Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV | DEZEMBRO DE 1936 | N. 12

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE
MARIO TOTTA
Cat. de Cl. Obstetrica

VICE-PRESIDENTE
FLORENCIO YGARTUA
Doc. de Cl. Pediatrica

SECRETARIO GERAL
JOÃO L. DE AZEVEDO
Diretor da Enf. Octavio de Souza

1.º SECRETARIO
HELMUTH WEINMANN
Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO
LUIZ S. BARATA
Doc. de Cl. Urologica

TESOURREIRO
CORADINO L. DUARTE
Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO
E. J. KANAN
Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

IVO CORRÊA MEYER
Cat. de Cl. Oftalmologica

THOMAZ MARIANTE
Cat. de Cl. Medica

J. MAYA FAILLACE
Doc. e Chefe do Lab. de Higiene

SECRETARIO DA REDAÇÃO
ADAYR FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLÔRES
ANNES DIAS
R. DI PRIMIO
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
H. WALLAU
AMERICO VALERIO
ALVARO FERREIRA
MARTIN GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
WALDEMAR JOB
JACY MONTEIRO
FLÔRES SOARES
HUGO RIBEIRO

Assinaturas:

Ano: 25$000 — 2 anos: 40$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

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

Homenagem ao Prof. Mario Totta ..... Pag. 585

Trabalhos originais

SAINT-PASTOUS — Conceito neuro-endocrinologico da Medicina Contemporanea ..... „ 591

CORRÊA MEYER—Estudo angioscopico retiniano das hipertensões gerais „ 607

BASIL SEFTON — Notas sobre um caso de febre tifoide tratado pelo sôro „ 629

DECIO SOARES DE SOUZA — Os fundamentos da ciencia medica e imagem nova do homem ..... „ 635

JACY CARNEIRO MONTEIRO — A cirurgia na tuberculose pulmonar ... „ 647

MARIO DE ASSIS BRASIL — Formas clinicas de avitaminoses frustas no latente ..... „ 665

E. J. KANAN — Dismorfóse Congenita Bilateral do Punha ..... „ 675

CARLOS M. CARRION—A reacção de Weltmann no tuberculose pulmonar „ 691

Revista das Revistas

Revista das Revistas ..... „ 697

Sociedade de Medicina

Atas ..... „ 700

Biblioteca Thomaz Mariante

Bibliotéca Thomaz Mariante ..... „ 708

Noticiario

Noticiario ..... „ 711

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTIDIOS ABIURÉTICOS
ampa. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo
Via intramuscular ou endovenosa

Homenagem ao Prof. Mario Totta (*)

O discurso do Prof. Aurelio de Lima Py

"Mario. Quizeram os nossos colegas promotores desta homenagem de estima e carinho que ora te tributamos, que fossemos nós o interprete do pensamento e sentimento que constituem o élo indissoluvel de uma amizade que tem desafiado as ondulações do tempo e das situações sociais. Aceitando o convite como uma ordem de comando, aqui nos tens para falar-te a voz do coração irradiando uma autentica amizade cimentada num convivio de serenidade, de cordialidade dentro dos postulados dos nossos deveres sociais, profissionais e educacionais.

Prudhone, o grande pensador, disse um dia: "o homem só deixa sua tranquilidade impelido pela necessidade" e a que acrescentamos, ou sob o imperativo da amizade, justificando a nossa função de portavóz dos sentimentos de todos os presentes que são os teus melhores amigos.

Médico que és, um dos grandes artífices da nossa Medicina Rio Grandense, póde se dizer que a tua vida de profissional probo, digno e humanitario dá margem á escritura de um livro. Não quero, porém, que os manifestantes presentes passem um mau bocado, crendo que vou historiar-te desde a infancia. Basta que olhemos para Mario quando em 1904 colou o grau de doutor em Medicina. Daí para cá, muito ha o que aprender em ti, sob o ponto de vista ético profissional, porque tens sabido ser profissionalmente um livro radiante de ensinamentos e de exemplos de dedicação, competencia, carinho, altruismo e humanitarismo.

