelação dos nossos conhecimento nesse assumpto. Esteados nos resultados de suas experiencias em animaes e nos estudos anatomicos de Arey

e Simonds, Mautner, Pick e Mollitor, afirmam a existencia no figado, na altura das suprahepaticas, de um verdadeiro mecanismo de barragem, capaz de se abrir e fechar, conforme as necessidades do momento.

Segundo esses scientistas ha, em redor das veias suprahepaticas, um dispositivo muscular esphincteriano, que, posto em acção sob um certo numero de influencias, provoca um verdadeiro bloqueio funcional das vias circulatorias efferentes hepaticas e assim determina uma acumulação de notavel parte da massa sanguinea no figado e no systema porta. A excitação do vago determina a oclusão, a do sympathico a abertura desse sistema de barragem (veja figura).

De facto, em redor das veias supra-hepaticas existem fibras musculares lisas cuja abundancia justifica a noção de esphincter peri-vascular. Em 1912 Arey e Simons, descreveram no animal (cão) um forte manto muscular nas paredes das veias supra-hepaticas, tendo Jaffe, a seguir, confirmado tal verificação. Papper foi mais longe, estudando fragmentos de figado retirados no momento mesmo de um choque histaminico, conseguiu aprehender no vivo, o mecanismo de ação desses verdadeiros esphincteres musculares: sob a influencia da sua contração, a luz das veias diminue, quasi se apagando pela redução do calibre dos vasos e pela approximação dos pilares intramuraes. Nessas verificações, como diz Papper, encontramos o substracto morphologico do mecanismo de fechamento das veias supra-hepaticas, descripto por Villaret e Gilbert, Mautner e Pick.

Na verdade, segundo affirmam Villaret, Besançon e Fauvert, já haviam Gilbert e Villaret, em 1909, estudoado a contractibilidade propria do tecido hepatico e a ação directa do figado sobre a progressão da corrente sanguinea, assim como posto em evidencia no cão, a riqueza das veias supra-hepaticas em fibras musculares lisas que cercam a luz do vaso de um verdadeiro anel muscular de importancia variavel; tambem observaram que as grandes veias collectoras proximas do tronco cava inferior têm uma parede mais espessa, provida de uma dupla capa muscular. Assignalaram ainda a presença de dobras na parede das veias suprahepaticas, comparaveis a valvulas, porém, encapazes de se oppor, a uma injecção contra a corrente. Notaram, mesmo no interior do lobulo hepatico, que os capilares radiados não pôde[m] ganhar a veia centro lobular, sinão por intermedio de um anel vascular, donde partem, com poucos intervallos, pequenos vasos comunicantes, obrigados de atravessar o esphincter para ganhar a circulação supra-hepatica, e facilmente fechados pela contração das fibras lisas.

Esses dispositivos não existem em animaes desprovidos do mecanismo de barragem hepatica, como a cobaia, o gato, o coelho. No homem não encontramos estructuras anatomicas absolutamente identicas ás supra mencionadas, contudo Elias e Teller, demonstraram haver nas porções terminaes dos grandes troncos supra-hepaticos agrupamentos de fibras lisas, portanto um esboço do anel descripto no cão. Papper, que provou não faltarem por completo fibras musculares na parede das suprahepaticas do homem, tambem acha que o modo de desaguar, em forma de funil, das pequenas veias de paredes lisas, nas paredes dos vasos maiores, constitue um verdadeiro mecanismo esphincteriano, concluin-

do que o conjunto dessas formações pôde chegar a uma considerável barragem da circulação sanguínea, sem todavia, apresentar a mesma evidencia e a mesma importancia anatomica como no cão.

Verificações physiologicas e pharmaco-dynamicas sobre a barragem hepato-porta no estado normal

Longa serie de trabalhos experimentaes originados das pesquisas de Mollitor, Mautner e Pick, não só confirmam, como precisam o funcionamento dessa barragem esphinteriana supra-hepatica:

Vejamos as verificações desses autores:

I) Um certo numero de substancias excitantes do vago, cujo typo é a histamina, determina o espasmo das supra-hepaticas, occasionando assim:

1.º) Diminuição das achegas de sangue ao coração direito e uma queda da tensão arterial, como a que Villaret, Gilbert e Garnier descreveram na hypertensão porta.

2.º) Augmento de volume e intensa congestão do figado.

Da mesma forma agem a peptona e as proteinas provocadoras de choques.

Carnot, Gayet e Merklen, em demonstrativa serie de experiencias, tambem, não só provaram a existencia da barragem hepatica, como precisaram a sua localisação nos vasos efferentes: suprimindo, por uma anastomose porto-renal a rede porto-hepatica não observaram apôs injecções de histamina augmento da tensão porta, que se verificava, sempre, quando tal operação não fora realizada.

Baer e Rössler confirmaram, em suas experiencias, o mechanismo dessa barragem: provocado, pela histamina, o fechamento supra-hepatico, fazendo-se uma perfusão no sentido normal da circulação hepatica resulta um augmento de volume do figado e mesmo já se não observando, feita a perfusão em sentido contrario.

II) As substancias de ação antagonica, excitantes do sympathico, provocam, ao envés, uma abertura do sistema esphinteriano supra-hepatico, donde, diminuição do volume do figado, abaixamento da pressão osmotica e refluxo da lympha para o sangue (Pick).

A pituitrina tem ação mais complexa.

Destarte, segundo Mautner, Mollitor, Pick, acha-se caracterizado, ao nível do figado, um sistema mecanico hydro-regulador, innervado pelo vago e pelo sympathico.

Paul Carnot, embora tambem acredice em uma ação vaso-motora, apesar, como diz, da pouca importancia dos musculos da rede venosa de saída do figado, igualmente considera possivel explicar o mechanismo de estase porta, seja por precipitações coloides e embolias capillares, seja, com mais verosimilhança, por simples modificações de viscosidade do sangue porta em relação com uma mudança da composição protei-

ca, ou tumefacção do endothelio reticular. Julgo estas hypotheses de Carnot não resistirem ás experiencias de sobrecarga hydrica, que, como veremos, em animaes desprovidos do mecanismo muscular de barragem hepatica, provocam uma inundação da circulação geral, o que se não dá nos outros, nos quaes a agua fica retida no systema porta.

*A barragem hepato-porta e a circulação normal da agua
Pesquisas de Villaret e seus colaboradores*

Villaret e seus collaboradores procuraram verificar, em animaes, não sómente as variações de volume do figado, como também as modificações da pressão na circulação geral e nas circulações porta e supra-hepatica, sob a influencia dos diversos factores capazes de pôr em ação a barra gem hepatica, usando dos processos de sobrecarga circulatoria, e dos tests pharmaco-dynamicos.

a) *Experiencias de sobrecarga circulatoria.*

Conheim e Lichteim, haviam notado, no cão, a turgidez do figado sob a provocação de uma plethora circulatoria, ao passo que no coelho, que não tem esphincter muscular supra-hepatico tal se não dava. As suas experiencias porém, pareceram pouco demonstrativas porque determinavam uma inundação geral do organismo, de modo que, para evitar essa possivel causa de erro, Villaret e seus collaboradores modificaram a technica, injectando lentamente, gotta a gotta, na circulação geral, pela veia femoral, no cão chloralizado, cerca de 2 e ½ a 3 litros de solução physiologica, registrando ao mesmo tempo, ou successivamente, as pressões: arterial, supra-hepatica e porta.

Ora, apezar de tão consideravel augmento da massa sanguinea, verificaram que o coração durante quasi toda a duração da experiencia, cerca de 2 a 3 horas, não déra nenhum signal de esfalfamento, e a tensão arterial ficará normal. Por meio de uma longa sonda introduzida pela jugular até a confluencia da veia supra-hepatica na cava inferior, observaram que a pressão supra-hepatica-cava, no decorrer de taes condições circulatorias se mantinha em um nível quasi constante, o augmento não attingindo, no fim da experiencia, dois centimetros de agua.

Muito diferentes, porém, eram as condições nos dominios da veia porta: a tensão nesta elevava-se, de começo, rapidamente, desde o inicio da injecção, depois desenhava uma planura ou mesmo ligeira descida, para em seguida retomar a sua marcha ascendente. O figado, parallela, rapida e enormemente augmentava de volume, o que explica, segundo os autores, as modificações na pressão porta. Todo o conjunto do sistema hepato-porta mostrava, quasi que instantaneamente, signaes evidentes de consideravel perturbação: as veias aferentes do tronco porta dilatadas e turgidas; o intestino tumefacto por importante transudação, os mesos infiltrados; produz-se ascite hemorragica. O figado, muito engrandecido, duro, de cor violacea, com suffusões sub-capsulares, ao corte, as veias do orgão, distendidas escorreriam abundantemente.

E', como chamam a attenção os autores, frisante o contraste entre a impossibilidade completa do regime circulatorio geral e supra-hepati-

co e os phenomenos verdadeiramente catastrophicos verificados no sistema hepato-porta.

Demonstram essas experiencias que uma consideravel quantidade de agua, duplicando e triplicando a massa sanguinea, directamente introduzida na circulação geral, é immediatamente desviada e bloqueada no apparelho hepato-porta, graças ao funcionamento singularmente energico da barragem supra-hepatica, prova decisiva, da importancia do papel que pôde gozar esse sistema hydro-regulador.

b) *Experiencias pharmaco-dynamicas.*

Foram Mautner e Pick que iniciaram as pesquisas no sentido de observar a ação de certas drogas e derivados proteicos sobre o meehanismo da barragem hepatica. Vejamos os resultados a que chegaram, nesse domínio, Villaret e seus collaboradores.

1.^o Ação da histamina.

Desde os trabalhos de Pick que se sabe que a histamina provoca o fechamento da barragem hepatica. Villaret e collaboradores verificaram, sob a ação deste corpo, notavel augmento da tensão porta e diminuição carallaria, da pressão supra-hepatica, assim como queda da pressão arterial.

A contra prova da ação da histamina sobre a esclusa hepatica nos é dada pelas experiencias de Carnot, Gayet e Merkelen: — si, antes da injecção de histamina, se fizer a exclusão da circulação hepatica por uma anastomose porto-renal, em lugar da hypertensão, produz-se uma hypotensão rapida no domínio porta, assim como na circulação venosa peripherica.

Outros autores, como Kl. Gallwitzer Meier, etc., citados por Villaret, tambem precisaram as relações entre o augmento de volume do fígado e o da pressão porta.

Fazendo a perfusão do fígado isquemico, Mautner e Pick, Baer e Rössler, Bauer, Dale e Richardas, Villaret e collaboradores, verificaram, sob a ação da histamina augmento de volume do organo e diminuição da corrente hepatica de saída; com Aer e Rössler, observaram que, o augmento do fígado se não dava uma vez que se fizesse a perfusão contra a corrente, o que vem bem localizar o obstáculo na altura das veias supra-hepaticas.

“O acordo é, pois, geral sobre a ação da histamina e parece bem demonstrado que este corpo e, com elle, as substancias determinantes de choques (peptona) provocam, sem duvida por excitação do vago (Mautner), um bloqueio circulatorio supra-hepatico extremamente energico”.

2.^o) Ação da adrenalina.

A adrenalina, estimulante do sympathico, parece ter uma ação antagonica á da histamina. Nos animaes providos de esphinter supra-hepatico relaxa as veias supra-hepaticas e faz contrair-se o sistema porta, ha uma nitida influencia constrictiva sobre o fígado, como verificaram Mautner e Pick, Mac Langhilin, etc., ao passo que nos herbívoros, desprovvidos de tal esphincter, Neubauer, Mautner, Lawson e Roca, notaram o effeito contrario: augmento de volume da glandula.

A adrenalina tambem faz contrair-se o figado isolado, decrescendo a corrente de sahida, quando se faz a perfusão.

Segundo Villaret, mais difficeis de interpretar são os effeitos da adrenalina sobre a pressão porta, pois, ao mesmo tempo que o figado se contrahe, diminuindo o seu volume, a tensão aumenta na veia porta, o que, para alguns observadores (Gallwitzer-Meier, Griffiths e Emery), indicaria a existencia de um obstáculo na travessia hepatica. Para Villaret, porém, a chave desses factos contradictorios parece ser dada pelas experiencias de P. Carnot, Gayet e Merklen, que estudando a acção da adrenalina sobre a pressão porta, após exclusão da circulação hepatica, mostraram que, ao envés do que se passa com a histamina, o augmento da tensão na veia porta persiste fóra de toda a intervenção do sistema hepatico: a hypertension porta adrenalinica não dependeria, por conseguinte, "da barragem hepatica, mas de uma vaso-constricção geral". "Or, une hypertension portale adrenalinique, strictement comparable, est obtenue chez nos animaux à anastomose porto-rénale, le résean efférent d'aval étant supprimé: ce n'est donc pas une stase en aval que produit l'hypertension portale adrénalinique. Celleci nous samble analogue à hypertension cave, que nous avons enregistrée simultanément. De façon plus générale, d'ailleurs, l'adrénaline produit une hypertension veineuse comparable. Ce n'est donc pas en aval, dans le résean hepatico portal, qu'il faut chercher la cause de cette hypertension" (Paul Carnot).

As experiencias de Villaret e colaboradores confirmam essa opinião, pois, sob a influencia da adrenalina, notaram, ao mesmo tempo, contrariamente a acção dissociada da histamina, um augmento das pressões porta e supra-hepatica. Em um cão previamente histaminado, a injecção de adrenalina provoca uma hypertension porta muito pronunciada.

3.º) Ação da hypophyse.

As experiencias iniciaes revelam, diminuição de tamanho do figado e queda da pressão arterial, que seria, segundo os primeiros experimentadores, peculiar aos animaes providos de sistema de barragem. Poste-riores investigações, tendem a confirmar a primeira parte, a constricção hepatica, divergem, porém, quanto á segunda, pois descobrem augmento augmento corollario da pressão arterial. Para Villaret tales divergencias devem resultar das qualidades dos productos empregados, tendo mesmo observado diferenças notaveis, segundo os diversos fraccionamentos recentemente realizados na preparação da pituitrina. Póde-se comparar os effeitos da pituitrina, quanto á comporta hepatica, aos da adrenalina, mas, por outro lado, contrariamente a esta, provoca constantemente diminuição da pressão porta, que se justificaria por uma acção constrictora sobre o sistema capillar intestinal.

Villaret e colaboradores, experimentando com o extracto do lóbulo posterior da hypophyse, verificaram hipotensão tanto no dominio da veia porta, quanto no das supra-hepaticas. Tal se pôde tambem dar, quanto á porta, mesmo após a exclusão circulatoria do figado, o que os leva a admittir, com Carnot, Gayet e Merklen, sob a reserva de novas pesquisas, que a hypophyse, tanto quanto a adrenalina, não pôde ser

considerada como agindo nitida e electivamente sobre o sistema hepatico de barragem.

Justo é, dos trabalhos citados, concluir, com Villaret e colaboradores, gosar o sistema hepato-porta de um papel capital na regulação mecanica das trocas hidricas, que, longe de ser unicamente uma função passiva, como parece, á primeira vista, nos casos de estase vascular ou de esclerose hepatica, está igualmente sob a dependencia de um mecanismo physiologico activo: a barragem esphincteriana supra-hepatica, a qual entra a funcionar com energia e precisão, sob um certo numero de influencias diversas e por intermedio do sistema nervoso vegetativo.

E' possível, desde já, reconhecer-lhe uma dupla utilidade:

Em primeiro lugar, os aumentos anormaes do volume da massa circulatoria provocando o funcionamento da barragem hepatica, realisa-se, automaticamente, a protecção do coração direito contra as variações de descarga da circulação de retorno, assim como, se effectua a defesa do meio interior contra os effeitos de uma "osmonocividade cellular" de liquidos não possuindo os caracteristicos physico-chimicos dos humores organicos.

Em segundo lugar, constitue um sistema de protecção contra as albuminas heterogeneas. Entra em jogo na producção dos choques e tem as proteinas heterotoxicas no ponto mesmo em que devem soffrer as necessarias modificações de desintegração. Villaret, Carnot, Gayet e Merklen demonstraram em suas experiencias, funcionar activamente a barragem hepatica nos choques anaphylacticos e nas intoxicações pelo veneno de D'aboia.

Estudo physio-pathologico do papel mechanico do fígado na circulação da agua.

*Métodos clinicos de exploração da barragem hepato-porta.
Resultados nos hepáticos.*

Vejamos agora algumas provas physico-clínicas capazes de exteriorizar as alterações da circulação da agua através a comporta hepatica.

a) Prova da diurese provocada. Villaret e Gilbert, desde 1903, vêm empregando a prova da diurese provocada no exame dos hepáticos, procurando provar o valor da opsiuria e da oliguria orthostáticas, por ingestão massiça de agua, na exploração da hypertensão porta.

Pick e Wagner tambem, lançaram mão desses processos.

Continuando taes pesquisas Villaret e colaboradores ajustaram mais exatamente as provas de diurese provocada á exploração, no homem, da alteração hydro-reguladora hepatica. Assim compararam a eliminação urinaria no individuo em jejum, em primeiro lugar e depois sucessivamente após a ingestão, absorção rectal e injecção intravenosa de determinada quantidade de liquido. Emprega 500 cc. de H_2O , utilizando soluções glycosada e chloretada isotonicas.

Técnica. Primeiro esvazia-se a bexiga, $\frac{1}{2}$ hora antes de cada prova, toma-se uma primeira amostra de urina imediatamente antes da absorção da agua, a qual deve durar trinta minutos e, em seguida,

outros de meia em meia hora, durante tres horas, ou de uma em uma hora durante seis horas. Segundo Villaret é possivel standartizar a prova usando solução physiologica na dose de 600 cc. por todas as vias de introdução e tomando as urinas de hora em hora, durante quatro horas. Por meio dessas amostras escalonadas, estabelecem-se curvas volumetricas e densimetricas da eliminação renal.

Os resultados obtidos até agora foram:

A eliminação global das tres horas atinge, no individuo normal, a quantidade ingerida, excede-a ligeiramente, ou fica pouco inferior. A curva é irregular, com flechas importantes e quedas subitas. Comparando as diversas vias de introdução, verifica-se, no homem normal, nas mais das vezes, a injecção endovenosa trazer uma eliminação inferior á que provoca a ingestão e, principalmente, a administração rectal. Embora apparentemente paradoxal, taes verificações, no dizer dos autores, põem em evidencia o modo de agir da comporta supra-hepatica: em resposta a uma introdução massiça de agua opõem um bloqueio reaccional. Seja embora ainda cedo para conclusões formaes quanto aos resultados da prova nos estados hepaticos, de um modo geral parece exteriorizar ella consideravel desordem na eliminação da agua no caso de alterações parenchymatosas chronicas da glandula, pois, em taes condições verificarem Villaret e collaboradores oliguria global accentuada, raramente alcançando 100 cc. a quantidade de urina eliminada para os 500 cc. de agua ingerida, ou administrada por outra via.

A curva das emissões fraccionadas denota, em contraste com o normal, uma uniformidade ou tendencia á uniformidade na eliminação. Talvez, deva-se vér nesse facto a traducção de uma falta de elasticidade funcional do mecanismo hydro-regulador hepatico, com a mesma significação para o figado que tem para o rim as curvas de concentração urinaria com "paridensidade" ou "imparidensidade" (Villaret). Nos hepaticos a prova nos revela densidade urinarias normaes, ao lado de anormal volumetria; nos renaes, volume e densidade estão igualmente alterados.

Para Jimenez Diaz o resultado da prova de diurese, segundo a tecnica que Adler estudou em 1923, é, no ponto de vista clinico, deveras importante e demonstrativo. Consiste esta na ingestão de 1.500 cc. de chá. Nos casos de insufficiencia hepatica, nota-se retardamento na eliminação com defeito da concentração e da diluição, naturalmente em consequencia de uma má offerta liquida para o rim. Penso ser esta prova, quanto á sua primeira parte (retardamento da eliminação), muito bem enquadravel entre as que visam a função hepatica de barragem porta-supra-hepaticas, comparavel á de Villaret, mas quanto á segunda, não me parece servir precisamente para o figado, porquanto é propria dos estados renaes, correspondendo, á prova de agua de Volhard. Mais peculiar ao figado seria o estudo da diluição sanguinea apóis á ingestão de grandes quantidades de liquido, pois, é ella nos hepaticos, mais duradoura e accentuada do que no individuo sâo. Mesmo com apenas 500 cc. de agua já tal se pôde dar.

b) Provas da hydremia provocada.

Rappaport, Landau e Popp, Shun Ichi Albe, igualmente se occupa-

ram com o papel mechanico do fígado na regularização do equilíbrio aquoso do organismo. O ponto de partida dos estudos de Landau e Popp foram as conhecidas experiencias de Lawson e Rocca: — a introdução de sôro physiologico nas veias de um animal determina uma hydremia, que desaparece em menos de quarenta minutos, porém, si antes se fizer a fistula de Eck (nastomose da porta na cava), a diluição sanguinea perdurará mais de duas horas. Tal experiencia demonstra que o fígado, no animal normal, recolhe a agua introduzida, por isso o considerável augmento de volume que então n'elle se verifica.

Landau e Papp, no homem, apôs haverem feito a contagem das hematias, injectam, em 5 minutos, um litro de solução physiologica nas veias, e a seguir, quinze, sessenta, cento e vinte, cento e oitenta e duzentos e quarenta minutos, apôs, de novo numeram as hematias. Com esta technica verificaram nos individuos com insufficiencia hepatica a persistencia da hydremia por duas, tres e mesmo quatro horas, muito mais do que no normal. Rappaport, em vez de contar as hematias verifica a sua velocidade de sedimentação, antes e apôs a ingestão de agua. No individuo em estado hygido não se nota alteração, ao passo que nos hepaticos ha variação, quasi sempre no sentido da aceleração, algumas no do retardamento da erythrosedimentação.

Shun Ichi Abbe observou, em individuos saúes, apôs a tomada de um litro de agua, a traduzirem a diluição sanguinea, diminuição da hemoglobina, das proteinas do plasma e do chloreto de sodio, attingindo a seu maximo ao fim de meia hora; por vezes nota-se uma phase previa de espessamento do sangue. Apôs essa diluição inicial, a hydremia começá a diminuir e, ao cabo de tres a quatro horas, quando já se eliminou quasi toda a agua, uma segunda phase de diluição é notada, transitoria, precedendo ao espessamento final.