Já Sucruta dizia: "que o médico devia ser de bôa familia, belo, forte, discreto, amavel, serio, sem pretensão, alegre em certas ocasiões, reservado, carinhoso, paciente, devendo falar suavemente ao doente, sem exagero de gestos e familiarizado com as coisas sagradas".

A fórmula de Sucruta, caraterizando o médico sob o ponto de vista físico e moral, podemos substituir por outra de maior extensão e significação e que condensaremos nas seguintes expressões: Fazer-se amigo de seus doentes, conservar a dignidade de linguagem, reagir contra as fadigas, distribuir o seu horario de conformidade com as exigencias profissionais e sociais, ser carinhoso, paciente, bondoso, caridoso, humilde e sincero; ter coragem profissional conciente, firmeza, reflexão, raciocínio e decisão. Não falar de si, ser simples na linguagem, nas maneiras, nos habitos e nas ações. Eis aí um rosario de qualidades morais que emolduram evidentemente e psicologicamente a figura apostolar do nosso homenageado.

(*) Prestada por motivo de sua reeleição á Presidencia da Soc. Med. P. A.

Podiamos, tratando-se de uma saudação ao nosso sempre querido Mario Totta, ficar nesta meia duzia de frases desalinhadas, mas sinceras e dar por terminada nossa tarefa. Mas, o motivo que nos congrega hoje em torno da personalidade brilhante do homenageado justifica, embora receiando cançar a bondosa tolerancia dos presentes, mais alguns conceitos de ordem profissional, social e psicologica, para bem evidenciar que o nosso Mario não se póde enquadrar na vulgaridade dos mediocres, pois a sua projeção vive bem alto no espirito e no coração de todos nós.

Para exercer a Medicina não basta que tenhamos um diploma e bôa vontade: é preciso que cada um aprimore os dotes de espirito, de coração, de dedicação aos males do proximo, de tolerancia, de bondade, para que consigamos atingir a verdadeira finalidade da Medicina que é a pratica do bem e da caridade. Mario Totta como médico é um verdadeiro simbolo emoldurado pela sua brilhante inteligencia, seu fino espirito e aprimorada educação profissional.

Na vida clínica de Mario Totta se encontram esmaltados os fundamentos do dever médico.

A lei natural, perante Deus, fixa os deveres do médico entre eles mesmos e com os nossos semelhantes.

Generalizando, não se deve prejudicar ninguem, atendendo a todos, sem distinção de especie alguma, e assim, deste preceito geral, resulta para o médico uma série de obrigações especiais de ciência, de prudencia, de discreção, etc., que do nosso homenageado se irradiam sob sua palavra facil, fluente, cativante e ilustrada, em harmonia empolgante de suas atitudes e ações.

Mario Totta para aqueles que o acompanham na nobre peregrinação do exercicio da Medicina já se habituaram como ele a traduzir "no sorriso uma alegria, nas lagrimas uma desventura ou o sofrimento e a dôr olhar carinhoso o sentimento afetivo, no ranger de dentes a colera e a olhar carinhoso o sentimento afectivo, no ranger de dentes a colera e a impulsividade, no gesto de um punho cerrado uma ameaça". E' a observação psicologica de todos os dias a que a palavra magica de Mario Totta empresta todas as cambiantes dos estados d'alma condicionados ás atitudes observadas.

E', emfim, Mario Totta, como médico, no exercicio profissional paradigma de virtudes sob a análise fria e dissecante da critica, tornando-se a exemplificação viva da dignidade profissional.

Professor, Mario se fez a golpes de talento em concurso impecavel, dignificando-se nele e honrando a nossa querida Faculdade de Medicina que o acolheu aplaudida e carinhosamente certa de que aquele filho autentico de seu ensino honra-la-ia atravez do tempo.

Efetivamente, o prognostico tornou-se uma brilhante verdade, pois teve no novo professor, aureolado pelas fulgurações de sua inteligencia de escól, uma das mais eloquentes confirmações praticas.

Ensinando no leito da dôr e nas predicações do anfiteatro, Mario Totta, conquistou entre seus contemporaneos um lugar de grande destaque, tal o brilho, a clareza, a precisão e justeza dos conceitos e ensinamentos de suas bem ditas e aprimoradas preleções. Doutrinando em ca-

PROFESSOR MARIO TOTTA

Presidente reeleito da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, no periodo social de 1936-37.

tedra de função precipuamente pratica, Mario Totta sempre soube crear um ambiente propicio e atraente ao estudioso pelo brilho do colorido de sua magica oratoria. Peregrinou por outras cadeiras de ensino com a mesma irradiação de seu espirito radioso, porém, sempre preferiu a disciplina que desde o primeiro dia lecionou na Faculdade.

Mario Totta é dos professores já encanecidos no ensinamento que nem sempre é caminho de rosas, pois as urzes e espinhos são encontrados a cada passo, abrandadas, embora, pela alegria da gratidão do aluno que hoje já não constitue uma floração exotica e cremos bem, confiantes na bondade divina, que ele irá, para maior grandeza do ensino apezar de contar tempo de aposentadoria, ensinando a Medicina. Jámais acreditamos que a Faculdade concederá sua aposentadoria, senão forçada, um dia, pela idade consignada em lei.

Mario Totta é dos professores que dignificando-se, honram o Instituto que tem a fortuna de te-lo como mestre.

Srs. E' o que entendemos dizer sobre Mario Totta, prototipo de lealdade profissional e cientifica, fonte de irradiação cultural, paradigma de virtudes civicas e privadas, homem digno, profissional excelso, professor respeitado, amigo afetivo e dedicado, e sentimo-nos feliz em te saudar, Mario, porque a felicidade é o devotamento a um sonho, ou o cumprimento exato de acariciado dever.

O agradecimento do homenageado

"Honra, e grande, ainda hontem me concedestes reconduzindo-me á cadeira de presidente da Sociedade de Medicina e já, poucas horas transcorridas, redobrais a gentileza e a benevolencia na pompa desta homenagem cuja nobreza tão bem assenta na elegancia e na gracilidade do vosso espirito.

Celebração que ainda mais exaltastes incumbindo da dignificadora mensagem o espirito preclaro de Aurelio Py, um dos mais eruditos cultores da ciencia.

A imponencia da assembléa, jámais entre nós igualada em manifestações de classe, me deixaria aturdido no construir a frase do agradecimento, si eu de logo não vislumbrasse na beleza tocante do gesto o cristalino intuito que o moveu.

Mas de sobejo me entendeis para saberdes á farta que não me iludo com a significação da oferenda regia: si houve virtude que os ceus em boa soma me concederam e que eu durante a vida tenho cultuado com devoção foi a de bem me conhecer. E por saber quanto valho, nunca de mim tivestes, falada ou escrita, cochichada ou altisonante, palavra que pudesse, de longe siquer, lembrar fumos de vangloria.

Na confraria onde luzis, com garbo e autoridade, em letras ou provas médicas, em passos firmes ou remigios soberbos, eu me considerei sempre o irmão menor. Irmão que ingressado na Ordem porfiou por aprender e esmerou-se por servir, quanto lhe deu o rude engenho, as regras da doutrina, e que onde não poude acrescer de novos quinhões o

patrimonio cultural da Companhia, nem encher de frutos as mãos inabeis no plantio, ajudou alegremente a arrotear a terra, para que os mais destros semeassem, colhessem e distribuissem a seára florescente e opima.

E não deixei de ser jámais, á frente das hostes vitoriosas, o cantor pregoeiro, o arauto anunciador dos vossos feitos. Ahi, sim, de seguida me encontrastes, eterno rhapsoda, consciente do seu logar e contente do seu oficio, a contar com ufania os primores da vossa arte.

Deste feitio com que sempre me vistes e desta intenção que de continuo em mim lobrigastes, nasceu a iniciativa da reverencia tão magnificentemente prestada á bondade ingenita, serviçal e humilde.