Jimenez Diaz e Cuenca, que em 1922 colheram resultados muito semelhantes, procuram explicar a hydremia tardia pela passagem do líquido em excesso nos tecidos para o sangue. Abbe, em vinte e cinco doentes do fígado verificou: em onze casos eliminação de 80% da agua, em nove, menos de 80% e em cinco ausencia da diurese provocada.

Landau e Von Papp, como já vimos, injectam endovenosamente uma quantidade bastante considerável de líquido isotônico e para verificar a diluição sanguinea fazem, antes e depois da injecção, a contagem das hematias. Nos individuos normaes, ha diluição minima do sangue, ás vezes até nem tal se dá, em todo caso, sempre ao cabo de uma hora, desaparece; corollariamente nota-se augmento transitorio do fígado, que se explica, pela derivação hepato-porta da agua em excesso da circulação geral. Em individuos portadores de lesões hepaticas, porém, a diluição sanguinea se mostra anormalmente prolongada (3 a 4 horas).

Laporte, usando do processo da ingestão, não confirma os resultados precedentes, concluindo não ser a diluição sanguinea um facto constante, quer no individuo normal, quer no doente. O mesmo auctor, affirma ter observado, em identicas condições de experimentação no coelho, animal desprovido do mecanismo de barragem hepatica, hydremia constante, proporcional á quantidade de urina produzida.



OEVIPANA-SODICO

PARA

ANESTESIA CURTA, PROFUNDA OU PREPARATÓRIA,
ASSOCIADA OU ISOLADAMENTE.

A anestesia perfeita por via intravenosa

Sem efeitos secundários locais ou gerais

Em todos os casos de cirurgia e ginecologia, tratando-se de intervenções cuja duração não exceda de 30 a 40 minutos

Narcose de efeito imediato

Amnésia retrograda

Efeito mínimo sobre a circulação e a respiração

Não provoca estados nervosos *

Despertar natural, sem efeitos secundários,

EMBALAGENS
ORIGINAIS:

1 ampola de 1 gr. de Devipana-Sódico com 1 ampola de água bê-distilada esterilizada.

5 ampolas de 1 gr. de Devipana-Sódico com 5 ampolas de água bê-distilada esterilizada.



A CHIMICA »Bayer«

BROMOCALCIO ➤ GASTRITES

UROGENOL ➤ INFECÇÕES
VESICULO-
RENAES

PEPSINA INJECTAVEL ➤ ULCERAS
GASTRO-
DUODENAES

SORO NEUROPLASTICO ➤ DEFICIENCIAS
ORGANICAS

EXTRACTO HEPATICO ➤ INSUFFICIEN-
CIAS DO
FIGADO

NEUROTONE ➤ ASTHENIAS
ENDOCRINICAS



SENHORES MEDICOS:

Mediante simples indicação de endereço, Fontoura & Serpe terão o maximo prazer em enviar aos senhores medicos um exemplar do Catalogo Ilustrado, que apresenta a relação de cincoenta productos pharmaceuticos, que constituem as acreditadas especialidades do

INSTITUTO MEDICAMENTA
FONTOURA & SERPE

Rua 11 de Agosto, 18-B - Telephone, 2-2582 - S. Paulo

ESTABELECIMENTO SCIENTIFICO - INDUSTRIAL

Observações e experiencias sobre a intervenção indirecta do figado na hydroregulação através o equilibrio proteico do plasma.

Ação humorar.

Por mais importante que seja, ou pareça ser, a ação mecanica do figado na regulação do metabolismo da agua, não é, nem pôde ser a unica maneira de intervir em processo nutritivo de tanta importancia, dessa admiravel viscera, e, para alguns hepatologos, é mesmo, mais agindo sobre a manutenção do equilibrio proteico do plasma que elle intervem na hydroregulação. Assim pensam, entre outros, Jimenez-Diaz, F. Morán, A. de Castro e J. Couto, de cujos trabalhos me valerei para a feitura deste capítulo.

Esses scientistas em seu interessante e bem documentado estudo sobre os edemas por insuficiencia hepatica e as ascites reversíveis, contribuição ao conhecimento das relações entre a função hepatica e o metabolismo da agua, relatam alguns casos, dos numerosos que tem observado, nos quaes, coincidindo com uma enfermidade do figado, diffusa e do tipo degenerativo, surgiram edemas e derrames nas cavidades serosas que não podiam ter uma explicação puramente mecanica. Em varios delles houve, no inicio, o comparecimento de uma ascite, que, após algum tempo desapareceu, para mais tarde voltar e tornar-se irreductivel. A' ascite inicial, passível de regredir, dão o nome de ascite reversível. Na verdade o seu mecanismo não deve, nem pôde ser o mesmo da que surge mais tarde, em um periodo mais avançado, com lesões mais extensas e profundas do figado. Tambem chamam a atenção para certos edemas, acompanhados durante algum tempo de nycturia e de oliguria que, sem terem uma justificação cabal no estado do coração e dos rins, por muito tempo desafiam a argucia do clinico e a habilidade do therapeuta, e que ou curam com o tratamento da insufficiencia hepatica, ou depois são seguidos de ascite. Sobre taes edemas, a sua estatistica é vasta e encerra casos de hepatoses prolongadas, de antigas hepatoses com persistente deficit hepatico. Da mesma significação destes edemas, que na sua apparença, nada de particular offerecem, e cuja causa, por se não pensar na possível origem hepatica, permanece, a grande ignorada, é o phenomeno clinico que chiamam de "ascite reversível de começo". Com este titulo, como já vimos, designam certas ascites transitórias que sóem surgir em doentes do figado e que desapparecem seja espontaneamente seja por um tratamento adequado, para, em epochas ulteriores, ressurgirem. Ha casos em que foram observados 3 a 4 surtos, antes da instalação definitiva da ascite.

Ante a documentação de Jimenez Diaz, parece fóra de duvida a legitimidade da "ascite reversível de começo", a qual, pôde, ás vezes, preceder de varios annos, a erupção dos symptomas classicos da cirrose hepatica, o que explica os erros no seu diagnostico etiologico.

A significação d'esta ascite reversível é exatamente a mesma dos edemas, denuncia um disturbio do metabolismo da agua nos doentes do figado. Em 101 cirroticos examinados 36% tinham antecedentes de edemas com ascite reversivel.

Com razão dizem — "Si esto puede ofrecer un interés clinico de per-

si, le tiene mayor cuando se piensa en los casos em los que nada llama la atención sobre el hígado. Pero es aún macimo su interés cuando, guiado por el cabo de este cato clínico, penetrámos en el estudio de su mecanismo; al hacerlo hallamos una porción de hechos interessantes a cerca de la influencia del hígado en el metabolismo del agua y sus consecuencias em las enfermedades hepáticas".

Na verdade, varios têm sido os observadores que souberam separar os edemas que surgem nos cirróticos em período ascítico (aos quais se poderia imputar uma origem mecânica, pelo facto de desaparecerem quando evacuada a ascite), de um tipo de edemas que aparece isoladamente em alguns casos e para o qual não caberia a explicação, por demais simples, de uma estase venosa.

Aliás, não é de hoje que se falla em edema nos hepáticos. Swyney em 1876, pela primeira vez, se referira ao assumpto. Hanot já dizia: "il y a un oedème hépatique, como il y a un oedème renal"; também considerava certas ascites dos cirróticos como edema local do peritoneo, visto surgirem em épocas que difficilmente admittiam outra explicação. Villaret, Bernard e Bianeani, em 1925, curaram do assumpto. Eppinger, no seu estudo clínico das cirroses, assignala a existencia, em alguns casos, de edemas precoces. Matzfeat, Schrumpf, Mjassnikow, Huber e Kauch, trataram do edema agudo do pulmão como acidente terminal nos hepáticos, com exclusão de qualquer lesão renal ou cardíaca, portanto, em consequência sómente da alteração funcional do fígado. A oliguria e anuria são também symptoms observaveis nos hepáticos, mesmo fóra da phase ascítica. Clairmont e Habener, referem-se á oliguria e á anuria que, muita vez, complicam o período post-operatório das intervenções sobre a vesícula biliar. L. Langeron, M. Payet e J. Ledieu acham que em mais de 35% dos casos, a ascite dos cirróticos se encontra associada a outros edemas e que estes pôdem mesmo algumas vezes, preceder a ascite. Citam, a propósito, a observação de Le Doumany, de um paciente que fôra considerado um renal pelos symptoms que apresentava, mas que a necropsia demonstrou ser um hepático — um cirrótico. Taes edemas eram atribuídos pelos antigos autores a compressões venosas, a phlebites de causa infeciosa por inflamação da capsula de Glisson, etc.; hoje, porém, a explicação é outra e para alguns (Bayer-Le Doumany) está na produção de autolysados hepáticos, de ação inhibidora sobre o rim, para outros, como Govaerts, o mecanismo de taes edemas se encontra uma modificação das proteinas do sangue. A esta ultima opinião filiam-se Jimenez-Diaz, Morán, de Castro e Couto, que fizeram investigações a cerca da intervenção do fígado na regularização do equilíbrio proteico do plasma, e por intermédio deste, no metabolismo da água no decorrer das cirroses hepáticas.

Jimenez Diaz, a propósito das experiências de Abbe, em cães intoxicados pelo phosphoro, cujos resultados foram idênticos aos verificados nos hepáticos, chama a atenção para a seguinte: nos coelhos, que não possuem o jogo valvular da barragem hepato-porta, a ligadura do choledoco produz o mesmo efeito, o que viria provar a influencia do fígado sobre a regulação da hidremia e da eliminação aquosa, independentemente de todo o factor vascular, puramente mecânico. Tal verificação,

até um certo ponto diminui a importancia da barreira hepatica, considerada do ponto de vista mecanico, no equilibrio hydremico do nosso organismo, a favor da ação indirecta do fígado, através as modificações que elle pôde imprimir á composição do sangue.

Jimenez Diaz e colaboradores, tambem procuraram vêr na prova do novasurol, de Pollitzer e Stollz, mais um argumento a favor da influencia humorai do fígado na manutenção do equilibrio aquoso do organismo.

Consiste a prova do novasurol no seguinte: injectando no músculo de um individuo normal dois centímetros cúbicos de novasurol, observa-se, com raras excepções, aumento da diurese, oscilando entre 100, 200, 500 e mais raramente 1.000 cc. Tal facto parece demonstrar que, mesmo no tecido normal, devia haver certa quantidade de agua não fortemente ligada ao organismo, "água residual", que se solta sobre a influencia do novasurol. Nos hepáticos, mormente nas hepatoses, ictericia catarhal, icterus luetico, etc., o aumento da diurese após a injecção de novasurol, é de tal modo accentuado que se pôdem observar quedas de peso de um, dois e, mais raramente, tres kilos, a revelarem elevação da água residual, o "estado edematoso potencial" consequente ao máo funcionamento hepático. Esta é a explicação proposta por Jimenez-Diaz, não a dos autores da prova que pensam mais em uma influencia sobre a ação mecanica do fígado, em uma "hyperexcitação do mecanismo vascular hepático". Para sustentarem o seu ponto de vista, quanto ao mecanismo de que se serve o fígado para regular a hydremia, Jimenez-Diaz e colaboradores analysaram os trabalhos, já nossos conhecidos, de Pick, Mautner, etc., sobre a barragem hepática, affirmando que mesmo fóra do mecanismo vascular, experiencias varias demonstram a influencia do fígado sobre o equilibrio aquoso; por exemplo, nas de Ichi Abbe e mesmo resultado é notado em cães que possuem o mecanismo de barragem porta-supra-hepáticas e em coelhos que o não têm. Acham serem as observações de Gebhardt e Fricke ainda mais convincentes da maior importancia dos outros mecanismos na hepatoregularização hydremica. Viram os referidos experimentadores, em quatro dos 14 animaes com fistula de Eck, aparecer ascite, sem que na necropsia fosse possível vêr algum motivo mecanico para tal; ora, é evidente que, em animaes com fistula de Eck, o mecanismo vascular fica eliminado, não sendo, pois, possível, attribuir tal ascite a outra causa sinão ao estado de deficit funcional em que fica o fígado desses animaes. Martini, empregando o metodo de Halitzka (coração, thorax, cabeça, extremidades superiores) e fazendo durar a perfusão, até sahir incolor, do coração, o líquido empregado, verificaram que nas rans com fígado o peso pouca diferença fazia, ao passo que nas outras, em que se havia extirpado essa visera, aumentava sensivelmente, devido á retenção de agua nos tecidos. Para os autores hespanhoes tal resultado vem provar a ação reguladora do fígado sobre a hydrophilia tecidual.

Citam ainda as observações de Ballmann, Greene, Snell e Rowntree nas quais se vê que em animaes submetidos a uma sobrecarga alimentar de carne e consequentemente com o fígado insuficiente, ha aumento da retenção aquosa, com ascite, capaz de desaparecer, uma vez na alimentação substituida a carne pelos hydrocarbonados. A carne parece

agir intensificando a deficiencia hepatica, causa da ascite, que, assim já não poderia ter uma origem puramente mechanica.

Em resumo, numerosos dados clinicos (edemas, ascites reversiveis, oliguria, anuria), clinico-experimentaes (prova do novasurol etc.) e experimentaes (experiencias de perfusão, etc.), demonstram que, independentemente de todo o factor mechanico circulatorio, o figado tambem regularisa o metabolismo da agua por um mechanismo de ordem humoral e que, falhando este, como na insufficiencia hepatica, resultam, uma serie de disturbios, indo desde a oliguria mais ou menos accentuada, ate aos edemas sub-cutaneos e visceraes, derrames nas serosas, etc., assim como muitas alterações geraes cuja genese fica assim aclarada (Jimenez-Diaz).

Mechanismo de acção.

Figado e protidemia.

Como a insufficiencia hepatica pôde produzir tales alterações?

Jimenez-Diaz e colaboradores apezar de considerarem fóra de qualquer duvida a realidade do mechanismo vascular de barragem porta-supra-hepatica, acham, como já vimos, não ser o unico pelo qual o figado intervém no metabolismo da agua, parecendo, mesmo, collocarem, em primeiro lugar a intervenção do figado na manutenção do equilibrio proteico do plasma.

Por comparação, dizem, com outros estados em que se verifica um desequilibrio das proteinas do plasma favorecer a retenção aquosa tecidual, poder-se-ia, tambem, pensad em tal nos hepaticos. Numerosos estudos nestes ultimos annos tendem a provar o papel fundamental que tem a diminuição das albuminas totaes do plasma e a inversão do quociente serina-globulina na produção dos edemas das nephropathias (Govaerts, Schade e Clausen, Rusznyak, etc.). Sabemos, hoje, que a chamada pressão oncótica dos coloides plasmaticos tem importancia fundamental na quantidade do transudato tecidual e na reabsorpção do mesmo, por conseguinte, na retenção e na libertação da agua pelos tecidos, em função do equilibrio de Donan, de accumulo electrolitos sobre a dispersão proteinica; o importante a fixar sendo que, a parte outros factores, como o Ph, ponto isoelectrico, etc., a pressão oncótica do plasma depende principalmente da sua riqueza em proteinas e da qualidade destas. A influencia das proteinas é directamente proporcional á sua quantidade, apoucando-se ao diminuir esta; e á qualidade das suas fracções dominantes, pois a globulina tendo menos afinidade para a agua, a pressão oncótica tambem baixa quando diminue o quociente serina-globulina. Escessos são todavia, os nossos conhecimentos a cerca do mechanismo que mantem, no estado normal, em um nível constante, a quantidade total e o quociente S/G, das albuminas plasmaticas. Depois de uma sangria copiosa, as proteinas do plasma que haviam diminuido voltam a aumentar para em breve, com rapidez variavel, alcançar a quantidade inicial. Kerr, Hurwitz e Whipple têm procurado em seus estudos, fixar os factores desta recuperação. Quanto ás sangrias ou são muito abundantes ou se repetem com muita frequencia; pôde ser observada uma maior du-

ração na queda das proteinas plasmáticas, assim como se abaixa o quociente S/G, como si ao organismo fosse mais facil, inicialmente, repôr as globulinas do que a serina (plasmapheresis de Leiter). Parece provável que nos nephropathicos com albuminuria, a grande perda urinária da mesma, gere uma alteração identica, tambem encontrada na cachexia ou na inanição proteinica observavel em diferentes doenças. A tendência reguladora, porém, se patenteia sempre com maior ou menor nitidez e, evidentemente deve estar a cargo de um sistema, actualmente ainda não bem conhecido (Jimenez-Diaz). Partindo de suas observações clinicas, os autores hespanhoes haviam alvitrado, anteriormente, ser um dos componentes desse sistema a thyreoide e, concordando com Epstein e outros, encontraram em individuos com syndrome clinica e humoral de nephrose, diminuição do metabolismo basico, assim como verificaram, em genuinos hypothyroideos, a syndrome humoral proteica das nephroses; e, por tambem haver nestes casos edema, denominaramos de "pseudo nephrose hypothyroidea". Aliás, como bem accentuam, desde os trabalhos de Müller, Fischer e Segowa, Schitzenhelm e Schlecht, Eppinger, Jimenez-Diaz, Meier e Broecker, Shitengelm e Eisler, etc., que se conhece a importância da thyreoide no metabolismo da agua. Proseguindo em seus estudos, Jimenez-Diaz e colaboradores, praticaram em animaes a thyroidectomia e a seguir, em exames successivos, notarem diminuição das proteinas do plasma, elevação do cholesterol e inversão do quociente S/G. Observaram mais que quando a extirpação da thyreoide não foi total, tais consequencias se attenuam com o tempo, provavelmente por hypertrophia compensadora das porções restantes. A thyroxina produz um effeito absolutamente opposto, o que vem confirmar ser a thyreoide um dos elementos do sistema de manutenção do equilibrio proteico do plasma. Mas, em face das diferenças existentes entre o hypothyreoidismo experimental e as nephroses propriamente ditas, Jimenez-Diaz e colaboradores, pensaram na possivel intervenção de algum outro orgão, na regularização da protidemia e dirigiram as suas investigações, sobretudo para o lado do fígado. Os resultados foram de molde a permitir-lhes concluir que o fígado e a thyreoide agem synergicamente na manutenção do equilibrio proteico do plasma. Trabalhos posteriores de Loeper, no tocante a thyreoide, e de Abrami e Wallach, em relação ao fígado, vieram confirmar as suas conclusões. Muito interessantes são as seguintes experiencias relatadas pelos autores: tomando varios cães, em uns fizeram a extirpação de 2/3 da thyreoide, a outros provocaram hepatoses pela ação do chloroformio e do phosphoro, e, finalmente, em alguns, previamente thyroidectomizados, determinaram uma hepatose por intoxicação chloroformica e phosphorada. Muitos dos animaes morreram, nos que sobreviveram, verificaram causar a thyroidectomia queda e inversão das proteinas plasmáticas, que com o tempo tendia a corrigir-se; associando-lhe, porém, a provocação de uma hepatose, não só não se tornava mais accentuada, como se fixava a alteração proteica. Consideram-se, assim autorizados a reputar tais glândulas como parte fundamental do sistema de regulação proteinoplasmática, cuja existencia parece, de facto, fóra de qualquer duvida. Coudounis, em recente trabalho sobre a protidemia, estudando a influencia

da travessia do figado sobre as albuminas do sangue, parece trazer um argumento de valor quanto ao papel que este deva ter na regulação do equilíbrio proteico do plasma, pois encontrou nas supra-hepaticas, uma diminuição das albuminas a esta, principalmente, da fração globulina, e correlativamente, elevação do quociente albuminoso, isto é, da relação serina-globulina. As numerosas observações de cirroses com proteinopenia e inversão da fórmula S/G, relatados por Wallich e Abrami, parecem, igualmente confirmar a opinião dos autores hispano-americanos. Em trabalhos recentes, Abrami conclui que a ascite dos cirróticos tem, em seus primeiros tempos, uma origem humorai, consequente a alteração proteino-plasmática, passando, posteriormente, a intervir o mecanismo vascular. Jimenez-Diaz, esteado em suas observações, afirma não haver essa relação constante entre a alteração humorai e o aparecimento ou não da ascite. Com efeito, casos há de ascite cirrotica em que a proteinemia é normal, como também podem ser encontrados casos com as referidas alterações plasmáticas e sem ascite. Do exposto conclui que tal dissociação não indica outra causa senão que nem sempre a alteração do quociente S/G se manifesta pelo aparecimento de uma ascite, podendo se exteriorizar exclusivamente por oliguria ou edema (manifesto ou potencial), razão pela qual nas hepatoses, embora se verifique a inversão da fórmula S/G, não é frequente a ascite, embora possa compa- recer em alguns casos, para desaparecer quando melhoram as funções hepáticas, (é o caso das cirroses apparentemente reversíveis). Para que surja a ascite é mister, pois, não só o disturbio humorai como o elemento mecanico, cuja importancia localisadora se não pôde desconhecer. Nos cirróticos, como sabemos, a disfunção hepática é variável e muita vez parece não poder haver outra explicação para a ascite senão a me- chanica. Em resumo, sendo a pressão oncótica dos coloides plasmáticos um dos principais factores a regularizar a intensidade das trocas hidri- cas entre sangue e tecidos, e sendo, por sua vez, aquella em grande parte, depende da quantidade das proteínas totais do plasma e da rela- ção S/G, e havendo um sistema encarregado da manutenção do equili- brio proteinico-plasmático, terá, também, este, ipso facto, influencia fun- damental no equilíbrio aquoso do organismo. Ora, sendo o figado um dos principais componentes do referido sistema, facil é explicar não só o porque das alterações plasmáticas observaveis nos estados de insuffi- ciencia hepatica, como a sua repercussão sobre o metabolismo da agua. Não esgota, porém, ahi, o figado a sua capacidade de influir nas trocas aquosas, podendo ainda recorrer a outros processos, como veremos.

Figado e chloreto.

E' de todos conhecido o papel importante dos chloretos na genese e na reabsorpção dos edemas em geral. Lemierre e Levesque, procuraram verificar o efeito da administração de sal a hepáticos com ascite, mas, de tais experiências sempre ficou a dúvida sobre si a retenção de sal notada fosse apenas symptomática, secundária, ou si lhe caberia um pa- pel primário, em relação com a insufficiencia funcional do figado (Jimenez-Diaz).

Muito mais interessantes são os recentes trabalhos de Masuno, que demonstram haver considerável eliminação de cloro pela bile em animaes normaes, a qual diminue muito quando se provoca uma insufficiencia hepatica experimental, aumentando, em troca, na urina, por função vicariante do rim. Assim nos defrontamos com nova, uma função hepatica, até agora não suspeitada, a da chloropexia e chloroeliminação (Jimenez-Diaz). Aceitando-se, embora, como já demonstrada tal função, e que estivesse a chlorocolia, nos enfermos do fígado diminuida, isto não teria nenhum papel na retensão aquosa, mantendo-se íntegro o rim; o unico que se poderia admittir, segundo Jimenez-Diaz, seria que, determinada esta pelo mecanismo já estudado, a oliguria tornaria impossivel uma vicariação renal a compensar a falta de eliminação chloretada pela bile, e desta forma se accentuaria a tendência aos edemas; assim, pois, este factor pôde actuar como coadjuvante, embora seja duvidoso, porém, não como a causa fundamental dos edemas e da ascite, dos hepaticos.

Influencia da quantidade e da qualidade das proprias reservas hepaticas.

Forssgren, esteando em suas interessantes observações, affirma dar a prova da diurese resultados diferentes segundo se realize em periodo digestivo ou em jejum, o que se explicaria da seguinte maneira: na phase assimilatoria (digestiva) o fígado teria maior accumulo de material alimentar (proteinas, glycogenio, etc.) de modo que estando assim mais carregado de substancias hydrophilas, a agua ficaria mais tempo fixada nelle, donde a maior lentidão da sua eliminação; o contrario se dando em jejum, phase desassimilatoria. Tal explicação, porém, não serve para o nosso caso, pois, como muito bem frisa Jimenez-Diaz, justamente são as doenças que se acompanham de insufficiencia hepatica aquellas em que as reservas dessa visceras estão mais diminuidas.

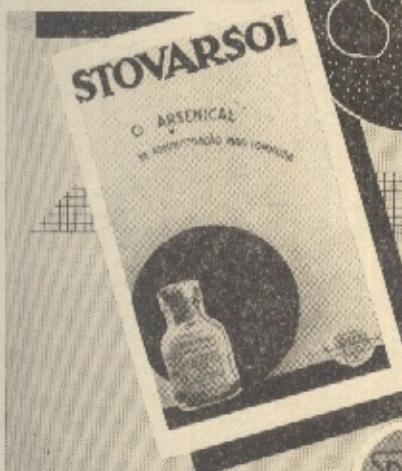
C. Jimenez-Daz, F. Morán, A. de Castro e G. Canto, resumindo e synthetisando a doutrina humoral da hydroregulação hepatica, que chamou de hispanola em sua homenagem, por julgar terem sido elles que melhor a trataram e expuseram, dizem: "ao lado de outras possibilidades pouco seguras (intervenção directa no metabolismo do cloro, ação hormonal, etc.), o fígado intervém no metabolismo da agua pelo mecanismo do jogo vascular que regula a pressão dentro dos seus capillares e, *por uma influencia que consideramos fundamental*, na regulação das proteínas do plasma, em quantidade e em qualidade, como elemento de um sistema de controle destas constantes e, por seu intermedio, da pressão oncótica e das trócas entre sangue e tecidos, afanidade destes pela agua, etc. Quando, a este respeito, o fígado se torna insufficiente, diminui a quantidade de proteínas totaes e tende a inverter-se o quociente S/G, restando-se a agua nos tecidos e dahi se originando sucessivamente: oliguria, provas de diurese com resposta escassa e tardia, aumento da agua residual (prova do novasur), edemas, derrames nas scrotas e nas visceras, etc."

*Intervenção do figado no metabolismo da agua como glandula endocrina.
Ação hormonal.*

Apesar de Jimenez-Diaz e seus collaboradores considerarem como possibilidade segura a ação humoral hepática no metabolismo da água, para outros autores, seria justamente por meio de um hormônio lançado na circulação geral que o fígado iria influir sobre a qualidade e a intensidade das trocas aquosas entre o sangue e os tecidos. Molitor e Pick, não obstante, como lembram Langeron, Payet e Ledieu, haverem demonstrado o papel da barragem hepática na circulação da água, também acreditam na existência de um hormônio hepático destinado ao mesmo fim.

Glaub e Molitor, Glaub, Baek e Molitor, Asher e Meier, em experiências com extractos hepáticos verificaram a ação diuretica dos mesmos. Hashimoto, porém, atribui tal ação a substâncias minerais contidas nos referidos extractos e não à realidade de um hormônio. Roger, experimentando com autolysados hepáticos, encontrou-os diuréticos e anti-diuréticos; como o seu material era de composição complexa, muitas podendo ser as substâncias de significação específica, não são possíveis conclusões precisas (Jimenez-Diaz). Langeron, Payet e Ledieu, aceitam as novas idéias despostadas por Abrami e Wallich sobre a tendência geral para os edemas observados nos hepáticos, segundo os quais a própria ascite já se não pode considerar devida unicamente à hipertensão porta, e sim, a ação combinada de uma hydrophilia tecidual consequente à insuficiência da função endocrina hidroreguladora do fígado. Apesar de haverem verificado intervir o fígado no metabolismo das proteínas, notando nas cirrhoses, via de regra, profundas modificações na quantidade e na qualidade das albuminas do plasma, com abaixamento da pressão osmótica, não dão, Langeron, Payet e Ledieu, o devido valor a tais achados, preferindo atribuir os distúrbios do metabolismo aquoso a uma maior hydrophilia tecidual e a alterações renais, consequentes à deficiência hormonal ou a possíveis autolysados hepáticos, do que à referida alteração plasmática. "Le rôle du foie, dissem, dans le métabolisme de l'eau est absolument certain, mais son mode d'action est encore discuté. En plus de son action mécanique, le foie sécrète-t-il une hormone spéciale, au élimine-t-il des autolysats agissant sur le rein ou sur les tissus?" Na verdade, em seguida, corrigem o seu exclusivismo, admitindo a possibilidade da intervenção dos distúrbios proteicos, mas, sempre, como se vê, pela deficiência inerente: "Il semble qu'avec Villaret, Bénard e Bianconi il faille être éleetrique et admettre, à la fois, une action rénale des extraits hépatiques ou une inhibition de la diurèse par action des autolysants sur les reins et une action tissulaire, par modification de l'équilibre acide, des sels, du coefficient lipocytique et, surtout, des protéines." Julgo tal orientação ainda um tanto desprovida de base, pois, neste assumpto, ainda estamos pouco adiantados, razão tendo Jimenez-Diaz, para dizer: "si existiera esta increcion diuretica del hígado sería este um factor a tener en cuenta; pero como, apesar de todo, es una cosa que no puede darse aura como probada, debe quedar em suspenso todo intento de interpretación que se funde en ello."

THERAPEUTICA DA SYPHILIS

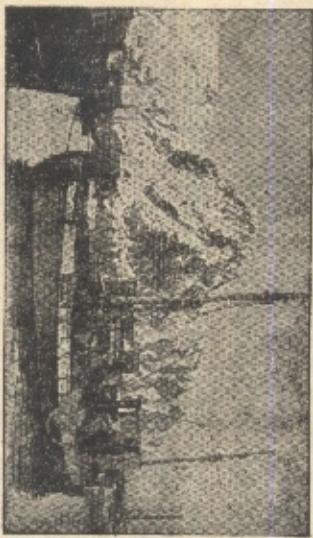


CORRESPONDENCIA:

Rhodia

CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

Indigestão . . . ou boa assimilação



Tópico bacalhau de pesca norueguesa, dedicado à pesca do bacalhau nas aguas de Eslévad, Ilhas Lofoten, e sua cervejaria.

isto se reduz muitas vezes o problema entre o emprego de óleo de fígado de bacalhau, ou de uma perfeita emulsão. Porque em muitos dos casos, os indivíduos que necessitam este valioso óleo, difficilmente o podem digerir em sua forma natural. Mas a Emulsão de Scott, o mais puro óleo de fígado de bacalhau perfeitamente refinado, é oferecida ao organismo em forma relativamente fácil de digerir e de assimilar.

Para corrigir certas fases de deficiência no metabolismo e prover-lhe de valiosas vitaminas, o nosso producto deve merecer a sua inteira confiança.

EMULSÃO DE SCOTT



*Applicações clinicas**Papel da barragem hepato-porta em alguns estados pathologicos*

1) Nas alterações circulatorias, em particular, nos disturbios da circulação de retorno, acham Villaret, Justine, Besançon e Fauvert, não ser puramente passiva a estase vascular hepatica, consecutiva aos esfalfamentos cardiacos, devendo ter o sistema da barragem hepatica um papel importante em certas modalidades de descompensação cardiaca. Levando em consideração experiencias que mostram, em animaes, o papel protector da referidas barragem em relação ao edema pulmonar agudo, certos observadores, adaptando á pathologia humana taes resultados, fazem intervir, na genese desse accidente, o relaxamento bruseo do sistema esphincteriano supra-hepatico.

2) Nos hepaticos, como já vimos, é positiva a sua intervenção, na origem dos disturbios do metabolismo aquoso, sendo difficult, porém, precisar até onde ella vai.

Alguns autores, como já vimos, consideram actualmente a ascite dos cirroticos como devida, entre outros mecanismos indiscutivelmente provados, á derivação no sistema porta, de um edema de origem metabólica geral (Alier), a intervenção do sistema de barragem hepato-porta poderia precisamente explicar esta localização electiva, em particular, os surtos ascíticos (ascites reversivas) no decorrer das cirroses. Factos varios parecem demonstrar esse poder de localização electiva no decorrer de traumatismos violentos (quedas, explosões). Weiss viu que a centrifugação rapida em cães determinava uma derivação no sistema hepato-porta de quasi toda a massa sanguinea (Villaret).

Algumas das manifestações morbidas consequentes a intoxicação intestinal, p. ex.: a hipotensão arterial, comum no decorrer da mesma, talvez tambem se possam explicar pelo mecanismo do bloqueio porta. Com effeito, a histamina, em tais casos, existe quasi que constantemente, nas fezes, e como o fígado é um grande neutralizador dos productos toxicos introduzidos pela porta, a formação de histamina nos processos de fermentação intestinal traria, assim, o retardamento da circulação porta, favorável á destruição dos mesmos.

Villaret e collaboradores tambem perguntam si o augmento de volume do fígado observado nos estados febris não se faria igualmente por esse mecanismo. Importante parece ser o papel da barragem hepatica nas manifestações dos choques proteicos, a contracção dos esphincteres supra-hepaticos, fechando as esclusas, seria a causa da hipotensão verificada em tais casos, e, como há muitas relações entre os phenomenos do choque e as crises que põem fim ás infecções cyclicas, não seria absurdo ligar á barragem hepatica as bruscas modificações hidráticas então observaveis (Villaret, etc.). Carnot, Merklen e Pavet, verificaram, experimentalmente o fechamento da barragem hepatica no choque anaphilático, na intoxicação pelo veneno de Dabóia etc.

Consequências da deficiencia hepatica no controle da protidemia.

a) Edemas. Em alguns doentes do fígado surgem edemas de preferência na altura dos maleolos, pernas, etc., isto é, nos pontos declives, desaparecendo durante o repouso noturno, para com o tempo tornarem-se mais persistentes e extensos, alcançando as regiões lombar, escroto, mãos e rosto. Convém não esquecer a possibilidade da existência destes edemas, pois, se casos há em que logo se impõe o diagnóstico, outros também existem em que o扰rbo hepático não se revela com tanta clareza e o doente pode passar por um destes casos de edema, como tantos outros, em que a causa fica desconhecida, com grave dano para o mesmo, pois, muita vez, é o edema o fio da meada que há de levar ao diagnóstico de uma doença hepática ainda não evidente, assim como a glyco-insulino-terapia, melhorando o estado funcional do fígado, pode fazê-lo desaparecer rapidamente.

Mercê toda a nossa atenção a exposição dos autores hespanhoes sobre um possível quadro de pseudonephrose de origem hepática, com syndrome humorai identica à das verdadeiras nephroses: "Todos hemos visto enfermos con un cuadro clínico de nefrosis, incluso en el plasma, en los que por no existir alguminuria no sabíamos a que achacar el conjunto clínico... En otras épocas nosotros hemos estado tentados a pensar que la nefrosis propiamente dicha no sería una enfermedad renal, sino una afección metabólica, de acuerdo con las sugerencias de Munk y sus colaboradores, y no sería sino esto: alteración del mecanismo proteino-regulador de origen tirohepático; hoy estamos convencidos de que más que de nefrosis debemos hablar de "síndrome nefrosica", y creemos que éste es casi siempre — quizás siempre — debido a una afección renal difusa, aunque el componente glomerular pueda quedar más o menos oculto en clínica; hemos tenido ultimamente dos casos de nefrosis típicas en absoluto, da los que hemos podido hacer autopsia, demostrando-se que eran nefritis con cuadro dominante nefrotico." A seguir procuraram explicar porque uns nefríticos fazem um quadro de nephrose e outros o não fazem. Partindo da premissa de que o ponto inicial da nephrose seria de facto a perda de albumina pela urina (o que já indica lesão anatómica renal), e de que como se sabe, ha nephrites de albuminurias pouco intensas com quadro nefrotico, ao passo que outras com grande albuminuria não o apresentam, assim, como também se sabe que um animal sangrado repetidas vezes refaz as suas proteinas mais ou menos rapidamente, segundo o estado do seu sistema de regulação proteino-plasmática, julgam possível pensar que também nesses casos, a restauração sanguínea se faria mais ou menos mal, em certos indivíduos, tomando então a nephrite um aspecto nefrosico, e, vice-versa, fazendo-se ella melhor, já tal se não daria. Por isso consideram muito plausível ter o fígado papel essencial no quadro nefrotico de origem nefrítica, assim como a tireoide, e outros elementos do sistema regulador proteino-plasmático. Langeron, Payet, Ledieu, encontraram, nas doenças do fígado aumento do volume do plasma em relação ao dos globulos, havendo portanto hydremia, dizendo que, normalmente o fígado diminui a hydremia, e que, na insuficiencia hepatica o sangue é rico em agua.

Como Jimenez-Diaz e colaboradores, os autores franceses supra-mentionados, analysando a observação de Groszman, que viu um caso de nefrite chloretemica curado pelos extractos hepaticos, assim como outra semelhante, de Mouriquand e Bernheim, declararam que após a publicação das referidas observações, foi por alguns autores, como Puig e Crévat, Mouriquand e Bernheim, Pehn, etc. lembrada a possibilidade de haver na pathogenia da nephrose lipoidica a intervenção da insufficiencia hepatica: "on observait, continuam, souvent dans la nephrose, des signes d'insuffisance hépatique; troubles digestifs, urticaire, gros foie, tête de méduse, degoût pour les graisses e les oeufs; d'autre part, Péhu et Melle. Roulier ont obtenu, par des injections sous-cutaneés ou intraveineuses d'extrait hépatique, une amélioration nette de la néphrose lipoidique: diminution de l'œdème et de l'ascite, augmentation de la diurèse, diminution de l'albumine".

Como se vê, o problema da nephrose se nos é apresentado sob um aspecto novo, a merecer a nossa attenção e, quiçá, seja este o mecanismo da syndrome nephrosica das verminoses. Fica a idéa lançada...

b) Edema pulmonar. Segundo os estudos de Hess sobre as relações entre insufficiencia hepatica, oliguria e edema do pulmão, causa relativamente frequente da morte dos hepaticos, seria igualmente possível que muitos casos de edema agudo do pulmão, de causa pouco precisa, tivessem o sua explicação em uma disfunção hepatica.

c) Ascite. Conforme já vimos, Jimenez-Diaz e Cuenea, Abrami e Wallich, são de opinião não se poder considerar a ascite como uma simples consequencia da hypertensão porta. Os casos de ascites reversíveis constituem um argumento de valor, a favor deste modo de vêr, pois, si estas fossem função de hypertensão porta consequente á esclerose hepatica, seriam permanentes e não reversíveis e recidivantes, assim como não surgiriam, como num caso de Jimenez-Diaz, em plena hepatose aguda. Não quer isto, porém, dizer que, mais tarde, o simples obstáculo mecanico não possa manter a ascite, fazendo-a persistir.

d) Oliguria e suas consequencias. Getsschalk, citado por Jimenez-Diaz, chamou a attenção para as relações intimas que, sob diferentes aspectos, ligam a função do fígado á dos rins. Como parece ser, no que tange ao metabolismo e ao equilíbrio aquoso, que estas relações se fazem mais evidentes, é possível fallar-se de uma syndrome renal dos hepaticos.

O assumpto é hoje da maior importancia, pois, todos sabemos a influencia da diurese na compensação dos deficits funcionais do rim, de modo que esta possibilidade de uma diminuição das offertas aquosas ao rim, por uma causa hepatica, não nos deva ser esquecida em face de um renal cuja uréa comece a subir sem uma explicação cabal no estado do proprio rim ou do coração.

Contrariamente ao que se poderia deduzir das experiencias de Mann e Magoth, nos doentes graves do fígado, habitualmente são achadas quantidades elevadas de uréa no sangue, em parte, sem duvida, devido á conservação, mesmo nas grandes insufficiencias hepaticas, da função ureopoitica, porém, ainda mais, devido ao factor renal, impossibilidade

de eliminação, que origina a retenção. Trata-se de uma "insufficiencia renal" de origem hepatica, não por uma lesão simultanea hepatica e renal, de uma hepato-nephrite, como o provam as necropsias de tales casos, na evidencia anatomica da integridade renal, mas, devido a persistencia da oliguria de origem hepatica — seria uma insufficiencia renal funcional (Jimenez-Diaz e colaboradores). Na verdade, Cottet critica o conceito de "insufficiencia renal funcional", mas, não é possivel negar o bem observado dos autores hespanhoes que em seus casos de cirrose sempre encontraram elevada uréa sanguinea, sem lesão renal que tal podesse explicar.

Não pretendem os mesmos sustentar que a morte em coma hepatico seja sempre devida á insufficiencia renal, pois multiplas são as suas causas, hemorragias, intoxicação por productos de autolyse, hypoglycemia, etc., porém, de facto dois factores parecem dominar: de um lado a uremia, da causa hepatica, e, do outro a acidose, esta, em grande parte, consequente á superformação de acidos (cetonicos, lactico, etc.) Para Jimenez-Diaz, porém, seria duvidoso que tal super-formação de acidos, de facto originasse a acidose; talvez o factor anhydremia, tenha aqui um papel mais importante, pois, salvo o ionte carbonico que se pôde eliminar pela respiração, faltando a agua disponivel para eliminar iontes, o organismo prefere neutralizar os acidos com o sodio, que determinaria o empobrecimento do sangue em alcalis.

Conclusão

O figado entre as suas multiplas e importantes funções, tambem possue a de controlar o metabolismo da agua, que exerce ora pela acção mechanica da barragem hepatica, ora, de um modo mais complexo, através a regularisação do equilibrio proteico do plasma, ora, possivelmente, pela produção de hormonio, hormonios ou autolysados, ora, o que talvez seja mais frequente, pela associação de todos esses processos. Como consequencia da insufficiencia dessa função, resulta uma variada serie de syndromes clinicas, cuja origem hepatica, ás vezes evidente, muitas outras não o é, havendo necessidade de descobrila, para o que existem as respectivas provas e tests. A insufficiencia da função hepatica hydroreguladora tem na opotherapia hepatica e na glyco-insulino-therapia a melhor indicação therapeutica.

Bibliographia

C. Jimenez-Diaz, F. Moran, A. de Castro y G. Cauto — Estudios de insuficiencia hepática — VII comunicacion. Los edemas por insuficiencia hepática y las ascitis reversibles.

Anales de Medicina Interna — Tomo II — n.º 6 — Junio 1933.

S. G. Thaunhauser — Tratado de Metabolismo y Enfermedades de Nutrición — Edição Hespanhola de 1932.

Antoine Codounis — La Protidémie et la Pression osmotique des Protides — 1934.

Prof. Maurice Villaret, Drs. L. Justine, Besançon e René Fauvert. L'Insuffisance rénale — Congrès D'Évian — Rapports — 1933.

L. Langeron, M. Payet et J. Ledieu — Glandes endocrines — Métabolisme de l'eau et diurèse — Les oidèmes endocriniens — Paris 1934.

Prof. Paul Carnot — Les syndromes de stase et de congestion portales — Leçons du Dimanche — Paris 1933.

Alastrim e Variola *

R. di Primio

A observação de algumas centenas de casos de "variola minor" em Porto Alegre e a vacillação diagnostica ainda existente para muitos, na debatida questão alastrim-variola-varicella, justificam o presente trabalho, orientado, principalmente, pelo desejo de erradicar a doença entre nós.

A denominação "alastrim" dissimula a verdadeira situação do mal e, corollariamente, dificulta a mais simples, segura e económica das prophylaxias.

CLASSIFICAÇÃO

Beaurepaire Aragão, em Lassance, Estado de Minas Geraes, no anno de 1910, teve oportunidade de observar diversos casos de alastrim, sobre os quaes fez interessantes pesquisas.

Propoz em Dezembro de 1911, que se estabelecesse um grupo variolio, constituido pela variola, como typo, e por duas para-variolas, o alastrim e a varicella, á semelhança do grupo typhico, hoje universalmente aceito.

Segundo Osler, tres são as formas de variola:

- Variola verdadeira: (1) discreta (2) confluente;
- Variola hemorrágica (1) purpura variólica ou variola negra (2) forma pustulosa hemorrágica;
- Varioloide ou variola modificada pela vacinação.

Neste particular a classificação de Osler está de acordo com a recente nomenclatura demographo-sanitaria internacional adoptada pelo D. N. S. P., onde o alastrim está, como se segue, incluido:

Variola a) "variola mayor"

b) "variola minor", alastrim

c) "variola" não especificada.

IMMUNIDADE E ALGUMAS DOENÇAS INFECTUOSAS

Corroborando a asserção de que muitas doenças infectuosas, sob a influencia de varios factores, soffrem modificações sob diversos pontos de vista, faremos as considerações que seguem.