Mas bem andastes no modo de assinalar, numa solidariedade comovedora, o testemunho de benevolencia ao velho companheiro encanecido na lide; bem andastes congregando em derredor desta mesa os participantes do mesmo credo, para que assim ainda mais irmãos possamos todos estar a sós conosco, o ouvido cerrado, ao tumulto e ao vozerio lá de fóra, e a palavra desatada num coloquio de pura cordialidade.

Porque nunca com maior imperio se mostrou a necessidade de congraçar a classe e de po-la, a pé firme, na sua luminosa rota de devotamento e de idealismo, como nesta hora lancinante em que, acossado e tranzido, o rebanho humano desatina e tresmalha, á rajada do temporal de inquietação e de desespero que varre o mundo.

Nem vem a pêlo, tantas vezes batida, expôr ao vosso espirito claro, toda a calamitosa extensão desse mare-motu em que sossobra aos nossos olhos espavoridos um patrimonio milenar, que foi até hontem, para gaudio da humanidade, o tesouro de cultura, a beleza moral e a graça do Universo.

Ninguem mais do que nós os médicos, atentos em vigilia constante á eclosão e á evolução de todos os fenomenos sociais, ninguem mais do que nós observa, acompanha e sente a tremenda convulsão em que atualmente se contorcem os povos, na mais dura das provações. E diante da calamidade nesta época em que de todos os quadrantes soa ululante o brado de misericordia e de socorro, é justamente ao médico, de ouvido sempre alerta aos clamores da aflição, que cabe o dever de acudir.

Quando se apaga a luz dos altares, quando se tapa a boca que reza, quando se garroteia o direito, quando se destroça a familia, quando se usurpa a propriedade, quando se achincalha a virtude, não será a letra morta dos textos, nem as pregações inanes, nem a hipocrisia e a insubsistencia das convenções, nem a alicantina das diplomacias, nem a ferocidade dos arsenais, nem as doutrinas que despontam como flores sem raíz que hão de implantar a paz e reconduzir ao redil o rebanho tresmalhado.

Como ao tempo de Jesus, em eras semelhantes ás que hoje conturbam e devastam a terra, a paz do mundo ha de brotar das fontes da piedade. E nenhuma fonte mais copiosa que o coração do médico, cofre de todas as lamentações e manancial de todos os balsamos; coração que se aprimorou na virtude da desambição e alcandorou-se no estoicismo do sacrificio voluntario. Só a agua lustral da piedade poderá dessedentar os sequiosos de uma alvorada incruenta e limpida; só ela terá a magia de apagar as labaredas vandalicas da destruição; só ela possuirá o condão

de regar, entre escombros, uma nova terra de onde resurgirá para o beijo do sol, maravilhosa e bela, uma nova floração reçumante de seiva nutriz, creadora e fecunda!

Tenhamos a certeza dessa verdade e encetemos pelas estradas asperas a caminhada do nosso verdadeiro destino, desse destino que nos poz, como cruz de misericordia, á beira de todos os sofrimentos. Congreguemo-nos aqui e por toda a parte e iniciemos, forrados de humanidade, a cruzada dessa renascença que é hoje o ceu que a terra mais aspira.

E si em qualquer recanto do mundo o apostolado pode dar, com destemor, o seu primeiro passo, mais que de outro ponto, a missão deve irradiar da alma brasileira, impar entre todas no floral da bondade.

Alteie-se daqui, celere e confiante, o brado redentor que ha de bater, por vales e montanhas, em todas as moradas onde pulse um coração de médico. Despertemos a conciencia universal e concitemos os espiritos ungidos de clemencia a colaborarem conosco na obra da renovação.

E então, como nunca, teremos sido fieis ás regras do sacerdocio. Como nunca, teremos tornado mais vivo o clarão da lampada sagrada que a esmeralda nos confiou para iluminar e nortear os destinos humanos.

Mas agora vejo que alto subiu a ousadia do catecumeno no arrojo de predicar entre os principes da igreja! E' que me aturdiu o encantamento inebriante do conclave.

Dentro de algumas horas, a mão sorrateira do tempo rasgará do calendario a ultima folha deste ano que morre.