A febre amarela, endemica no nordeste brasileiro, acommette sob a forma benigna, em geral, a população infantil, motivo porque os naturaes se apresentam imunes ao mal amarilloico, ao contrario do que só acontecer aos estrangeiros.

* Transcripto dos "Anais da Sociedade de Medicina de P. Alegre, Ano 1931.

G. H. Roger, chamando a attenção sobre o caracter de malignidade, de que se reveste uma doença quando transportada para regiões indemnes, cita o que ocorreu com o sarampo nas ilhas Feraé e Fidji.

Essa infecção, segundo P. Armand-Delille, durante a grande guerra de 1914-1918, acommeteu os soldados franceses e de preferencia os que estavam alojados nos campos de instrucção dos Estados Unidos, bem como soldados procedentes do Far-West e de Texas, precisamente aquelles que na infancia não tinham sido atacados, registrando-se uma mortalidade elevada.

A diphteria, que constitue em muitos paizes um importante problema sanitario pela sua extensão e virulencia, é uma doença relativamente benigna entre nós.

Innumeras são as entidades morbidas infectuosas que apresentam caracteres especiaes conforme as regiões e outras que se vão modificando sob a influencia de elementos diversos.

Neste particular, nenhuma doença depararia melhor justificativa para o caracter benigno com que se vem apresentando, do que a variola entre nós, pois que esta, mais do que as outras infecções, encontra factores capazes de particularmente coartar a sua disseminação, sobrelevando os de immunidade: natural, vaccinea ou motivada por anterior acomettimento da infecção.

Essa immunidade vai successivamente e em graus variaveis actuan-do sobre a escala de virulencia da infecção, assim tomada como expressão da sua gravidade clinica. D'ahi, a infectividade e coefficiente de prevalencia da variola quando incide em populações de resistencia ou receptividade diferentes, e, como corollario, a diversidade de formas clinicas, exteriorizada naturalmente, em suas manifestações cutâneas. Observam-se, assim, desde os casos mais benignos com elementos rarissimos e tão discretos, que se não fosse a presença averiguada do mal, certamente passariam despercebidos, como os de grande intensidade e desenlace fatal.

AS NOSSAS DIVERGENCIAS CONTRA O DUALISMO

Se alastrim fosse differente de variola, isto é, se formassem elles duas entidades morbidas autonomas, necessariamente se verificariam infecções variolicas nos individuos já acomettidos de alastrim, tendo soffrido toda a evolução da doença, e, pois, novamente expostos ás formas variolicas typeas: confluentes, hemorrágicas, as mais das vezes fataes.

Isso não constatamos nas muitas centenas de doentes, que tivemos ensejo de tratar; e, se alguns portadores de formas gravíssimas foram afastados da enfermaria commun, tão somente esse facto foi motivado por uma natural deferencia para com os demais doentes, não só pelo aspecto horrendo, como, principalmente, pela grande fetidez que em casos taes se observa.

Immunidade. Do ponto de vista da immunidade, não temos exemplo de uma vaccine tornar um organismo refractario, a não ser contra a doença com cujo germen foi preparada.

Em maioria quasi absoluta, os casos observados têm ocorrido em individuos até então, não vaccinados.

Os rarissimos casos, que contrariam essa asserção, sofreram a imunisaçao jenneriana, há longos annos. Aliás, para a propria "vario-la mayor" nem um primeiro acommettimento da doença, nem a vaccinação, conferem, de maneira absoluta, immunidade definitiva.

Nem sempre, porém, é possivel elucidar se as pessoas que se dizem vaccinadas anteriormente, tiveram reacção positiva ou simples reacção inflammatoria não especifica.

Em diversos doentes tardivamente vaccinados, em pleno periodo de incubação, verificamos a concomitancia evolutiva da vaccina e da infecção, sendo esta tanto mais benigna, quanto mais precocemente praticada aquella.

Tambem não nos foi dado observar um caso de vaccina generalizada.

O virus. Temos diversas infecções, perfeitamente diagnosticaveis e autonomas, sem que a sciencia tenha elucidado até hoje quaes os respectivos agentes etiologicos. Entre elles figura a variola, cuja observação clinica, factores epidemiologicos e outros parecem attribuir-lhe caracter semelhante ou connexo com o do alastrim, mesmo ignorado o agente etiologico, cuja elucidação poria termo ao problema.

Accetável é a hypothese de ser um virus o causador da variola, cujo poder morbido vem, irregular e continuamente, declinando.

Sob diversas influencias, na "variola minor" o virus parece apresentar uma relativa fixidez, mais para a attenuação do que exaltação do tipo.

Febre de invasão. Dos symptomas do periodo de invasão, bem conhecido dos clínicos das nossas enfermarias, por ser a phase geralmente observada na Santa Casa, sobreleva citar a febre, que nem sempre é, então, proporcional, á dos estagios posteriores da doença.

A reacção febril oscilla, geralmente, entre 39° e 40°, e precede, uma evolução gravissima, quiçá fatal, ou, igualmente, casos de extrema benignidade.

Febre de suppuração. Segundo os diversos autores, a febre de suppuração seria sempre constante na variola e ausente no alastrim.

E' uma asserção falha, porque temos observado que as reacções febris são, relativamente, proporcionaes á superficie de suppuração.

D'ahi a grande variabilidade, neste particular, de observações que pretendem apresentar o alastrim como autonomo, feitas, aliás, em países onde a variola, mercê de diversos factores, tem soffrido e vem sofrendo largas modificações evolutivas.

Umbilicação. Na differenciação diagnostica das duas pretendidas entidades morbidas, apresenta-se a umbilicação, que para os dualistas seria constante na variola e ausente no alastrim.

Isso não se coaduna inteiramente com as nossas observações.

Em alguns casos a umbilicação é typica; em outros, apparece esboçada ou como ligeiro ponto ennegrecido no centro das pustulas, antes da formação das crostas.

Cicatrizes. Outro caracteristico invocado como differential das duas infecções, é a presença ou ausencia de cicatrizes indeleveis.

E' para nós tambem um factor dependente da intensidade do processo suppurativo, que em maior ou menor grão compromette o derma.

Innumeras pessoas que, apesar de decorridos alguns annos, tiveram essa mesma infecção, ora em progresso, conservam cicatrizes indeleveis.

Além dessas, temos observado manchas planas, hyperchromaticas ou papulas pardas que se desvanecem em lapso de tempo variavel.

Nos negros aparecem, quasi sempre, na região dos elementos eruptivos, manchas despigmentadas, tambem fugazes.

Recidivas. Até a presente data, não observamos nenhum caso de recidiva de "variola minor".

E' possivel que isso tenha ocorrido em alguns doentes, que anteriormente houvessem, como dizem, contrahido o mal, parecendo em outros tratar-se de varicella, denominação popular tambem empregada para as formas benignas de variola.

Recahidas. Não constatamos, tambem, caso algum de recahida.

RESUMO DE OUTROS SYMPTOMAS

Periodo de incubação — Tem sido em media de 14 dias.

Periodo de invasão — Geralmente violento, calefrio, cephalalgia, dores generalizadas, vomitos, rosto congestionado, ligeira secreção nasal, rash, quando presente, do typo escarlatiniforme, agitação, insomnio e outros symptomas geraes das doenças infectuosas.

Impossibilidade diagnostica, salvo presumpção, nas epochas epidemicas nos casos expostos ao contagio, neste periodo da doença, que dura 3 a 4 dias.

Periodo de erupção. Caracteriza-se pela queda brusca da febre, acalmia geral dos symptomas e apparecimento de pequenas manchas, que seguem a seguinte ordem: face, pescoço, tronco, membros superiores e finalmente os inferiores.

Periodo de suppuração. A transformação das manchas em vesiculas e estas em pustulas, opera-se na mesma ordem referida. As nossas photographias representam casos de maior ou menor intensidade dos elementos eruptivos, desde as formas mais benignas, até as mais confluentes como a que terminou pela morte (figs. 19 e 20).

Incluimos tambem alguns diagrammas thermicos, que demonstram, uns, ausencia da febre de suppuração, outros, a variabilidade febril pro-

porcional á superficie de suppuração, notando-se em alguns as remissões matinaes (fig. 15).

Presença de enanthemas. Transformação progressiva, obedecendo a marcha geral, das pustulas em crostas e na quēda destas, as cicatrices ou manchas já anteriormente referidas.

Ausencia de vesico-pustulas nos casos benignos em regiões palmar e plantar, frequencia relativa destes elementos nos de media intensidade e maior numero nos graves, que originam o completo descollamento cutaneo nessas regiões.

CONCOMITANCIA DE OUTRAS FEBRES ERUPTIVAS

Temos observado no decorrer dos ultimos annos, o apparecimento concomitante de outras febres eruptivas, como a varicella e o sarampo, ambas, relativamente, benignas entre nós.

DISCORDANCIAS ENTRE AUTORES

As constatações discordantes de muitos autores decorrem ou por deficiencia de numero de observações ou por condições especiaes de habitat.

Cambessédés descreveu um caso, procedente da Martinica, observado no hospital Claude Bernard, em Paris, apresentando particularidades que o approximam da variola e outras que tendem para a theoria dualista.

Moody, entre outras considerações, é de opinião que o alastrim pode evolver muito bem nos vacinados.

Para Henry, que observou o mal em Cayenne, alastrim é uma variola attenuada.

Em 1925 Marcel Robineau descreveu em França, casos de alastrim em recrutas procedentes da Guiné Franeesa.

Em um total de 59 doentes, entre outras ponderações, diz não ter observado a confluencia das vesiculas, nem a presença dessas nas regiões palmar e plantar.

O autor resume as relações do alastrim com a vaccinação anti-variólica com as seguintes conclusões:

a) A vaccinação anti-variólica previa attenua a virulencia do virus alastrim, sem, entretanto, crear uma immunidade absoluta contra esta doença.

b) O virus alastrim parece desenvolver no organismo anti-corpos, que attenuariam a reacção vaccinal.

A. Le Dantec descreveu na França um caso de alastrim, em um individuo não vacinado, procedente das Antilhas, coisiderando-o semelhante aos de varioloide, observados no curso das epidemias de variola.

Boyé, observou no Sudan, uma affecção chamada *foué-foué*, tendo simultaneamente características da varioloide e da varicella.

Rosenau considera, pelo menos hygienicamente, o alastrim identico à variola.

G. Schok refere-se ás formas graves ao lado de outras attenuadas, observadas na Inglaterra.

O Dr. Eduardo Meirelles, da Academia Nacional de Medicina, em um artigo sobre o "Alastrim na creança" fez diversas considerações, das quais vão resumidas as mais interessantes: maior gravidade nas creanças do que nos adultos; os recem-nascidos podem ser acometidos e mais poupadadas são as creanças entre 2 e 7 anos, com incidência accentuada entre as anêmicas, debilitadas tuberculosas, syphiliticas.

Raridade do rash pre-eruptivo e fácil abortamento do exantema, especialmente nos lactentes. Considera o alastrim como uma molestia autonoma.

Em 1922, o Prof. Thomaz Mariante, com o brillantismo que lhe é peculiar, tratou do assumpto entre nós, analysando os trabalhos nacionaes de Aragão, Emilio Ribas, Carini, Floriano de Lemos, Jayme Reis, Nilo Cairo, João Cândido, Petit Carneiro, A. Azevedo, Miguel Santiago e outros.

No mesmo anno o Dr. Tude de Godoy, de D. Pedrito, teve occasião de assistir a um surto epidemico de alastrim, sobre o qual fez referencias.

Assim se formaram duas correntes: dos unicistas, para os quaes o alastrim é uma forma attenuada de variola, denominada varioloide, e a dos dualistas, que consideram entidades morbidas distintas. A primeira foi defendida em São Paulo por Carini e a segunda pelo saudoso Emilio Ribas, uma das grandes glórias da medicina brasileira.

Mortalidade no "alastrim" — E' bastante variável o coefficiente de mortalidade no "alastrim" pelo que se vê nas seguintes citações:

- Em São Paulo, Emilio Ribas, cita mortalidade de $\frac{1}{2}\%$.
- Para a mesma localidade, Carini assignala um coefficiente de 8 a 14 %.
- Roody, em 2.000 casos, determina em 4,5 %.
- Korte, na África, avalia em 3 %.
- Para Henry, a mortalidade é approximadamente de 1 %, ligada mais às condições outras do que propriamente a infecção.
- Gideon, na Jamaica, refere-se a 13 casos fataes, entre 9.000 observações.
- Garrow observou em Derby, entre 2.000 casos, um só de desenlace lethal.
- Leger desconhece caso mortal.

Mortalidade na variola. Depois da vacinação jenneriana, a variola perdeu o característico do alto indice de lethaliade, como varias vezes se observou no nosso continente.

Citaremos algumas das manifestações epidemicas mais recentes, com coefficientes variaveis de mortalidade.

O Prof. Erich Leschke, de Berlin, refere-se a uma epidemia de variola em Zurich em 1921, "que invadiu em 1925 a Suissa allemã e durante os annos de 1922 a 1924, segundo Stiner e Leuck, sobre 1.159, 21.145 e 1234 doentes, houve apenas um caso mortal."

Em 1927, na Inglaterra, houve uma epidemia de variola attenuada, e no ultimo semestre de 1928, 724 casos, sendo 2 delles mortaes.

Com o mesmo caracter de extrema benignidade, irrompeu em Maio de 1929, em Rotterdam, uma epidemia do mal.

No surto epidemico de variola em 1926 no Distrito Federal, o Dr. Lafayette de Freitas, cita o indice de letalidade de 45,12 %.

Assim poderíamos, multiplicando os exemplos, demonstrar que, para a differenciação diagnostica entre a "variola mayor" e o alastrim, não serve, "in totum" de argumento o coefficiente de mortalidade, ligado mais aos diversos factores epidemiologicos e outras particularidades, do que propriamente ao mal.

INCIDENCIA DA "VARIOLA MINOR" EM PORTO ALEGRE

Na seguinte relação da Repartição de Estatística do Estado, que se refere à mortalidade pela variola, de 1900 a 1922 em Porto Alegre, vem consignado em 1917 o maior numero de obitos, época em que irrompeu um surto epidemico do mal.

1900	1	1911	0
1901	0	1912	2
1902	0	1913	4
1903	2	1914	1
1904	4	1915	0
1905	0	1916	0
1906	0	1917	111
1907	0	1918	0
1908	0	1919	0
1909	1	1920	0
1910	4	1921	0
		1922	0

Os dados, publicados pela Secção Demographo-sanitaria do Estado, indicam, pelas notificações, a seguinte incidencia da "variola minor" em Porto Alegre, com o respectivo percentual de mortalidade (fig. 1) :

Anno	Notificações	Numero de mortos	Percentagem
1922			
1923	70	3	4,2
1924	380	18	4,7
1925	209	12	5,7
1926	35	1	2,8
1927	7	0	0
1928	26	1	3,8
1929	15	0	0
1930	177	2	1,1
Até Outº 1931	458	13	2,8

Esses coefficientes ficam aquém da realidade dos casos ocorridos, porque grande parte delles é sonegada ao conhecimento oficial.

Outros, benignos, considerados como varicella, tem muitas vezes o diagnóstico retrospectivo firmado, por occasião de contaminações posteriores.

Assim, temos verificado com frequencia formas gravissimas, confluentes, que tiveram como fonte de contagio, modalidades benignas, ambulatorias e vice-versa.

Observa-se que, apezar do maior numero de casos notificados, o coefficiente de lethalidade tem deerescido, como reflexo de uma menor virulencia do mal.

IDADE

A predilecção pelas diversas idades tem sido:

Em 1929 — Maior frequencia — entre 10 a 30 annos. Menor idade — 6 mezes — Maior idade — 50 annos.

Em 1930 — Maior frequencia — entre 10 a 30 annos. Menor idade — 6 mezes. Maior idade — 6 mezes. Maior idade — 70 annos.

Em 1931 — Maior frequencia — entre 11 a 40 annos. Menor idade — 1 caso congenito. Maior idade — 76 annos.

Idades extremas: de congenito aos 76 annos.

Maior predisposição: entre 10 a 33 annos.

COR

Nos tres ultimos annos, o percentual, com referencia á cõr, foi:

Anno	branco	preto	mixto
1929	76,5	8,8	14,7
1930	80,3	9,2	10,5
1931	63,0	15,8	21,2

Até Outubro

Nenhuma predilecção quanto ás nacionalidades, prenominando, por força das circumstancias, a brasileira, que foi a seguinte:

Em 1929 — 85,3 %

“ 1930 — 98,2 %

Até Outubro 1931 — 99,3 %

ESTADO CIVIL

Nenhuma influencia epidemiologica directa. Pela ordem decrescente tivemos: solteiros, casados e viúvos.

INFLUENCIA DAS ESTAÇÕES

Interessante pelas condições climatericas especiaes do nosso Estado, a prevalencia estacional foi nos dez ultimos annos relativamente baixa nos meses frios, isto é, de Abril a Agosto, com ascenção accentuada nos meses de Outubro a Dezembro.

CONDICÕES SOCIAES

Temos observado maior incidencia nas zonas da cidade onde domina o pauperismo, principalmente pela falta de vaccinação, mingua de

conhecimentos hygienicos e de outras particularidades decorrentes do factor pobreza.

TEMPO DE DURAÇÃO DA DOENÇA

A duração media da doença tem sido, entre nós, para os casos benignos, de 14 a 20 dias.

A evolução, em um caso gravissimo terminado pela cura, attingiu 3 meses e meio.

Entre estes extremos, observam-se os mais variados lapsos de tempo, muitas vezes dependentes das complicações suppurativas, que retardam a cura completa.

COEFFICIENTE DE LETHALIDADE GERAL

Os dados officiaes, levam-nos a um coefficiente lethal, nos dez ultimos annos, calculado em 3,6 %.

Com as succintas considerações em torno da classificação, da dualidade e unicidade, da influencia da immunidade sobre algumas doenças infectuosas e de modo especial sobre a variola, das controversias de certos autores, e, principalmente, da incidencia da "variola minor" em Porto Alegre, em seus diferentes aspectos, clinicos e epidemiologicos, pretendemos focalizar a tão debatida questão.

Secundando as autoridades sanitarias, não faltará, certamente, o concurso generoso dos medicos locaes, para a erradicação completa de um mal, que não devia figurar, ha muito tempo, no nosso quadro nosológico.

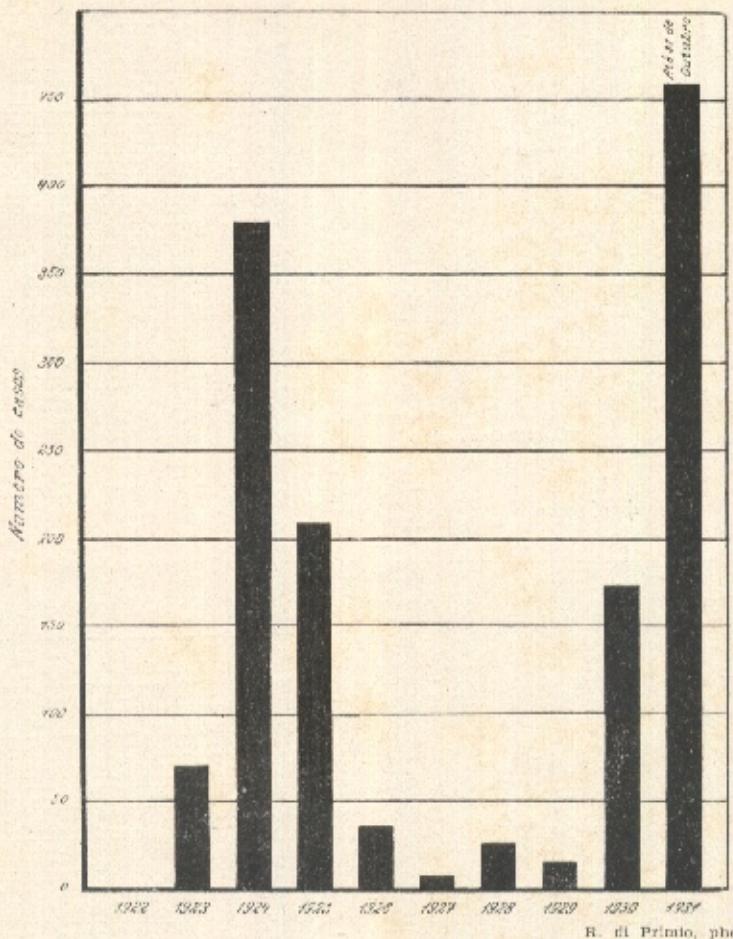


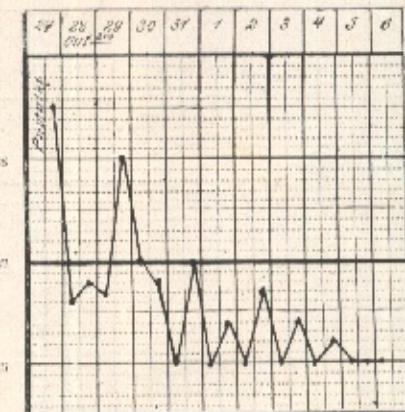
Diagramma dos casos de "variola minor" notificados nos dez últimos annos, segundo os dados publicados pela Secção Demographo-sanitaria.



R. di Primo, phot.
Phot. n.º 2 — Doente Ely A. 6 me-
zes de idade.
Caso benigno.

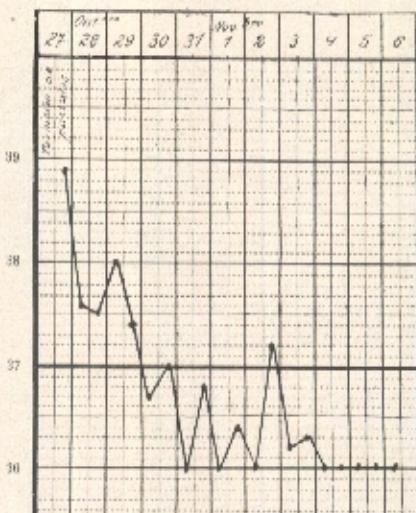


R. di Primo, phot.
Phot. n.º 4 — Doente E. A. 3 annos
de idade. Observase a maior predo-
minância dos elementos eruptivos no
rosto e nas extremidades.



Doente Ely A.

R. di Primo, phot.
N.º 3 — Curva thermica.



Doente E. A.

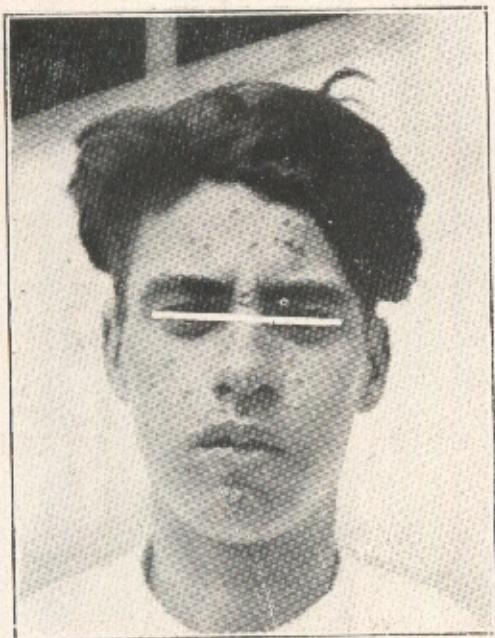
R. di Primo, phot.
N.º 5 — Curva thermica.



R. di Primo, phot.
Phot. n.º 6 — Doente J. O., com 6 meses de idade.
Período de supuração.

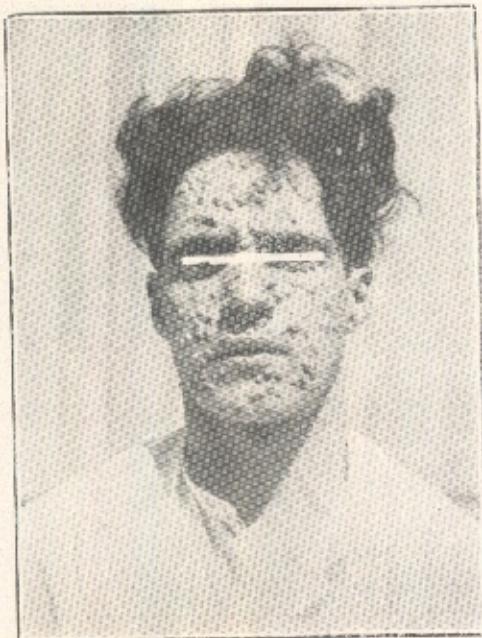


R. di Primo, phot.
Phot. n.º 7—O mesmo doente J. O., completamente
curado.



R. di Primo, phot.

Phot. n.º 8 — Doente J. A. R. Caso benigno com poucos elementos erupтивos.



R. di Primo, phot.

Phot. n.º 9 — Doente E. N. Caso benigno, com maior numero de elementos erupтивos.

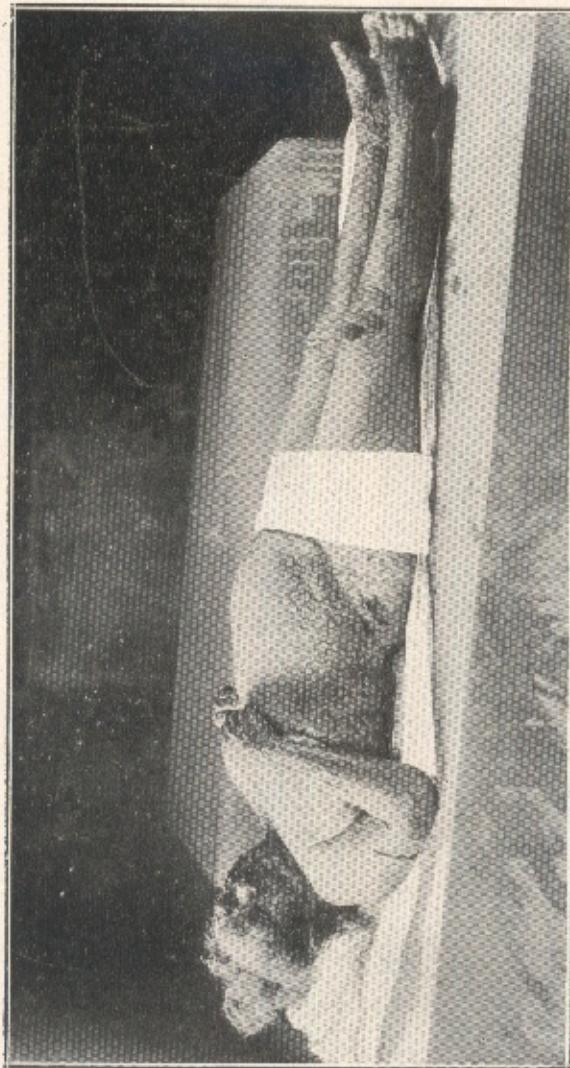


R. di Primo, pl.
Phot. n.º 17 — Doente B. A. R. Caso
confluente, em pleno periodo de suppuração.



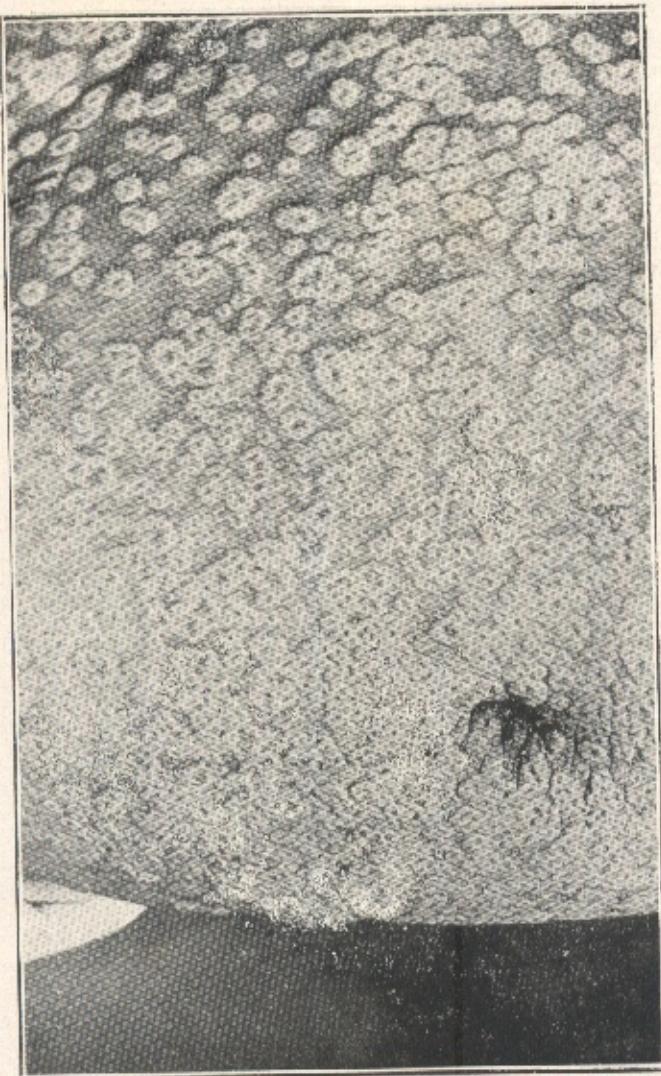
R. di Pramio, phot.

Phot. n.º 18 — Doente B. A. B., completamente curado, mostrando numerosas cicatrizes.



[Plat. n.º 19 — Decente A. R. A. Caso de grande
confluenção de esclerose fatal.

R. et Pymo. Rio.



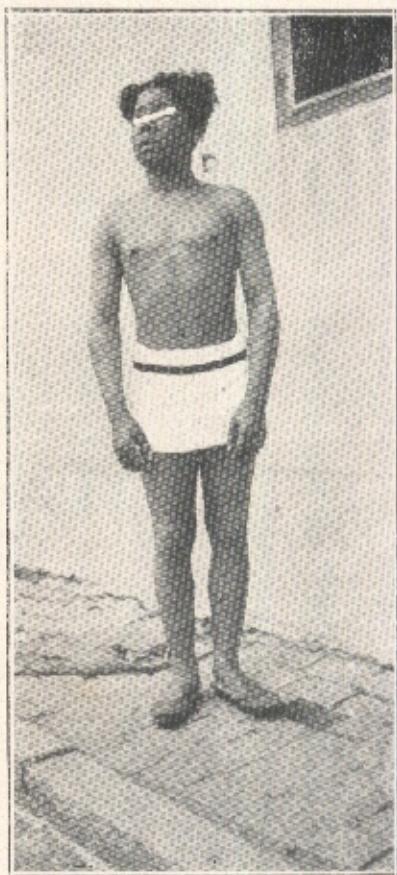
R. di primo, phot.

Phot. n.º 20 — Docente A. R. A. Ampliação photographica da ruga umbilical, para mostrar a confluencia e umbilicação das pustulas.



R. d' Prímo, phot.

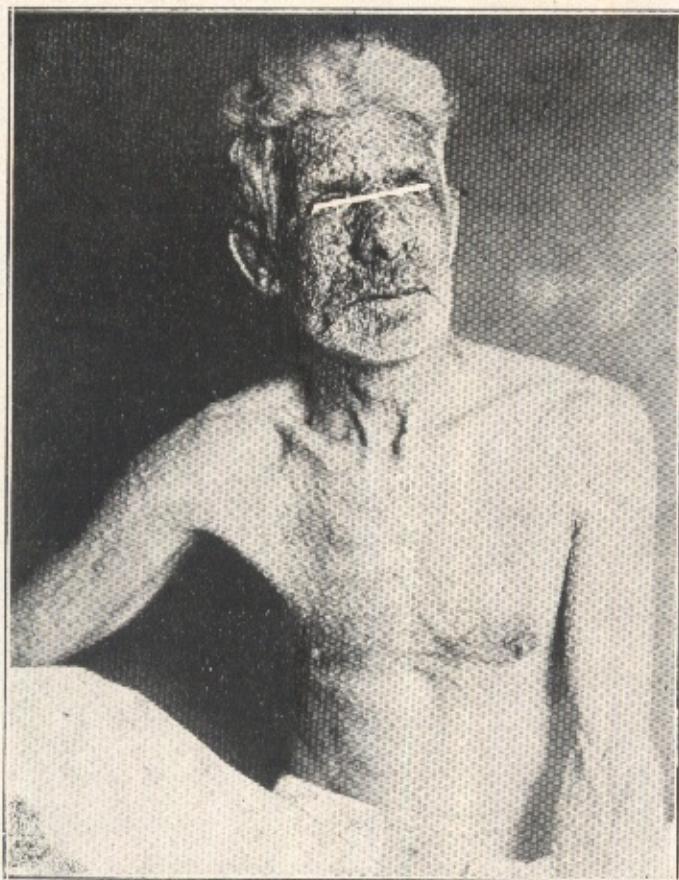
Phot. n.º 10 — Doente C. L. S. Grande quantidade de elementos eruptivos.



R. d' Prímo, phot.

Phot. n.º 11

O mesmo doente C. L. S. mostrando a disposição geral dos elementos eruptivos.



R. di Primit. phot.

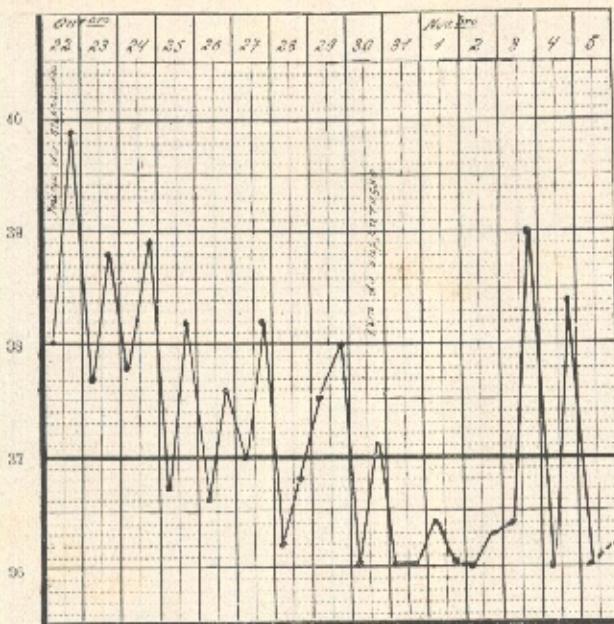
Phot. 12 — Doente V. C. Caso confluente.



R. di Primo, phot.
Phot. n.º 13 — Doente M. C. S. Caso grave, confluente.



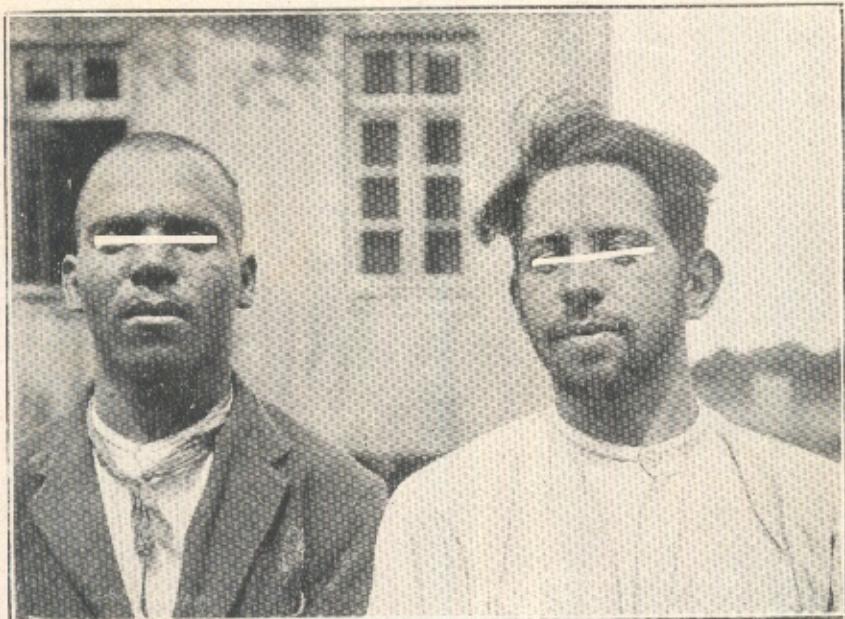
R. di Primo, phot.
Phot. n.º 14 — A mesma doente M. C. S. mostrando as cictenizes no rosto
e o completo descolamento eufaneo das mãos.



Doente : M. C. S.

R. di Primio, phot.

N.º 15 — Curva thermica, da doente M. C. S.



Phot. n.º 16 — Doente F. F., curado, mostrando as cicatrizes características.

Doente M. A. S., caso de intensidade e evolução

identicas, apresentando manchas pardas.

R. di Primio, phot.

Adenopathia Tracheo-Bronchica

Os heredo-tuberculosos, tuberculosos de amanhã, pela convivencia em ambientes contaminados, vão, em lugar de se immunisarem, sensibilizando-se cada vez mais ao ataque futuro da peste branca.

E' a adenopathia tracheo-bronchica, o periodo inicial da tuberculinação segundo a opinião da maioria dos pediatras, contrariando assim a opinião de uma pequena minoria que admite a adenopathia tracheo-bronchica como puramente syphilitica.

As duas correntes tem os seus fundamentos, comtudo a impregnação dos ganglios peri-bronchieos mediastinicos é quasi sempre a luta inicial com as toxinas do bacilo de Koch.

Todas as clinicas que emprehendem o tratamento deste estado morrido, orientam-se pela physiotherapia e tratamento anti-tuberculoso.

Em pequena escala, é feito o tratamento especifico anti-syphilitico, associado aos outros dois, isto é, raios ultra violeta e heliotherapia.

Geralmente no tratamento medicamentoso, vem em primeiro plano o oleo de figado de bacalhau, pela sua riqueza em vitaminas, e o calcio.

Cumpre comtudo notar, que a impregnação fatal dos ganglios peri-tracheo-bronchicos do mediastino, pode ser evitado.

Não se deve portanto esperar attingir este periodo critico. E' mister agir o mais cedo possivel. As experiencias feitas por mestres brasileiros e comprovadas universalmente pela practica, positivaram a riqueza de vitaminas D no oleo de sapucainha e o seu valor therapeutico ao lado do oleo de figado de bacalhau para defenderem o organismo das toxinas da tuberculose. Baseado nestas experiencias, o distineto Prof. Pedro da Cunha, conseguiu na prevenção da adenopathia tracheo-bronchica, um soluto oleoso injectavel: TONISAN.

Nesta concepção maxima — a guerra contra a peste branca — encontram-se, ésteres de oleo de figado de bacalhau e sapucainha, actualmente sem similar nacional ou estrangeiro, que possa igualalos em efficacia.

Na infancia, TONISAN debella e evita a adenopathia tracheo-bronchica. Na segunda infancia e adolescencia, a tuberculose aguda, e finalmente na velhice, as formas fibrosas. TONISAN é um medicamento ideal, pois não contem quinina, que por suas propriedades congestivas, constitue o pavor dos tuberculosos. TONISAN é applicado diariamente em injecções absolutamente indolores.

Os Srs. Clinicos que desejarem amostras e literaturas, poderão re-quisital-as ao Departamento de Productos Scientificos, Matriz, á Av. Rio Branco, 173 2.^o andar, Rio de Janeiro, e Filial, á rua de S. Bento, 49 2.^o andar, em S. Paulo.

Saphrol

é o mais poderoso tonico
de que a medicina
dispõe, fortifica os
pulmões e dá força
ao organismo.



Preparado pela Pharmaceutica
Renato Quimaraes
À venda em todas as Pharmacias e Drogarias do Brasil

Lavagem das vesículas seminais, por via alta

Método sangrento

por

Heraclito Leal

Estagiando no Serviço de Órgãos Urinários da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a cargo do Dr. Belmiro Valverde.

Com os trabalhos primitivos de Hermann Klotz, em 1895, injetando, pelos canais ejaculadores substâncias medicamentosas, nas vesículas espermáticas; com os estudos e com os ensaios de Büngner e Belfield, que tiveram a prioridade de introdução de medicamentos nas vesículas seminais, pelo canal deferente; com os aperfeiçoamentos técnicos deste método, introduzidos, por Luys, ultimamente — grandes são, hoje, as vantagens terapêuticas, que auferimos todos, quanto ao tratamento das vesiculites crônicas e rebeldes, até aqui, por muitos consideradas incuráveis, visto que a medicação não atingia os germens, dentro delas, escondidos em seus recessos; e, graças a esses e a muitos outros estudos, o tratamento das espermatocistites crônicas, particularmente, as rebeldes, fontes de novas infecções, vem sendo melhor orientado, quanto à terapêutica química dos órgãos espermáticos, cronicamente infetados.

Assim, na época atual, devido, principalmente, ao método de Belfield-Luys, já se pôde fazer alguma coisa mais, pelo tratamento das vesiculites crônicas, do que os classicos processos, até então, usados, cujos resultados, em certos casos, muito deixavam a desejar; e, de tal modo, sempre que tais casos se nos apresentam rebeldes, dando reincidentias sucessivas, reincidentias de “*repetição*”, de processos sub-agudos, como orquites ou orquiepididimites, ou com exacerbações varias, denunciando a presença de novos fócos infeciosos, é sempre recomendável e indicada a lavagem das vesículas seminais, seja pelos canais ejaculadores, ou por *via baixa*, seja pelo canal deferente, ou por *via alta*, também, chamada, *método sangrento*. Deste processo, é que nos ocuparemos, aqui, particularmente, pois oferece maiores e mais decididas vantagens, sobre o da *via ejaculadora*, trans-uretral, menos recomendável, por autoridades experimentadas, quanto aos resultados e quanto à técnica de ambos, sem se falar, ainda, no processo de Lespinasse (vasopunctura trans-cutanea), difícil, no de Lloid (trans-perineal), pouco pratico, e no de Taylor (punção trans-rétal), perigoso.

O método de Belfield-Luys, para a desinfecção das vesículas espermáticas, cronicamente inflamadas, durante, às véses, muitos anos, representa, hoje, ótimo recurso terapêutico, no tratamento de casos rebeldes, que têm resistido a todos os outros processos de classica terapêutica, seja química, seja elétrica, seja mecânica. Ora, é sabido que há casos de vesiculites crônicas, tão rebeldes, que, embora um tratamento bem orientado e bem dirigido, por meses a fio, e até por anos, zombam, ca-

prichosamente, de todos os meios terapêuticos que se lhes impõem; e é, precisamente, em tais casos, tão rebeldes, que a lavagem das vesículas espermáticas se recomenda e se justifica, como meio terapêutico eficiente, pois, sendo as vesículas seminais a fonte continua de origem de novas infecções focais (1), com repercussões gerais, para todo o organismo, intoxificando-o, debilitando-o, profundamente, o contâto direto da substância química, sobre os germens e sua permanência, dentro das vesículas espermáticas, impregnando mucosa e paredes destas, tem, realmente, grande significação terapêutica; mas, as indicações da lavagem das vesículas seminais se reservam a todas as *espermatoctites crônicas*, de qualquer origem, rebeldes, que tenham resistido aos meios terapêuticos usuais; as contra-indicações se resumem às *espermatoctites tuberculosas*, bem como aos processos inflamatórios agudos, em que não se deve praticá-la.

Aqui, no Rio de Janeiro, quem tem preconizado e quem inaugurou mesmo o tratamento das espermatoctites crônicas, pela lavagem, por *via alta*, sanguenta, tem sido o Dr. Belmiro Valverde, que já praticou para mais de uma centena, sem nenhum acidente e com os melhores resultados. Apenas, em uma diminuta percentagem, de obstruções dos canais deferentes, ora uni, ora bi-lateral, não pôde levar a efeito a lavagem vesicular, por tal motivo; e, em tais casos, se deve recorrer á *via baixa*, isto é, á dos canais ejaculadores, trans-uretral, para a introdução da substância medicamentosa, com esse fim terapêutico.