De imediato, na renovação incessante, que é a beleza da vida, o novo ano despontará, entre alviçaras, embalado ainda no berço pelo coro das preces, pelo cantico das esperanças, pelo hino dos votos, no anseio de uma felicidade que é sempre tão fugidia como o tempo.

Deixai que eu antecipe o meu voto de vos vêr sempre assim como hoje: grandes e vitoriosos e, sobretudo, bons.

E que Deus tambem me conceda no crepusculo que me vai sumindo os passos, que a minha noite ainda tarde a cair, para que eu possa, na graça e na bemdição da vossa companhia, continuar a ser, consciente do meu logar e contente do meu oficio, o cantor pregoeiro dos vossos feitos imarcesciveis."

Falou o Dr. Osoaldo Souto

O Dr. Oswaldo Souto usou da palavra, dirigindo ao homenageado uma saudação, em caracter pessoal e rica em manifestações de simpatia e amizade, cujo termino foi coberto por aplausos da assistencia.

Entero-Vioformio „Ciba"

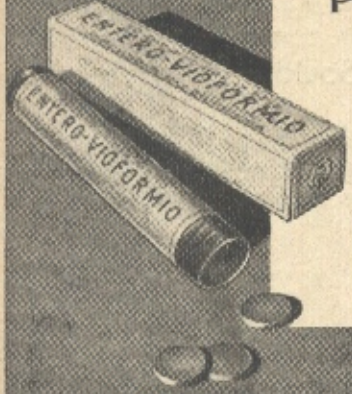
Iodo-chloro-oxychinoleina

Chimiotherapia efficaz
de todas as affecções intestinaes infecciosas e parasitarias

Toxicidade reduzidissima para o organismo

Tratamento especifico da
Dysenteria amebiana
e suas sequelas

Prophylactico Curativo



PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.

Rio de Janeiro
Caixa postal 3437

São Paulo
Caixa postal 3678

Conceito neuro-endocrinologico da Medicina Contemporanea

pelo

Prof. Saint Pastous

Catedratico de Clinica Medica na Faculdade de Porto Alegre

Os últimos decenios do século XX consignam notável movimento de renovação e de surpreendentes realizações nos domínios da ciência médica.

Opera-se em nossos dias ampla revisão nos conceitos fundamentais da patologia humana, derrocando-se preconceitos e dogmas, refundindo-se princípios de doutrina e imprimindo-se novas orientações ao estudo e ao ensino da Medicina.

Marañon, prefaciando a edição espanhola dos "Problemas de Metabolismo", declara "que se deve a Thannhauser esfôrço inestimável em apresentar unidos, ao interêsse médico, os conhecimentos clínicos e os relativos á química biológica no vasto sector da Metabologia. Realmente, antes dêle, o avanço na patologia do metabolismo se havia realizado, paralelamente, mas em separado, por grupos isolados de bioquímicos e de clínicos. A obra do grande patólogo, gloria quiçá a mais pura da Medicina alemã contemporânea, se nos apresenta, sob um ângulo da mesma miragem, como fecundíssima inclusão das duas ordens de conhecimentos. A atitude de Thannhauser, que capitancia já uma solida escola — firme testemunho de sua eficácia, afirma uma tendência á especialização muito precoce do ensino médico atual. Porque a preparação bioquímica necessária ao estudo, á investigação e á prática do ramo metabólico da Medicina exige um espaço nos estudos acadêmicos e uma localização nas atividades médicas dos primeiros anos da carreira profissional, que se não póde conquistar a não ser em detrimento de outros estudos, até agora considerados como básicos.

Minha opinião é decididamente favorável ao critério da conjugação da clinica e da bioquímica, pois não se trata de uma especialização de sentido restritivo nem pejorativo, mas, ao contrário, que descobre novos territórios da nossa ciência á visão geral do internista.

Por certo, que se ha de sacrificar com isso a posse de outros conhecimentos, até agora tidos como fundamentais.

Entretanto, prossegue o sábio pensador ibérico, nos programas atuais do ensino da Medicina, fatalmente inspirados em tradição multisecular, ha muito onde podar impunemente com o fim de abrir espaço á profunda preparação bioquímica que estão a reclamar as novas orientações da ciência médica."