A técnica usada por esse distinto Mestre da urologia brasileira, a mesma de Luys, com ligeiras modificações práticas, simples, é a seguinte:

Feita a asepsia do baixo ventre, como para uma laparotomia, fás-se a anestesia local, por infiltrações subcutâneas, com uma solução de novocaina, a 1%, injetando-se uns 10 c. c., mais ou menos, no nível do trajéto do canal deferente, acima da bolsa escrotal, a poucos centímetros da raiz do pénis, sobre o monte de Venus, primeiramente, de um lado; reparado, antes da infiltração, o canal deferente pelo tâto do indicador esquerdo; feita a pinçagem, com este e o polegar; feita a anestesia local, incisa-se a péle, ao longo do trajéto do canal, cuja vesicula se pretende lavar, sendo que a incisão deve ser um pouco obliqua, de cima para baixo e de fóra para dentro, de 2 a 3 centímetros, mais ou menos (1.^º tempo); e, pela incisão feita, se introduz, aberta, uma pinça de Kocher, destacando-se os tecidos subjacentes á péle, até se encontrar e descobrir o cordão com seus elementos, que, em massa, de fóra para dentro, são levantados, pelo cirurgião, na concavidade de uma tésoura curva e fechada, onde se lhes sustêm; abre-se, aí, a tunica fibrosa comum, isolando-se, com 2 tentacanulas, o cordão de sua bainha e demais elementos envoltorios, bem como os vasos adérantes, tendo-se o cuidado de não lesar a arteria deferencial, que se acha por debaixo do canal, o qual deve ficar completamente isolado: este isolamento deve ser absoluto e é indispensável (2.^º tempo). Isto feito, um fio de cat-gut é passado, por baixo do canal deferente formando alça, que o sustém, cujas pontas são fixadas por uma pinça de Péan; em seguida, se passa outro catgut, nas mesmas condições, cujas pontas são, também fixadas, por outra pinça; e, deste modo, se tem uma alça do canal deferente, suspensa, entre as

duas de cat-gut, fixadas pelas duas pinças (3.^o tempo). Exteriorizada e fixada, assim, a alça do canal deferente, por baixo dêle se coloca uma compressa de gaze esterilizada, sobre a qual, repousando aquele, se procura puncioná-lo, com agulha fina, adaptada á seringa ou não, até se atingir á lúis do canal deferente, com a ponta da agulha, orientada de baixo para cima, isto é, para o lado da vesicula seminal a ser lavada, injetando-se, nela, 12 c. c. de uma solução de colargol a 5% (4.^o tempo).

As véses, isto não é fácil, como parece á primeira vista, pois injetar no canal deferente não é o mesmo que injetar na veia, cujas paredes elásticas facilitam mais esta técnica.

Na ocasião, porém, de ser injetado o líquido, se deve ter o especial cuidado de fazê-lo *lentamente*, para se prevenir possíveis lesões, por distensão ou por infiltração, seja da vesicula seminal, seja de seus vasos, o que poderia acontecer si a injecção fosse dada com propulsão violenta. Em geral, quando a vesicula já se acha cheia do líquido injetado, o próprio doente acusa friagem ou dôr, ocasião esta em que se deve dar por terminada a injecção medicamentosa. Desse modo, retirando-se a gaze e os fios fixadores; alojando-se, de novo, o deferente, em sua tunica; dando-se alguns pontos de aproximação; colocando-se um feixe de crina, como dreno, sutura-se, por fim, a pele. Isto feito, se procede do mesmo modo, para o lado oposto.

Nos individuos gordos, á técnica se torna mais delicada, por causa do tecido adiposo, que dificulta, até certo ponto, as manobras sobre o cordão e seus elementos; mas, isso, com algum trabalho e habilidade, se consegue, perfeitamente.

As véses, acontece que o canal deferente, pelo processo inflamatório antigo, de suas paredes, pode se achar obstruído ou com sua lúis muito reduzida, não permitindo a penetração da agulha, nesta; e, se isto acontecer, se deve alargar a incisão cutânea para cima, punctionando-se o canal, em outros segmentos, até se injetar o líquido, si possível. Caso não se consiga, em nenhum outro ponto do trajeto do canal, é porque a obstrução é completa, não se podendo, por tal motivo, se levar a efeito a lavagem da vesicula seminal por via alta, o que é, relativamente, raro. Geralmente, nestes casos, já quando se está fazendo a dissociação dos elementos aderentes ao canal, se percebe, ao longe dêle, a presença de estrias longitudinais, avermelhadas, denunciadoras de um processo esclerosante, de suas paredes, ao lado de uma consistência endurecida e bastante característica: é o aviso de obstrução deferencial.

Autores americanos, em tais casos de obstrução, indicam a *vasotomia*, ou seja, a incisão da parede do canal deferente pelo bisturi, por onde atingem a lúis do cordão, injetando, assim, o líquido mais facilmente, na vesicula seminal; mas, George Luys, Valverde e outros contraindicam tal processo, porque predispõe ao estreitamento consecutivo, no ponto da vasotomia, trasendo, como consequencia provável, a esterilidade do paciente.

Após a operação, o doente deve permanecer imobilizado, ao leito, tanto quanto possível; e, nestas condições, deve guardar repouso absoluto, por espaço de 5 a 6 dias, tempo este em que o intestino e as vesículas seminais devem, também, ser imobilizados, pela administração do

opio; o dreno e os pontos, por esta época, já pôdem ser retirados; o coito deve ser, porém, prohibido, por 30 ou 40 dias, por isso que o colargol pôde permanecer, nas vesículas espermáticas, durante este tempo, e até mais, como já tem sido observado, pelas ejaculações escuras, sucessivas à lavagem vesicular.

As sequencias operatorias são, em geral, boas, não havendo, quasi, elevação de temperatura, o que entretanto, às vezes, pôde acontecer; uma ligeira dôr, perfeitamente suportável, com relativo aumento de volume do canal deferente, devido a uma funiculite química, pelo colargol, pôde se suceder, aos primeiros dias da lavagem vesicular, bem como, não raro, um pequeno corrimento da urétra, pela eliminação do medicamento, que se anuncia, logo às primeiras horas, com a coloração escura da urina.

Rio de Janeiro, Setembro de 1935.

Aviso

As colunas dos „Arquivos” estão ao dispôr dos srs. médicos quer do Estado como de outras partes do País.

Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respetivo resumo e, si possível, de conclusões.

A Redação não assume a responsabilidade dos conceitos emitidos nas colaborações.

Os autores de artigos terão direito á 5 exemplares e as „separatas”, no caso de as solicitarem, correrão por conta dos mesmos que se entenderão diréctamente sobre o assunlo, com a tipografia editora dos „Arquivos”.

O melhor Tônico é a
Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS

NOTAVEIS MEDICOS

O SEU VALOR THERAPEUTICO SE IMPÔE PELO SEGUINTE:

- 1.^a — Não contém fluoretos (diseasecificantes).
- 2.^a — Não contém phosphatos ácidos (assimilação nulla);
- 3.^a — Não contém phosphato monocalcico e phosphato bicalcico (fraca assimilação);
- 4.^a — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18%);
- 5.^a — Na sua confeção entram como elementos principaes os HYPOPHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
- 6.^a — Não contém alcool, não produz iodismo, aumenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.^a — É o tónico que possue maior numero de valiosos atestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feijó 22
CAIXA POSTAL 1578 — S. PAULO

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORFOIDE E CHALMONGRIO, SUPERSATURADOS DE LÍPIDOS, TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA.

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA



Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0,026_{os} DE BISMUTHO METALLICO
MEDICACAO INDOLAR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRAMUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGICO

O mais energico medicamento contra os espasmos dolorosos do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc

AIROVERAN

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

Lab. Gross - Rio

NEURILAN

Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.
Efectuando na relaxação curvosa, os desequilíbrios vegetativos, polipilações, insomnias, dispepsia nervosa.
A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimンドro.
Dose: fa 2 colheres das de chá em agua assucarada ás refeições.

NAO DEPRIMENTE

Lab. Gross - Rio

NEURILAN

Coloração vital de Ravaut e Diagnóstico precoce da Sífilis nervosa

pelo

Dr. Telemaco S. Pires

Hospital S. Pedro

Doutor Livre da Faculdade de Medicina

Tres grandes etapas percorreu o estudo da S. N.: Uma primeira anatomica. Wirehow descreve os caracteres inflammatorios dos vasos e do tecido conjuntivo, observados sobre os centros nervosos dos syphilíticos, no decurso das autopsias. Ulteriores trabalhos de Lancereaux e Heuner confirmam e completam estas pesquisas; tornando-se elles a base fundamental desse estudo e vindo demonstrar a grande predilecção da syphilis pelo sistema nervoso central.

Uma segunda etapa surge com Fournier, a clinica; este notavel syphiligrapho alinha entre as demais affeções provocadas pela syphilis, a tabes e a P. G. Baseando-se unicamente na observação clinica e dados estatisticos, demonstra a origem luética destas affeções e ainda mais, prova que o tratamento precoce e persistente é o methodo mais seguro para se evitar tão temíveis complicações.

A descoberta de Schaudin e Hoffman, a constatação do spirocheta nas meninges de heredo syphilíticos, feitas por Poncele e Ravaut; depois Benda e Sezary pondo-o em evidencia nos vasos cerebrais de adultos mortos de arterite syphilitica e finalmente Noguchi mostrando a presença do mesmo no cérebro de P. C. e na medulla dos tabidos, vinham nos fornecer a prova decisiva da natureza dessas lesões.

A clinica permaneceu por muito tempo, como o unico meio capaz, de nos esclarecer as diversas localizações da S. N. Surgiu então com os trabalhos de Widal, Ravaut e Sicard, o cyto-diagnóstico, novo methodo de investigação biologica que, em muitos casos nos permite a verificação de factos que a clinica por si só seria incapaz de nos revelar. A grande maioria dos ataques ao sistema nervoso central vêm se reflectir em seu proprio seio; os AA. acima citados dotaram a clinica de um novo methodo de estudo biológico, qual seja: A exploração do sistema nervoso pela analyse do L. C. R.

Neste nosso trabalho deixaremos de lado todas as reacções chimicas e bio-chimicas que muito em voga estão para o estudo do L. C. R., e iremos fixar a nossa atenção unicamente na coloração vital de Ravaut, pois o seu estudo traz ensinamentos preciosos quanto ao diagnóstico precoce e prognóstico das affeções syphiliticas do eixo encefalomédullar.

A coloração vital de Ravaut é um processo laboratorial que consiste em observar a maneira como se comportam, em presença do corante de Unna-Pappenheim, os diferentes elementos celulares do L. C. R. imediatamente após a sua extração. A observação inicial das láminas

assim preparadas, já nos traz ensinamentos, que é o modo pelo qual se faz a fixação das cores de anilina. Sabemos que os elementos vivos não prendem a matéria corante e tão somente os mortos a fixam imediatamente. Assim, ao examinarmos ao microscópio veremos que ao lado de elementos completamente corados, protoplasma roseo e núcleo azulado, outros apresentam-se refringentes e só a pouco e pouco, a medida que o seu grão de vitalidade vai diminuindo, e que, vão se deixando impregnar pela matéria corante. É de importância capital seguir o grão de vitalidade dos diversos elementos, si numa lamina logo após a sua preparação encontrarmos todos os elementos completamente corados, é sinal de que estamos em face de um processo crônico com lesões cerebrais e meningea constituidas.

Ao contrário, si os elementos, sómente a pouco e pouco vão se deixando impregnar, levando de 4 a 6 horas para completa coloração, impõe-se o diagnóstico de um processo agudo em plena evolução.

Ainda uma modalidade nos é dado a observar, quando encontrarmos um líquor com intensa reação celular e os diferentes elementos se dividirem em duas partes mais ou menos iguais, isto é, uns prendendo o corante imediatamente, outros só ao cabo de 4 a 6 horas, é evidente nos acharmos em face de um processo crônico com um surto agudo, facto esse comumente observado na P. G.

O comportamento dos elementos celulares em face do corante é que nos vai dar a indicação do momento preciso em que se deve processar a leitura da fórmula leucocitária. Normalmente, o L. C. R. contém limfocitos nucleos nus, alguns medios mononucleares e polynucleares neutrófilos na proporção de 2 a 3 elementos por mm^3 . Na S. N. a limfocitose é predominante, mas o número de medios e grandes mononucleares aumenta, dando-se o aparecimento dos plasmazzellens elementos quasi que pathognomonicos da S. N. .

Como dissemos acima, os elementos celulares normais apresentam-se corados com as seguintes tonalidades: os monocitos com protoplasma rosa palido e citoplasma azul contendo no seu interior um ou mais nucleos corados em vermelho; os polynucleares com núcleo azul e protoplasma roseo finamente granulado nos neutrófilos e com granulações maiores e mais carregadas em cor nos eosinófilos. Os plasmazzellens apresentam-se com o núcleo intensamente corado em azul circundados pela substância protoplasmica corada em vermelho rutilante, é tão forte o contraste, que é difícil e mesmo impossível confundir os elementos normais com essas formas pathológicas.

Após essa rápida revista em torno dessas considerações de ordem geral, que mais interessam ao homem de laboratório que ao clínico; acompanhemos agora nos diferentes estados da S. N. latente as modificações sofridas pela fórmula leucocitária do L. C. R. e a necessidade do emprego da P. L. na prophylaxia da Syphilis nervosa

MENINGITE LATENTE DO PERÍODO SECUNDÁRIO

Janselme e Sezary em 1908 observaram a existência de uma reação da pia-mater no período secundário da syphilis, reação meningea

indice de uma reacção geral, uma defesa organica contra a septicemia syphilitica no dizer de Lacapère. Ravaut denominou-a de meningite latente do periodo secundario, pois clinicamente passa desapercebida e só o exame do L. C. R. é que a revela pela intensa reacção lymphocytaria.

Essa meningite do periodo secundario regredie por si só, na maioria dos casos, porém, nos individuos tardios, naquelles em que o sistema nervoso offerece terreno propicio para a localisacão do Spirocheta de Sehandin, o processo meningeo continua lentamente a sua progressão.

Ao examinarmos o liquor de um individuo em tales condições, observaremos que ao lado de reacções chimicas, bio-chimicas e serologicas inapreciaveis, já se entremostra uma reacção cellular bem sensivel, predominando os lymphocytos e medios mononucleares.

MENINGITE LATENTE DO PERIODO TERCIARIO

O periodo terciario da syphilis que para Ravaut começa no fim do terceiro anno e que para a maioria dos autores apparece muito mais cedo, não apresenta da mesma maneira, ao mais das vezes, signaes neurologicos que nos deixou antever o adiantamento do processo meningeo.

A punçao lombar feita neste periodo vem nos mostrar que as alterações meningeas já são mais profundas, e reflectem-se no L. C. R. pela hypertensão, augmento da albumina total e reacção cellular mais inten-

; a maior proporção em grandes mononucleares é para Ravaut signal de má prognostico. Si, neste periodo terciario da syphilis, 3 a 4 annos após a infecção primaria, todos os syphiliticos fossem puncionados, veríamos como os casos de S. N. tales como, tabes, syphilis cerebral e P. G. diminuiriam numa proporção compensadora. Pois neste periodo pre-clínico, antes de qualquer signal neurologico é que os modernos processos therapeuticos são de grande valia, entravando o processo morbido.

Em 1932, no Centenario de Fournier, Ravaut apresenta o seu relatorio sobre o diagnostico precoce da S. N.: Uma inapparente, representada por signaes biologicos fornecidos pela analyse do L. C. R.; outra apparente, correspondendo a S. N. classica, traduzindo-se ao exterior por symptomas clinicos. Diversos relatorios apresentados nessa mesma occasião por Dujardin, Wagner, Jauregg e Claude, consagrados á prophylaxia da S. N., são todos unanimes em reconhecer que a analyse do L. C. R. na hora actual é o unico meio de que dispomos para descobrir precocemente a S. N. Uma das opiniões desse Congresso, que foi votada por unanimidade é a seguinte: Que a punçao lombar é o melhor meio de apreciar o estado do sistema nervoso, tornando-se necessário a sua pratica, por etapas, no decurso da vida do syphilitico.

Ainda mais, trabalhos destes ultimos annos executados pela escola de Wagner Jauregg e pela escola allemã sob a inspiração de Kyrle, mostram os bons resultados da malariatherapia sob estas formas latentes da S. N. e a necessidade de as averiguar o mais precocemente possível.

Entre nós, é habito controlar unicamente com as reacções do sôro sanguineo, o tratamento antiluetico; mas é necessário que estejais informados que não existe um parallelismo estreito entre o anticorpo do sanguineo e o do L. C. R. Na propria P. G., grão maximo da infecção luetica,

é eommum de encontrarmos o Wassermann negativo no sangue em quanto que o liquor se nos apresenta com reacções intensissimas.

No decorrer das observações que passo agora a relatar, bem podemos julgar o grande valor do exame do L. C. R. em todo o syphilitico.

A primeira observação é da clinica particular do Dr. Ritter.

Um comerciante desta Capital, foi attendido por um clinico; era portador de uma aortite syphilitica, esteve sob os seus cuidados medicos cerca de anno a anno e meio. O clinico em questão engolfou-se no seu diagnostico cardiologico e não viu mais nada; mas, um bello dia surgem em onda avassaladora os symptomas psychicos trazendo a marca inequivoca da P. G.

Assusta-se o clinico e avisa a familia do doente, de não se tratar mais de um caso de sua competencia; muito tarde! E' chamado então o Dr. Ritter, que nada mais tem a fazer do que afirmar o diagnostico de P. G., pedindo o exame do L. C. R. para completa confirmação.

A ficha laboratorial do nosso doente é a seguinte:

Albumina total: 1gr10 por litro

Prova de Ravaut: Positivo intenso ++

R. de Nonne-Appelt: Positivo intenso +++

R. de Weichbrodt: Positivo +++

R. de Pandy: Positivo intenso +++

R. de Takata Ara: Floeulagão e precipitação total e immediata.
Typo metasyphilitico. Positivo +++

R. de benjoim colloidal e Lange: Apresentando-se intensamente positivas na zona da lues.

R. de Wassermann, Meinicke e Mueller fortemente positivas +++

Coloração vital de Ravaut: A maioria dos elementos prendem o corante após 4 horas de contacto. Processo agudo em plena evolução.

Lymphocytose predominante.

Formula leucocitaria: Nucleos nus 4,5 por %

Lymphocitos 52 por %

Medios mononucleares 12 por %

Grandes " 8,5 por %

Polinucleares neutrophyllos 3 por %

Pequenos plasmocytos 12 por %

Medios plasmocitos 6 por %

Grandes plasmocytos 3 por %

Eu acredito que esse paciente com tão intensas reacções para o lado do liquor, já deveria apresentar signaes clinicos que teriam chamado a atenção do assisten si um exame mais acurado houvesse sido feito.

A segunda observação ainda é mais illustrativa, trata-se de um caso da clinica do Dr. Godoy.

Um propagandista de productos pharmaceuticos desta capital, foi a clinica do medico supracitado; queixava-se que de vez em quando sentia-se acabrunhado, notando mesmo que elle, ao mais das vezes tão conservador, um verdadeiro speaker, achava-se sem animo para fazer reclame de seus productos.

Nessa occasião praticou o Dr. Godoy, um exame completo sem en-

contrar o minimo signal neurologico. Dias após, indo a São Sebastião do Cahy, teve a infelicidade de se ver envolvido nos disturbios que alli se verificaram por occasião de um comicio integralista. Accentuaram-se desde ahí as mesmas perturbações, somadas a um pequeno *syndrome neurastheniforme*. Novo exame lhe faz o Dr. Godoy e como da primeira vez nenhum signal clinico observou, apezar do nosso representante afirmar que nunca havia adquirido *syphilis* prescreve uma punção lombar.

Grande foi a admiração do nosso collega quando dois dias após eu lhe apresento o seguinte relatorio:

Albumina total: 0gr86 por litro

Prova de Ravaut: Positivo porte + + +

R. de Nonne Appelt: Positivo forte + + +

R. de Weichbrodt: Positivo + +

R. de Pandy: Positivo + +

R. de Takata-Ara: Floculação immediata, precipitação total em 5 horas. Positivo

R. de Lange e do Benjoim com grande positividade na zona da lues

R. de Wassermann, Meinicke e Mueller: Positivas + + +

Coloração vital de Ravaut: A maioria dos elementos prendem o corante imediatamente, indice de um processo chronico.

Lymphocytose predominante.

Formula leucocitaria:

Nucleos nus	:	3	por %
Lymphocitos	:	48,5	por %
M. mononucleares	:	8	por %
G. "	:	5	por %
Poly. neutrophyllos	:	2,5	por %
Peq. plasmocytos	:	17	por %
Medios plasmocytos	:	8	por %
Grandes plasmocytos	:	7	por %

Immediatamente é feita a malariotherapia e para grande surpreza nossa, vamos vendo surgir, á medida que os accessos febris vão se produzindo, um rosario de signaes neurologicos e psychieos. O primeiro em ordem chronologica foi a dysarthria, seguida de perturbações photomotoras, para terminar com um grande delirio euphorico.

Observação interessantissima e que bem vem nos mostrar as surpresas que um exame do L. C. R. pôde nos trazer.

Como conclusão unica dessa palestra eu o repito: Que o exame do L. C. R. é, na hora actual, o unico meio que possuimos para descobrir S. N. latente, dando margem ao emprego da malariotherapia, therapeutica essa que necessita de maior divulgação em nosso meio.

S. N. — Sifilis nervosa.

L. C. R. — Liquido cefalorachiano.

P. L. — Punção lombar.

P. G. — Paralisia geral

Considerações sobre um caso de nefrose lipoidica

por

Leonidas Escobar

Docente Sobre de Clínica Médica

No dia 1.^o de Janeiro de 1934, V. B., brasileiro, de 13 annos de idade, residente em St. Antonio da Patrulha, baixou á St. Casa por se encontrar grandemente edemaciado.

O inicio de sua molestia data de Agosto de 33, quando pela primeira vez estivera no mesmo estado, restabelecendo-se completamente meio e meio depois, graças ao tratamento que lhe fôra instituido.

Decorridos tres meses, em Dezembro, o mesmo quadro morbido se repete. Desta vez, porém, não obtendo as melhorias almejadas, resolveu a familia, a conselho do seu medico assistente, recolhe-lo a este Estabelecimento, onde o fomos encontrar no leito n.^o 16 — pap. 15 do nosso servigo na 12.^a Enfermaria.

Os antecedentes hereditarios são sem importancia e a sua historia pessôal consigna sarampo, sem contudo ter sido possivel precisar a data.