Analizando as tendências atuais da Medicina para o conceito elec-

trônico da matéria e da vida, Nicolas Capizzano afirma que "A Ciência Médica sofreu a metamorfose que lhe impuzeram os descobrimentos da química, da física e das matemáticas; a Medicina se modifica á medida que evoluciona o conceito da matéria. O século XX viu morrer a teoria atômica: os físicos contemporâneos concebem a matéria como um conjunto electrônico ou como uma manifestação da energia radiante.

Não podendo escapar ao influxo dessas idéias, a Medicina deste século tem que ser essencialmente diversa da que temos praticado até hoje. Já não satisfaz a explicação dos processos vitais e patológicos como alterações anatômicas ou químicas. A moderna mentalidade científica exige uma interpretação electrônica e energética dos processos biológicos. Para seguir a Medicina contemporânea de acôrdo com as novas idéias da física é necessário que cada médico adquira uma bagagem de conhecimentos que as Escolas Médicas ainda não puzeram em circulação.

O organismo humano é um microcosmo dentro do cosmo universal; o equilíbrio de fôrças e de ação entre ambos dá a saúde; sua instabilidade, a doença, e o seu rompimento definitivo e integral é a morte."

Apresentando ao mundo científico o "Tratado de Climatologia biológica e médica" de Piéry, D'Arsonval proclama a sua razão de insurgimento contra os compartimentos estanques que as especializações "á outrance" pretenderam manter entre físicos e biologistas, sob o falacioso pretexto de que as fôrças físico-químicas nada têm de comum com as fôrças que regem a matéria viva. Discipulo de Claude Bernard, tenho sempre sustentado que essas forças são da mesma natureza e que só o modis faciendi de sua atuação diferencia a física biológica da física geral."

Considerando a clínica como a unidade histórica do progresso médico, Ceconi diz que o melhor meio de compreender a clínica em sua essência é o de considera-la em sua gênese histórica, em sua lógica evolução atravéz dos séculos.

Aquele que "vir crescer as cousas desde o seu princípio, as verá de modo mais perfeito", sentenciava Aristóteles.

Um rápido retrospecto da História da Medicina, com destaque apenas dos marcos dominantes da sua evolução, permite-nos verificar que atingimos hoje o período neuro-endocrinológico da Clínica médica, urgindo, portanto, que a orientação do sistema neuro-endocrino represente para nós o signo constelar que nos ha de conduzir á solução de transcendentes problemas de doutrina, de diagnóstico e de orientação terapêutica.

Emancipada da éra primitiva do empirismo e do fetichismo metafísico, a história da Medicina marca o seu advento científico com Hipócrates, cujos sábios conceitos, de genial intuição, têm resistido, muitos deles indefectíveis, ao poder iconoclástico e reformador do tempo milenar.

O dia em que a escola organicista procurou a definição de moléstia não mais no sintoma, mas em uma lesão, deixando entrevêr atraz do fenômeno clínico a alteração somática que lhe deu origem, a Medicina se libertou do empirismo, para penetrar no período anatômico, com a nova patologia celular de Virchow.

Widal, em memorável apologia do conceito fisiopatológico da moléstia, proclama que o erro do organicismo foi precisamente de pretender

erigir a Anatomia patológica em pedra angular da Medicina, perquirindo na intimidade da lesão celular as razões determinantes dos fenômenos mórbidos.

Do período anatomo-clínico a evolução se fez no sentido da fisiopatologia.

Na éra histopatológica de Virchow, a análise dos acontecimentos mórbidos estacava em face do critério restrito de unidade celular, enquanto que para Widal e sua Escola "a celula tem, como um organismo verdadeiro, funções de prodigiosa complexidade, que a fisiologia nos revela, mas que a histologia mais fina é incapaz de desvendar."

Antecedendo-se ao advento da Escola fisiopatológica de Widal, surge Pasteur, reinvidicando para sua epoca a descoberta do agente microbiano e o seu caracter de especificidade da etiopatogenia de numerosos estados patológicos.