E' um menino de cor branca, de péle e mucosas visíveis descoradas, que guarda o leito em decubitus dorsal.

Logo á inspecção, além do da face, avulta o edema considerável dos seus membros e o desenvolvimento do seu ventre. Este é volumoso, proeminente; aquele é branco, mole, deixando mossa á pressão do dedo. O exame do figado e do baço é dificultado pela presença da ascite evidente, não nos parecendo, contudo, aumentados de volume.

O exame do aparelho respiratorio nada evidenciou de anormal, bem como o do aparelho circulatorio. Pressão sanguinea: Ma — 10; Mn 8 — Peso: 50 kgr.

O exame do sistema nervoso atestou refletividade e sensibilidade normais.

Não se queixa de disturbios subjetivos, entretanto sofreu de cefaléa constante após ás refeições no inicio do seu mal.

As urinas são diminuídas de volume; revelam, no primeiro exame de 2 de Janeiro, regular quantidade de albumina, 25,36 gr % de uréa e 9,36 gr % de cloretos, densidade — 1026.

Foi instituido o repouso no leito, restrição dos líquidos, regime acloretado e teobromina.

Poucos dias após o paciente pesou 51½ kgr. Foi-lhe ministrado então, em vez de teobromina, cloreto de calcio e depois tireoidina; o regime dietetico acloretado foi substituído por um regime albuminoso, com pouco sal. Exame de sangue: urea — 0,809 %; cl. 3,861 %.

Com a data de 4 do mesmo mes (Janeiro) recebemos os seguintes resultados laboratoriais: sangue — serina 22,0 %, globulina 9,8 % (processo refratometrico). E' necessário fazer notar desde já que na

nefrose lipoidica e nos outros estados em que os protideos são diminuidos e os lipídios aumentados, a dosagem das proteínas do sôro pelo refratometro é enquinada de erro, porque o que modifica o indice refratometrico não é sómente a quantidade dos protídeos, é também a quantidades dos lipídios.

Exame de urina: (9-1-34) densidade 1023,7, grande quantidade de albumina, piocitos, muitos cilindros hialinos e raros granulosos. Pesquisa de lipoides na urina — positiva.

O exame hematimetrico testemunha uma anemia de B. 912.000 gl. v. e 12.800 leucocitos por mm.³; hemoglobina 65 %.

Reação de Wassermann francamente negativa.

Exame de sangue: (20 Fev.) urea — 0,95 %; cloretos — 4,563 %; creatinina — 1,17 %. Em nota assinada pelo Dr. Difini ha a declaração seguinte: "as dosagens — lipoides totais, lecitina e colesterol não fôraram executadas por não ter sido possível extrair mais sangue do doente devido á anasarca."

Exame de urina: (21-2-34) densidade — 1014; albumina — grande quantidade; muitos cilindros hialinos, raros granulosos.

De fato, os edemas do nosso paciente já dificultavam os seus movimentos. E nessa ocasião praticamos a primeira paracentese, tal o desenvolvimento do seu ventre, retirando uns 5 ou 6 litros de líquido francamente lactescente, com raríssimos linfocitos no exame citológico (16-3-34).

O tratamento medicamentoso se resumia tão sómente em tireoidina na dose de 0,40 etg. por dia, e foi permitido o regime alimentar comum no Hospital, inclusive a carne.

A 5 de Julho um exame de fézes revelou alguns ovos de "Ancilostoma duodenale". Dois dias após a ministração do vermífugo o doente apresentou uma infecção gripal, com a temperatura de 39°, exacerbão dos edemas e do seu estado geral.

Passado o estado infectuoso, notável foi a melhora imediata do paciente com resolução quasi completa dos edemas e da ascite. O peso nessa ocasião não excedia de 40 kgrs.

Exame de sangue: (21-7-34) urea — 0,273 %; cloretos — 5,995 %.

A evolução da doença não sofrera alteração, além das melhorias já consignadas, quando começamos de notar (Agosto) o reaparecimento dos edemas e do derrame peritoneal.

A taxa de urea se elevou a 0,524 %, a de colesterol a 2,04 %. A urina revelou regular quantidade de albumina, sangue, hemoglobina, glicose e no sedimento raras hematias e raríssimos cilindros hialinos.

O regime a que estava submetido o paciente não fôra alterado.

Nos primeiros dias de Setembro novamente um surto febril vem de apresentar o nosso paciente, desta vez, porém, consecutivo a uma otite media supurada (exame procedido pelo Dr. J. Valentim). Com o desaparecimento da febre também o estado geral se restabelece, com a fusão completa dos edemas e a reabsorção absoluta do derrame peritoneal. Em poucos dias tais progressos fez que, antes de novos exames serem requeridos, o paciente, por solicitação da família, teve inesperadamente alta do Hospital em condições bem satisfatórias, deixando no nosso espírito a mais profunda impressão.

Dando relação deste caso singular, não trazemos de intento discorrer sobre o assaz confuso capítulo da nefrose lipoidica. O que queremos assinalar, com o irrecusável testemunho da presente observação e outras infelizmente não registadas, é a possibilidade de um *surto de azotemia passageira*, geralmente discreto, não comportando significação especial sob o ponto de vista prognostico.

No caso presente deparamos com todos os sinais clinicos positivos e negativos da nefrose lipoidica, incluso uma das particularidades mais notaveis que é a sua predileção para os adolescentes.

Os autores alemães e americanos consideram a molestia que eles individualizaram sob o nome de "nefrose lipoidica" — afecção renal por seus sintomas (albuminuria, cilindruria e anasarca) — como um distúrbio humorai com participação secundaria do rim.

Nessa discussão argumentos de toda a ordem tem sido utilizados, clinicos, biologicos, anatomicos e terapeuticos, para confirmar ou negar a oposição da nefrose ás nefrites. Rosenberg acentua que na pratica raramente defrontamos com os elos finais desta cadeia e que de preferencia se nos deparam muito mais a miude os elos intermediarios. Quando os sintomas se acham no meio dos dois pólos, pode-se falar de uma forma "mixta" como a denominada Volhard.

Inumeros são os casos de nefrose lipoidica publicados em diferentes países. A leitura dessas observações, porém, mostra que elas se referem a casos muito dissemelhantes. Uns são nefrites manifestas ás quais se associam sinais humorais observados na nefrose lipoidica; outros se aproximam mais da descrição dada por Epstein desta molestia.

Entretanto, em França, pelo menos, afirmam Vallery-Radot e J. Trombert, encontram-se poucas observações que correspondam em todos os pontos á concepção classica. De 1932 a esta data não encontramos nos "Archivos Rio-Grandenses de Medicina" uma só publicação nesse sentido.

"A oposição da molestia humorai de Epstein, extra-renal, á nefrite, afecção renal, se esfuma singularmente", e nessas condições se comprehende facilmente que a propria existencia da nefrose lipoidica seja posta em dúvida.

A nefrose lipoidica se caracteriza pela ausencia de qualquer distúrbio da função ureo-secretoria do rim. Isto é um dos pontos capitais. Todavia, para aqueles autores mesmos que fazem na nefrose lipoidica uma afecção autonoma, a azotemia pôde surgir no decurso de sua evolução.

Em trabalho recente P. Vallery-Radot, Delafontaine e J. Trombert tentam precisar a frequencia desta azotemia nos casos rotulados de "nefrose lipoidica" e estudar as condições de aparecimento e as suas modalidades evolutivas.

O caso que presentemente ocupa a nossa atenção apresenta todos os caracteres da forma tipica da nefrose lipoidica. Assim evolueu durante todo o periodo de sua observação, acompanhado de edemas, albuminuria, lipoiduria, sem o ritmo cardiaco em tres tempos e sobretudo sem um ataque sério do estado geral que acentuasse a gravidade do quadro clinico.

O colesterol se achava ainda levemente aumentado no fim da sua evolução, e só o desequilíbrio proteinêmico não pôde ser convenientemente estudado pelos motivos já expressos anteriormente.

Uma só vez, em Agosto, o surto azotêmico foi acompanhado de sintomas discretos de nefrite, atestado sómente pelas anomalias passageiras, sem uma causa apreciável evidente.

Nessas condições só um exame acidental do sangue poderia mostrar a elevação moderada da taxa de urea.

O tratamento médico e o regime alimentar não sofreram alteração e, não obstante, não parece ter tido influência sobre a taxa de urea sanguínea. Certos autores contudo julgam perigoso o regime de Epstein quando a nefrose se acompanha de azotemia. Gautier e Mlle. Schoenau, citados por Vallery-Radot, aconselham muita prudência no regime, que deverá ser o mais rico possível em azoto, estabelecido por ensaios, compatível com o estado do funcionamento renal.

Aqui pois, como em tantas vezes outras, se trata de um simples *surto azotêmico regressivo*. A elevação ureica sobrevem em um dado momento da evolução da nefrose lipoidíca, algumas semanas ou alguns meses após o seu começo. Outras vezes o surto azotêmico coincide com a recrudescência dos sintomas. Esta azotemia, transitoria, sempre isolada, não se acompanha nem de elevação da tensão arterial, nem dos sintomas habituais da síndrome azotêmica e, ainda mais, aparece sem influenciar a marcha clínica da nefrose. Estas são também as conclusões o que chegaram Vallery-Radot e J. Trombert.

Um outro fato não deve passar em silêncio nesta observação. Quando, após a verificação da presença de ovos de "Acanthostoma duodenale" nas fezes do referido paciente, ministramos-lhe, ato contínuo, um vermicífugo e as melhorias não se fizeram tardar. Contudo notamos, já nessa ocasião, que dois dias após esta medicação o paciente apresentou um surto febril, diagnosticado de gripe.

Em setembro, novamente, apresentou-se com temperatura de 39°, consecutiva a uma otite media supurada. O exame procedido pelo Dr. Valentim foi a 15 e o menino teve alta curado, pelo menos clinicamente, aos vinte e poucos dias do mesmo mês.

Sem dúvida, com um simples caso, e sem conhecimento de fatos similares, nenhuma afirmação judiciosa poderá ser feita neste sentido, não obstante a profunda impressão que nos deixou. O nosso jovem e inteligente colega Dr. Wagner, que então se achava cursando a 6.^a série de medicina, gentilmente forneceu-nos um número do "Brasil-Médico" de Outubro de 1931, contendo um artigo do Dr. Cassio de Rezende intitulado "Contribuição para o estudo e tratamento dos edemas nas nefroses e nefrites parenquimatosas sub-agudas e crônicas". Nesse trabalho o seu autor refere um caso de sua clínica, de 1919, e estuda um outro de Clifford Albutt em que a mesma coincidência fora observada. Não chegando a uma conclusão definitiva no seu primeiro caso, admite, contudo, a possibilidade de ter sido a febre o fator de tal reação.

Mais tarde, em 1930, num segundo caso de nefrose lipoidíca que se

lhe deparava na sua clinica hospitalar, resolveu experimentar o efeito do "choque febril". Empregou injecções endovenosas de uma vacina anti-piogenica e o resultado foi inteiramente satisfatorio.

Em face disto, supõe o Dr. Cassio de Rezende que o choque febril deve produzir no meio interno alterações fisico-quimicas diversas, e, muito provavelmente, estas alterações vão constituir o fator da cura nos casos considerados.

Outras observações mais deverão ser feitas, e só assim se poderá verificar si a cura foi devida ao acesso de temperatura no nosso como nos outros casos ou se foi mera obra de coincidencia.

Assuntos de atualidade

Reacções de Herxheimer

por

Prof. Americo Valerio.

N., 29 anos, normolíneo. Nega infecção gono-blenorragica. Lues antiga, desde os 18 anos, com o acidente inicial balanico e desordens cutaneo-mucosas do periodo secundario irregularissimas. Bordet-Wassermann no sangue negativo. Injectam-lhe, de vez em quando, 914, Bi ou Hg, sempre irregular. Ha cerca de dois anos, fóra a disuria e piúria constantes, acuza irritação iterativa do côlo da bexiga e hematurias terminais. O tratamento pelo calcio e "um pouco de bismuto" melhora-o. Cefaléas nocturnas. Vago reumatismo. Aortite franca. Clangôroso é o segundo tom. Sôpro sistolico (fóco aortico). Pressão arterial 12 x 8 (Vaquez-Lauby). Aparece-me pelas peórias urinárias e sexuais, pois "a potencia esfriou". Cistoscopia revêla-me ulcera redonda, bordos talhados a pique, fundo liso e hemorragico, do trigono e outra do mesmo as péto juxta-ureteral esquerda. A lues é clara. Injecto-lhe bismuto e mercurio alternados. Na primeira injeccão de bismuto — dôres em todos os ossos. Na primeira de mercurio — violento reumatismo dos joelhos e fenomenos de cistite aguda franca. Reflito nas reacções de Herxheimer e passo ao 914, pois a urina indicava apenas vestígios de albumina e abundantes hematias. Na primeira injeccão de 0,60 queixa-se de fôrtes cefaléas, febre de 41°, vertigens, delirio, vomitos. Exagéram-se as desordens da bexiga. Pela punção lombar Bordet-Wassermann e Nonne-Apelt positivas, numerosos linfocitos, hiper-albuminose. Sigo o bismuto e o mercurio. Cinco dias depois da primeira, pratico segunda injeccão de 914 (0,75) que serena a agudez dos quadros geral e local. D'aí intercalo o 914, sempre 0,75, até 580, de cinco em cinco dias, ao bismuto e mercurio. Novas reacções de Bordet-Wassermann e Kahn no sangue e liquor atestam-se negativas. Nova cistoscopia demonstra-me cicatrização das ulceras. Espermo-culturas negativas. N., descansa, para continuar a terapeutica firme da lues.



E' o meu ultimo caso de reacções de Herxheimer. A reactivação da sifilis observo-a em ordem decrescente em minhas estatísticas: a — Nos enfermos velhos lueticos sem qualquer tratamento; b — Nos enfermos velhos sifiliticos que fizeram terapeutica deficiente; c — Na medicação inadequada metódica e longa e que depois pararam anos e anos. Não

refiro a reativação para testes serológicos positivos em individuos suspeitos de lues (reativação diagnostica). Em contrario á maioria dos silógrafos atesto que as reacções de Herxheimer tanto as observo no periodo primario como no periodo secundario, embora mais comuns neste ultimo. Os arsenicais trivalentes são os grandes responsaveis pelos Herxheimer. Mas os arsenicais pentavalentes e os sais de bismuto e mercurio produzem-nos. O neo-Salvarsan é o mais traíçoeiro *Gougerot e Fernet* (In *Moreno, Tratamento da sífilis, 1934*), salientam a "reacção de resistencia ou estímulo arsено-recidivante". O 914 exacerba a lues, mas os testes serológicos alternam-se positivos e negativos. *Jacinto Moreno (Reactivação e acidente de Herxheimer, La Prensa Médica Argentina, 7 agosto, 1935)* escreve: "Los accidentes de Herxheimer o Reacciones de Herxheimer se producen al exacerbarse en forma pasajera pero no por ello menos violenta, las erupciones cutáneas, bajo la acción de la terapéutica arsenical. Estos accidentes no tóxicos, pueden producirse en cualquier período de la sífilis, y en cualquier víscera donde aquella se halla acantonada y latente, traduciéendose entonces, según el órgano afectado en su síndrome clínico que por momentos reviste suma gravedad.

Si la sífilis es antigua y como generalmente ocurre se halla acantonada en el eje cerebro espinal, una maniobra reactivante empleando sales arsenicais trivalentes, puede despertar un síndrome clínico grave (parálisis de los nervios craneanos, meningitis agudas parciales o totales del eje cerebro espinal, pseudo-tabes síndrome de Parálisis General Progresiva etc. etc.) que para yugularlos necesitan del rápido aumento de las dosis iniciales, y a veces, comprobándose intolerancia o defecto en los emunetarios, cosa que ocurre también con frecuencia en los portadores de sífilis antiguas, cambiar fundamentalmente la medicación (Malarioterapia-Piretoterapia).

Milian julga o arseno-benzol o mais reativante dos produtos anti-lueticos. E, assim, proscreve-o dos cardíacos.

Moreno admite que a falta de ação ou ação antagonica de certos arsenicais trivalentes na terapêutica da neuro-sífilis liga-se à falta de permeabilidade dos tecidos para este produto, ou, melhor, escassa fixação que para elas manifesta a substância nervosa. E' o mesmo juizo de *A. Sézary* — (*Ineficacia dos arsenobenzóis na terapêutica preventiva da neuro-lues, Soc. Med. des Hôp. de Paris, 12 de junho de 1931*).

Moreno simplifica a questão no seguinte quadro:

Reativação
Serologia
Clinica
Serologica e Clinica
Imediata
Tardia
Arseno-ativação
Accidente ou reacção de Herxheimer
Hiper-reactivação

Não se trata de acidentes toxicos. As doses utilizadas mostram-se deficientes à neutralização das toxinas que circulam e do fóco reativado. E', apenas, duelo dos treponemas e toxinas e do escasso tratamento.

Sociedade de Medicina

Atlas

Ata da sessão realizada em 2 de Agosto de 1935 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Na presidencia acha-se o dr. Plinio da Costa Gama. Estão presentes os seguintes socios: drs. Telemaco Pires, Luiz Rothfuchs, Antero Sarmento, Frederico Ritter, Florencio Ygartúa, Luiz Barata, Norman Sefton, Galauternick, Mario Bernd, Xavier de Rocha, Vieira da Cunha, Hugo Ribeiro, Leonidas Escobar, Lúpi Duarte, Hélio Medeiros, José Carlos Medeiros, Alvaro Ferreira e Couto Barcellos.

Aberta a sessão o dr. secretario lê a ata da sessão anterior que é aprovada sem sofrer emendas.

A seguir é dada a palavra ao Dr. Telemaco Pires que faz a sua anuncuada conferencia sobre "Coloração vital de Ravaut e diagnostico precoce da sifilis nervosa". Inicia o orador o seu trabalho descrevendo as diversas etapas por que passou o estudo da sifilis nervosa: uma primeira, anatomica com Virchow, uma segunda — a clinica — com Fournier, para chegar finalmente á era biologica bem esclarecidas pelos estudos de Widal, Ravaut e Sicard. Em rapida palestra estuda a coloração vital de Ravaut, pondo em evidencia a necessidade de se acompanhar ao microscópio a maneira pela qual se faz a impregnação do corante nos diferentes elementos celulares; quando a impregnação se faz entre 4 a 6 horas (elementos vivos), trata-se de um processo agudo em plena evolução e impregnação imediata (elementos mortos) processo crônico com lesões meningées e cerebrais já constituidas. Fala a seguir dos "plasmazellen", elementos patognomicos da sifilis nervosa, mostrando a sua diferenciação dos elementos normais.

Passa em seguida ao diagnostico precoce da sifilis nervosa, demonstrando a necessidade da prática da punção lombar em todo sifilitico após 3 a 4 anos de infecção primária. Diz que neste período preclínico, antes do aparecimento dos sinais nevrálgicos é que a malarioterapia vem prestar o seu grande auxílio, evitando que o paciente venha futuramente a sofrer de uma afecção tão terrível como é a tabes ou paralisia geral. Relata duas interessantes observações da clinica particular dos drs. Ritter e Godoy e termina seu trabalho fazendo sentir a necessidade da maior divulgação, no nosso meio, do exame do líquido cefalo-raqueano.

O assunto é amplamente discutido pelos drs. Helmuth Weinmann, Ygartúa, Hugo Ribeiro, Frederico Ritter, Mario Bernd e Luiz Rothfuchs.

E' dada a palavra ao dr. Florencio Ygartúa, que passa a lêr as respostas dadas a um questionario que lhe foi enviado pelo prof. Luiz Barbosa, catedratico de clinica pediatrica do Rio de Janeiro. Este trabalho que versa sobre raquitismo e espasmofilia, será posteriormente remetido ao Congresso Pan-Americano que se realizará em Outubro proximo, no Mexico.

Manifestam-se sobre o trabalho do dr. Ygartúa os drs. Mario Bernd, Norman Sefton e Plinio da Costa Gama.

Logo depois o dr. Presidente levanta a sessão.

Porto Alegre, de Agosto de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 23 de Agosto de 1935 em uma das salas do Sindicato Medico.

Os trabalhos são presididos pelo dr. Plinio da Costa Gama. Acham-se presentes os seguintes socios: drs. Norman Sefton, Helio Medeiros, Alvaro B. Ferreira, Luiz Rothfuchs, Waldemar Niemeyer, Manoel Rosa, Luiz Fayet, Kanan, Telemaco Pires, Lupi Duarte, Valentim, Leonidas Escobar, Florencio Ygartua e Couto Barcellos.

A ata da sessão anterior não são apresentadas emendas.

São propostos como socios efetivos os drs. Vidal de Oliveira, Eduardo de Assis Brasil e Ibañez Verney, respectivamente pelos drs. H. Weinmann, Waldemar Niemeyer e Telemaco Pires.

O expediente consta do seguinte: um oficio do dr. Secretario da Sociedade de Oftalmologia e Oto-rino-laringologia do Rio G. do Sul comunicando que fôra deliberado a apresentação de um trabalho por um de seus consocios por ocasião das Jornadas Medicas a se realizarem brevemente e, outro oficio vem assinado pelo Sr. Othelo Rosa, Secretario da Educação e Saúde Pública pedindo a indicação de um membro da Sociedade afim de fazer parte de uma comissão a ser constituída nesta capital, com o fim especial de angariar donativos para um monumento a ser erigido no Rio ao cientista patricio Oswaldo Cruz. O dr. Presidente designou o dr. Helmuth Weinmann.

Pede a palavra o dr. Telemaco Pires que faz uma comunicação verbal, a título de nota previa, sobre as alterações etiologicas que tem observado no liquor após a injeção de agua distilada no raquio. O estudo do dr. Telemaco é principalmente visando as infecções de natureza luética.

O dr. Ygartua cita diversos casos de complicação de gripe, em crianças, com repercussão principalmente para o figado.

O dr. Valentim passa a citar uma complicação grave da gripe em que a intervenção cirurgica, reclamada por abcesso cerebral, trouxe a cura completa do paciente.

O dr. Plinio da Costa Gama, ainda como complicação gripal, cita o acometimento dos ganglios cervicais.

Sobre o mesmo assunto ainda são feitas considerações pelos drs. Leonidas Escobar e Alvaro Barcelos Ferreira.

Antes de levantar a sessão o dr. Presidente marca a proxima ordem do dia, uma conferencia do dr. Leonidas Escobar subordinada ao titulo "algumas considerações em torno de um caso de nefrose lipoidica".

Porto Alegre, 23 de Agosto de 193.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 30 de Agosto de 1935, em uma das salas do Sindicato Medico.

Na presidencia acha-se o dr. Plinio da Costa Gama. Estão presentes os seguintes socios: drs. Alvaro B. Ferreira, Luiz Fayet, Waldemar Niemeyer, Manoel Rosa, Lúpi Duarte, Norman Sefton, Leonidas Escobar, Flóres Soares, Hugo Ribeiro, Vieira da Cunha, Thomaz Mariante e E. J. Kanan.

A ata da sessão anterior, lida pelo 1.º secretario, não sofre alterações.

O expediente consta de um ofício da Diretoria do Hospital São Vicente de Paula, de Cruz Alta, convidando o presidente da Sociedade de Medicina para assistir sua inauguração. O sr. Presidente designou o dr. Gabriel Miranda para tal fim.

Passa-se em seguida, à votação de novos socios, tendo sido aceitos por unanimidade, os drs. Vidal de Oliveira, Eduardo de Assis Brasil e Ibañez Verney.

E' dada, a seguir, a palavra ao dr. Leonidas Escobar, inserito na ordem do dia. O interessante trabalho do dr. Escobar consiste na leitura de um caso de nefrose lipoidica, em um menino de 13 anos de idade, em que por duas vezes, no decurso da evolução da molestia (9 meses) apresentou um surto de azotemia. Tece algumas considerações em torno da possibilidade do surto azotêmico passageiro, geralmente discreto, sem significação especial, sob ponto de vista prognostico em caso de nefrose lipoidica. Cita trabalhos recentes que tentam precisar a frequência desta azotemia, as condições de aparecimento e as suas modalidades evolutivas. O caso observado pelo dr. Escobar apresenta todos os caracteres da forma tipica da nefrose lipoidica. Evolve durante todo o período da sua observação, acompanhado de edemas, albuminuria, lipoiduria, sem o ritmo cardíaco em três tempos e sobretudo sem o ataque sério do estado geral que acentuasse a gravidade do quadro clínico. Uma só vez o surto azotêmico foi acompanhado de sintomas discretos de nefrite, atestado pelas anomalias passageiras do sedimento urinário. Chama, depois, a atenção para o fato das melhorias apresentadas pelo seu paciente coincidirem com dois acessos de temperatura, terminando o último pela eura. Julga que observações devem ser feitas nesse sentido, para se verificar se a eura, nesses casos é devida aos acessos da temperatura ou si é simples obra de coincidência.

O prof. Mariante, depois de elogiar o trabalho do dr. Leonidas Escobar, cita um caso de sua clínica hospitalar, também de nefrose lipoidica, e que apresenta igualmente um surto azotêmico durante a evolução do mal. Procura interpretar esta azotemia como dependente de uma

insuficiencia renal funcional, por falta de achegos liquidos é assinala a origem tuberculosa da nefrose no caso por êle observado. O tratamento empregado, a irradiação pelos raios ultra-violetas, foi de efeito nitido, fazendo regredir rapidamente a sintomatologia clinica.

O dr. José Flôres Soares cita um caso de nefrose lipoidica em que a terapeutica anti-verminotica utilizada, por apresentar o doente uma verminose, foi seguida de insucesso. O tratamento anti-luctico, então instituido, trouxe a rapida desaparicao da fenomenologia clinica e o restabelecimento do doente.

O dr. Norman Sefton passa a descrever casos de anquilostomiasis, um deles com sintomatologia clinica predominada por fenomenos psiquicos.

Com a palavra, o dr. Helmuth Weinmann, ressaltando o valor do exame do liquor, refere-se aos dados laboratoriais precisos colhidos em um caso de sifilis meningea pouco intensa.

O dr. Norman Sefton propoz o estudo sistematizado do liquor nos casos de verminose.

Mais uma vez o prof. Mariante toma a palavra para se referir á terapeutica que preconisa em casos de esclerose com hipertensão arterial. Trata-se da administração de extrato fluido de alcachofra associada a banhos carbo-gazozos em domicilio, metodo terapeutico por êle instituido.

O dr. Leonidas Escobar cita dois casos de hipertensão, em que empregou com resultados satisfatórios a alcachofra.

Com o mesmo objetivo, o dr. Lupi Duarte faz alusão ao emprego da "herva de passarinho".

Em seguida o dr. Plinio da Costa Gama levanta os trabalhos.

Porto Alegre, 30 de Agosto de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.^o secretario.

Libros e teses

DO BISMUTO NAS ANGINAS — *Professor Aristides Monteiro*

Acaba de aparecer o livro "Do bismuto nas anginas", do Prof. Aristides Monteiro, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Essa obra magistral não cabe nos moldes vulgares dos livros de compilação, tão comuns na literatura medica, mas ele é a exposição brilhante da sua grandiosa descoberta, qual o tratamento das anginas não específicas pelo bismuto, e de cujo valor os médicos brasileiros e estrangeiros já tomaram conhecimento sob aplausos unanimes.

Ouvimos do Professor Dr. Eliseo V. Segura de Buenos Aires as mais entusiasticas referencias ao Prof. Aristides Monteiro e á sua extraordinaria descoberta, sendo aquele insigne mestre argentino um dos que mais calorosamente propagam e aplicam o metodo terapeutico do ilustre colega patrício. Disse-nos o Prof. Segura ser uma grande conquista da resumir as anginas em "Anginas de sôro e Anginas de bismuto".

O livro que ora apresentamos teve uma grande e merecida repercussão, sendo elogiado por todos quantos o conhecem, não estando alheio a este apoio unanime o Professor Dr. João Marinho, ilustre catedrático de oto-rino-laringologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que, ao apresentar o mesmo livro assim se refere:

"Depois da descoberta do Dr. Monteiro reduz-se a hesitação á clareza de simples picada muscular de bismuto, por cumulo de comodidade, da primeira empola encontrada em mão."

Feito o historico sobre o evolver de suas pesquisas, o Professor Aristides Monteiro reúne no seu precioso livro uma farta documentação, a qual consta de numerosos casos clinicos, opiniões de eminentes colegas patrícios e estrangeiros e de elementos histo-patologicos que decidem de um modo irrefutável a capacidade e a eficacia do seu metodo.

Ilustram o livro numerosas estampas que representam preparações histologicas de amigdalas tratadas pelo seu processo, e que constituem elementos decisivos no julgamento da sua grande descoberta.

Quem conhece os trabalhos científicos daquele jovem mestre e agora lê o seu admirável livro, terá que encher-se de orgulho e de otimismo pela medicina brasileira. O seu nome é citado nos círculos científicos estrangeiros com grande admiração e respeito, e o seu metodo aplicado em todas as clínicas especializadas como uma grandiosa obra de terapêutica, amplamente confirmada e consolidada pelos sucessos obtidos em todo o mundo.

Ao Professor Dr. Aristides Monteiro a classe medica deve uma enorme contribuição, fruto do seu brilhante talento e da sua inegualável abnegação; e o Brasil pôde orgulhar-se em levar para além das suas fronteiras o nome de um dos seus filhos mais ilustres.

E. Paglioli.

,,Immunol"

Toxico geral — Anti-toxico
Reparador

INJECÇÃO INDOLOR

Formula e preparação do Pharmaceutico
Francisco Giffoni

(Cinumato de benzyla, cholesterina,
gnaicol, camphora).

Indicações:

Fraqueza organica geral
Afeccões 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, alcoolismo, morphinomania, cocaínomania).

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

Crianças, metade das doses acima, de cada vez.

Preferido pelo Prof. Austregesilo, eminente cathedratico de Clínica Neurologica 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
Pharmaceutico Francisco Giffoni

INJECÇÃO INDOLOR — ASEPTICA

Formula:

Chlorhydrato de cholina..... 0,02
Soluто 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 incompatible com qualquer outra medicação. Antes, é um auxiliar proporcionando ao organismo a resistência vital de que elle carece para alcançar a cura. Pode ser usado por tempo indefinido, sem o menor receio de efeitos secundarios.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Physiocalcio

THERAPEUTICA COLINO-CALCICA

Soluto — Injectavel — Indolor

Tratamento de restauração e defesa
Tonico — Antitoxic — Recalcificante

Formula e preparação do
Pharm. Francisco Giffoni

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

INDICAÇÕES:

Todos os casos de Descalcificação, Osteomalacia, Fracturas ossas, Periodos de Lactação e Gestação, Hemophylia, Dermatoses, Lymphatismo, Rachitismo, Escrophulose, Fraqueza geral, Afeccões broncho-pulmonares, Baciloses, 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



GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza orgânica, sobretudo quando houver retenção chloreada
Uma injeção diária ou em dias alternados

SÓRIO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA
Laboratorio
Gross
Rio de Janeiro



Productos do Laboratorio de Biología Clinica, Ltda.

Medicados pela Ilustre classe medica

- Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin — Tonico de extracto de frutas e vegetais.
- Insulina — Diabetes.
- Synergon A. B. C. — Blenorragia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigestivo — Perturbações digestivas.
- Séro Lipotonico (Mef) — Tonico do sistema nervoso. Ambos os sexos.
- Séro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do sistema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina — Dysmenorrhea (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituitaria — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina — Tuberulose (ampolas).
- Cholepatina — Affecções do fígado e vias biliares.
- Gl. Thyroide — Insuficiencia thyroïdiana.
- Cholelactina — Desordens intestinais.
- Encephalina — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
- Polyendocrinico — insuficiencias das glândulas associadas.
- Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
- Pancreas — Insuficiencia pancreatico. Diabetes.
- Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
- Suprarenal — Insuficiencia da gl. suprarenal.
- Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
- Extracto hepatico — Insuficiencia hepatica.
- Lipocarbisan (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen — Impaludismo.
- Panlaxil — Prisão de ventre.
- Biotoxil — Opoterapia associada nos estados toxi-infeciosos.
- Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opoterapico digestivo glycerinado.
- Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites específicas — lymphatismo e obesidade.
- Thyroluteína — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
- Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Cascinato de calcio e feulgentos.
- Alimentação infantil além dos seis meses. No decurso de gravidez e da amamentação. Ação alimentar. Fixação do cálculo.
- Vitamina — Injetável. Extractos concentrados de vitaminas. A vitamínosas, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico — Injetável. Opoterapia hepática. Indicado nas affecções hepáticas, da vesícula biliar, dyscrasias hemorrágicas etc.
- Biocalcio — Opo calcio-nucleino-phosphate (granulado). Descalcificação e desmineralização de certas toxo-infecções, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções ósseas.
- Toformil — Iodeto de urotropina benzodídeo. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxo-infecções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno — Anti-anêmico intenso e completo; Ferro — Cobre — Poliopoterapia.

Direcção científica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) - Dr. Helion Póvoa (Assistente)

Depositos em São Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosário, 609

Instituto de Radiologia Clínica

Porto Alegre

Rua Senador Florencio, 21 - Edifício Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Diretor - Dr. Pedro Maciel

Radiodiagnóstico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o
Café 35
do
famoso
Café Nacional



Tipografia Gundlach

Germano Gundlach & Cia.

Confecciona-se com brevidade
impressos para comércio
e indústria

Porto Alegre
Rua Voluntários da Pátria n. 51

Telefones: 4900, 4234





BIBLIOTECA DE ESTUDOS CLÍNICOS

(Experiencia — Cultura — Estetica)

Direção do Prof. Dr. NEVES — Manta

1.ª Serie: EXPERIENCIA

- | | |
|---|---------|
| 1. Henrique Roxo — PSICANALISE e outros estudos | 12\$000 |
| 2. A. Austregesilo — NEUROSES SEXUAES, compreensão
e terapeutica | 10\$000 |
| 3. Cunha Lopes — ESQUIZOFRENIA, psiquiatria clínica .. | 15\$000 |
| 4. Belando Monteiro — ESTERILIDADE FEMININA | 12\$000 |
| Abdon Lins — MICROBIOLOGIA CLÍNICA (a sair) | |
| Abrem Fialho e Abrem Fialho Filho — OCULISTICA CLI-
NICA (a sair) | |
| A. Austregesilo — ANALISE MENTAL e suas aplicações
terapeuticas (a sair) | |
| Raul Pitanga Santos — PROCTOLOGIA CLÍNICA (a
sair) | |
| Abdon Lins — BACTERIOLOGIA, parte geral (a sair) | |
| Abdon Lins — BACTERIOLOGIA, parte especial (a sair) | |
| Ulysses de Nonohay — SIFILOGRAFIA CLÍNICA (a sair) | |
| Paulo Seabra — INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA CO-
LOIDOTERAPIA (a sair) | |
| Luis Lamego — MICROSCOPIA CLÍNICA (a sair) | |
| Estelita Lins — PROPEDEUTICA UROLOGICA (a sair) | |
| Neves-Manta — INTRODUÇÃO A' PATOLOGIA DO
ESPIRITO (a sair) | |

2.ª Serie: CULTURA

- | | |
|--|---------|
| 1. A. Austregesilo — VIAGEM INTERIOR | 10\$000 |
| 2. Santos Neto — PSICOLOGIA CRIMINAL E JUSTIÇA | 10\$000 |
| 3. Almachio Dinh — SOCIOLOGIA SOVIETICA | 12\$000 |
| Adauto Botelho — VENENOS QUE SEDUZEM (a sair) | |
| A. Austregesilo — ESTATUAS HARMONICAS (a sair) | |
| Honorio Delgado — A VIDA E A OBRA DE FREUD (a
sair) | |

3.ª Serie: ESTETICA

- | | |
|--|--|
| A. Austregesilo — ALMAS DESGRAÇADAS (romance,
a sair) | |
| Gastão Pereira da Silva — SANGUE (novela psicanaliti-
ca, a sair) | |
| Carlos D. Fernandes — A RENEGADA (romance, a sair) | |
| Neves-Manta — BORBA SANGUE (novela, a sair) | |

Façam pedidos à LIVRARIA FRANCISCO ALVES

acham-se os livros de

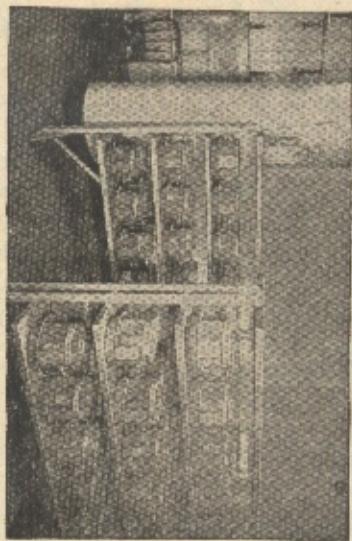


em todas as livrarias

AS ESTATÍSTICAS ainda demonstram ser excessivamente grande a proporção de crianças que morrem com menos de dois annos de idade.

Hoje em dia, é cada vez maior o numero de autoridades medicas que concordam em que o oleo de fígado de bacalhau constitue uma valiosa ajuda para robustecer as crianças fracas e estimular o seu desenvolvimento.

Cuidadosas experiencias medicas têm demonstrado tambem que, administrando-o em forma de emulsão, se obtém do oleo de fígado de bacalhau um beneficio maximo com um esforço digestivo minimo.



QUARTO "D"

Nos laboratorios da Emulsão de Scott, onde se determina a potencia das vitaminas D, são necessarias poucas e tratamento é muito simples, demarcado, etc.

EMULSÃO DE SCOTT



Tratamento da Sifilis em qualquer periodo, em adultos e crianças.

Natrol

(Tartaro-bismutato de sódio)

Espirilicida energico, hidro-soluvel, atoxico, indolor á injeção.

Magnificos resultados nas anginas agudas não específicas, conforme observação do autor do processo, Dr. Aristides Monteiro. ("O Hospital", Outubro 1934).

3 c. c. = 0,038 Bi

NATROL (pomada) — Cicatrizante, espirilicida de ação local.

Na

INERCIA UTERINA

Quer no periodo de expulsão, quer no de livramento

RETROPHYSINA

(Extrato de lóbulo posterior da hipófise),

tem cabal indicação

Hemorragias — Paralisia intestinal e vesical.

EMPÓLAS

Na

INFECÇÃO PUPERAL

Dois bons produtos L. C. S. A., que prestam aos Clínicos os melhores serviços:

UTEROCALDO — filtrado de culturas da flora genital feminina.

Vacinação local

Empólas de 5, 10 e 30 c. c.

VACINA PUPERAL — L. C. S. A.
(Coli-estafilo-estreptococica)

Imunização geral.

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

Erico Verissimo

A VIDA DE JOANA D'ARC

Edição da Liv. do Globo — P. Alegre

Sai fora dos moldes communs e inaugura uma maneira nova dentro da biographia romanceada, este livro de Erico Verissimo em que se narra com uma simplicidade alarmante e com uma realidade que surprehende a Vida da Donzella de Orleans.

O auctor podia apresenta-la assim: "Aqui está o romance de Joana d'Arc. E' a história simples duma menina simples. Conta-la de maneira complicada e conspicua seria traír a heroina e o thema."

Vemos desenrolar-se a maravilhosa vida de Joana desde Domremy, dos sete annos, quando a camponesinha dansava e cantava com os seus amigos em torno da Árvore das Fadas. Encontramos a heroina num dia de sol, á garupa dum burrinho peludo, em viagem para Sermalze, onde mora o tio Henrique, cura daquella aldeia. Aprendemos a historia de Merlin, o Encantador, de Melusina, de S. Catharina, de S. Margarida e de S. Remigio. Acompanhamos a Donzella em todos os seus passos. As primeiras vozes. A missão. A viagem a Vaucouleurs. O encontro com o Delfim em Chinon. A libertação de Orleans. Uma semana de victoria. O ataque a Paris. A prisão de Joana d'Arc. O julgamento. O martyrio.

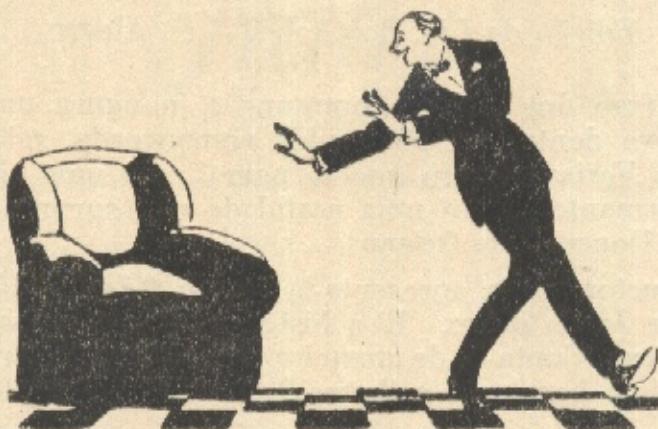
Tudo isto está narrado duma maneira viva, colorida e que se assemelha prodigiosamente da verdade. E' Joana d'Arc tratada como um ser humano — privilegiado, é verdade — mas ser humano.

Erico Verissimo fez um livro corajoso. Corajoso porque trata dum assumpto delicado e difícil com uma simplicidade que assombra.

Escripto para gente de todas as idades, A VIDA DE JOANA D'ARC não escapará á comprehensão dos pequenos.

O volume, no seu aspecto material, é muito bonito e traz expressiva capa em cores de Nelson Boeira Faedrich.

No temo el ASTHMA



A smalicida

Dr. S. Pagés Maruny.

Injecção indolor de grande efficacia na ASTHMA BRONCHICA.

Solução estavel dos hormonios das glandulas SUPRARÉNAES e da HIPOFISE, correspondendo a 0,5 gr., de cada orgão por cc.

Por não conter drogas nem alcaloide algum, é completamente inoffensivo.

Fabricante: Laboratorio Químico Biológico
BARCELONA (Espanha)

REPRESENTANTES GERAES:

ALBANO VOLKMER & Cia.
Caixa Postal 652 — PORTO ALEGRE

Literatura e amostras a disposição dos Snrs. Médicos.

Especialidades Pharmaceuticas de Francisco Giffoni**„Immunol”**

Toxico geral — Anti-toxico
Reparador

INJECÇÃO INDOLOR

Formula e preparação do Pharmaceutico
Francisco Giffoni

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

Indicações:

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

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Simuval

Precioso Neuro-sedativo

Simulo, bromo, valeriana estabilizada)

Indicações:

Hysteria, Neurastenia, Nervosismo, Delirio, Irritabilidade, Convulsões, Palpitacões, Epilepsia, Agitação mental, Excitações de origem toxica, alcoolismo, 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, eminente catedratico de Clinica Neurologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Physiocholina**TRATAMENTO
DE RESISTENCIA BIOLOGICA**

Tonico geral — Anti-toxico

Formula e preparação do
Pharmaceutico Francisco Giffoni

INJECÇÃO 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 incompatible 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 risco de effeitos secundarios.

Nas bôas Pharmacias e Drogarias

Physiocalcio**THERAPEUTICA COLINO-CALCICA**

Soluto — Injectavel — Indolor

Tratamento de restauração e defesa
Tonico — Antitoxic — 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 Descalcificação, Osteomalacia, Fracturas osseas, Periodos de Lactação e Gestação, Hemophylia, Dermatoses, Lymphatismo, Rachitismo, Escrophulose, Fraqueza geral, Affecções broncho-pulmonares, Baciloses, 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

Laboratorio Waldemar Castro

Fundado em 1928

ANDRADAS, 1428 (ao lado da Livraria do Globo)

A
N
A
L
Y
S
E
S
M
E
D
I
C
A
S



A
U
T
O
G
E
N
A
S
V
A
C
I
N
A
S

Direção técnica :

Dr. J. Maya Faillace — Dr. Carlos M. Carrion



AOS SNRS. MEDICOS MEMBROS DO
SINDICATO MEDICO DO RIO GRANDE DO SUL

De acordo com a licença concedida pelo
Exmo. Snr. Major Prefeito Municipal. — po-
dem os Snrs. Medicos adquirir gazolina, nas
condições da concessão feita ao Sindicato, na

**GARAGE DA SANTA CASA DE
MISERICORDIA**

Aberto dia e noite

Fone 4685