A concepção pasteuriana de moléstia, com extraordinária projeção no campo da Medicina, não poderia deixar de sofrer, em razão de sua própria magnitude, as conseqüências de todo absolutismo científico.

Assim foi que, pela segunda metade do século passado, a obra grandiosa de Pasteur, empolgando as gerações coetaneas, pareceu, até certo ponto, soterrar na penumbra do esquecimento o dogmatismo vinte vezes secular da doutrina hipocrática.

Entretanto, já no ocaso do século XIX, e, mais acentuadamente, nos primórdios do vigente, uma reação se operou com entusiasmo e eficiência no sentido de um retorno ou, melhor, de um reingresso ao conceito constitucionalista de matéria mórbida.

Hipócrates, com a preciência do gênio, concebeu a moléstia como um conflito entre o meio humoral e os elementos cósmico-telúricos do ambiente exterior.

Thomas Sydenham, o iconoclasta da Medicina bretã, reafirmava, no século XVII, os conceitos hipocráticos e creava, no capítulo das moléstias agudas, a constituição epidêmica.

A Escola constitucionalista contemporânea, originada quasi simultaneamente na Italia, com De Giovani, na Alemanha com Benecke e na França com Sigaud, teve, sem dúvida, o mérito de um insurgimento salutar contra a tendência então predominante de especificidade microbiana na etiopatogenía de grande parte das doenças.

E a luz das modernas idéias de biotipologia clínica, a interpretação das doenças, e mesmo daquelas em que o factor responsável é um agente microbiano, se faz não mais sob um ponto de vista unilateral, mas em tôrno de um critério mais amplo, mais racional e mais científico, em que são computadas, como valores decisivos, todas as concausas de ordem constitucional, de origem extrinseca, cósmico-telúrica.

Como é fácil de depreender destas considerações, a Escola constitucionalista hodierna reintegrou na Medicina de nossos dias os princípios doutrinários professados por Hipócrates ha mais de 2.000 anos.

Êste primeiro quarto de século XX se tem caracterizado esssencialmente por uma atividade empolgante e fecunda no terreno da Endocrinologia, o que lhe mereceu de Lip-Schütz o cognome de epoca endocrinológica.

Esta orientação atual da Medicina para o conceito endocrino é uma marcha para novos destinos, com fundamento na fisiologia humana; é uma tendência para a concepção fisiopatológica da doença; é uma contestação formal ao critério "organicista", a êsse conceito errado, embora ainda dominante em muitos espíritos, de patologia de órgãos; é uma estrada larga e iluminada para o conceito de sistemas e constelações na interpretação clínica dos fenômenos patológicos; será ainda, quem sabe si para breve tempo, a transição entre o crepusculo da bioquímica e o próximo porvir da Medicina, em que ha de prevalecer o conceito electrolônico ou energético como princípio essencial da matéria e da vida, da saúde e da moléstia, e sob cuja concepção talvez a luz se faça sôbre as torturantes incógnitas do ultra-virus, dos hormônios, das vitaminas e dos princípios vitais ainda desconhecidos em sua substância.

A contribuição de Nicola Pende na formação da cultura médica coetanea é, realmente, de grande valía, pois a sua orientação se deve o conceito de unidade neuro-endocrina no estudo analítico da constituição mórbida.

A concepção neuro-endocrina da doença é o melhor e o mais seguro caminho para a emancipação de preconceitos dogmáticos que em parte ainda conturbam as idéias médicas do nosso tempo; por ela será fácil uma visão harmônica da personalidade mórbida, encarada e interpretada na interrelação de suas funções e na complexidade sinérgica de seus distúrbios como sísmicas comoções de sistemas gerais e não como alterações isoladas de órgãos ou aparelhos.

Atravessamos neste momento — declara Annes Dias — o período fisiológico da Medicina e uma coisa importa sobretudo, é a análise funcional do doente; essa verdade avulta nos domínios do metabolismo; novas perspectivas se descortinam, todos os dias, através das revelações surpreendentes da físico-química e da bioenergética, dando impressão de que a Medicina entrou numa fase altamente científica. E' mister que o capítulo da patologia metabólica se alce á altura dos progressos da bioquímica e da energética humanas e que tenham um fundamento humeral.

A era anátomo-clínica de Virchow, Bichat, Morgagni e Laennec imprimiu ao espírito médico uma percepção restricta da doença, procurando superpôr os sintomas clínicos ao substrato anatômico do órgão aparentemente doente.

A doutrina bacteriana de Pasteur concentrou toda a especulação diagnóstica em tôrno da capacidade de agressão mórbida dos germes microbianos, a cujas peculiaridades patogênicas se devia subordinar o destino da patologia, á revelia dos influxos promanados do humorismo constitucional e das fôrças bioenergéticas do ambiente universal.

A neuro-endocrinologia focaliza sempre visões panorâmicas de complexos constelares gerais, em cuja tela se concatenam, se superpõem e se integram funcionalmente órgãos diversos, com destacada interferência sôbre as atividades fisiológicas do organismo humano.

Ela nos conduz ao estudo e á interpretação clínica do metabolismo humoral, pondo-nos ao alcance dos olhos e do pensamento todo êsse delicado e maravilhoso laboratório fisiológico, em cujas retortas neuroglandulares se consumam os mistérios fisiológicos da vida vegetativa.

A pesquiza, a determinação ponderal, o cálculo dos índices correlatos de taxas catabólicas, as oscilações no balanço das curvas de assimilação e eliminação, os desequilíbrios quantitativos e qualitativos na secreção e elaboração de hormônios, de fermentos e de princípios vitais endógenos, a verificação de carência ou pauperismo de vitaminas exógenas, as degradações incompletas de escórias tóxicas, as distonias do sistema antagônico vago-simpático, os distúrbios de reflexos e circuitos de órgãos e aparelhos em relações de reciprocidade funcional, os desregramentos da euritmia sinergética dos sistemas pluri-glandulares, as perversões dos centros superiores diencefálicos, a subversão do equilíbrio das constantes fisiológicas, as tendências ás diáteses constitucionais e ás moléstias de nutrição, o desencadeamento cíclico das reações de caracter alérgico, as eclosões subitâneas de cataclismas de ordem anafilática, os fenômenos de imunidade, de alergia, de predisposição mórbida, os estados de bloqueio, de inibição ou de disfunção do sistema retículo-endotelial, as modificações e as peculiaridades do biotipo morfológico, as arritmias do temperamento dinâmico-humoral, o determinismo mórbido das tendências neuro-psíquicas do caracter, da afectividade, da inteligência, das inclinações para a normalidade ou para a criminologia, a contemplação das atividades da vida de reprodução e suas repercussões sôbre o destino dos instintos de hormo-sexualidade, a interdependência de princípios na vida do microcosmo atômico e nas leis da energia cósmica, condicionando a elas a função celular e a vida do organismo humano, eis em largos traços as perspectivas e ás possibilidades da nova ciência da Medicina moderna, que Annes Dias, bem inspirado, cognominou de Metabologia Clínica.

O conceito neuro-endocrinológico da Medicina abre caminho aos domínios sugestivos da fisiopatologia do sistema retículo-endotelial de Aschoff-Landau, mais corretamente cognominado por Siegmund de grande sistema mesenquimal ativo, graças á incorporação recente a êsse complexo celular de todo o grande aparelho conectivo, a que Kiyono propoz a designação de aparelho histiocitário de metabolismo.

Ora, o sistema retículo-endotelial ou sistema do metabolismo em sua mais ampla acepção, é, tambem, o nobre e importante sistema de defesa do organismo, onde se travam e se decidem diuturnas batalhas entre a célula que se defende e o agente morbígeno que agride.

Embora suceda, no dizer de Pitaluga, "em virtude de extranhos anacronismos históricos — que conturbam o mundo científico, político e moral — que a concepção teórica de uma patologia do sistema retículo-endotelial, com sua nosologia, adquira seu auge no momento mesmo em que periclita todo o edifício do sistema, quer sob o ponto de vista citológico como hematológico e histopatológico", não conseguirá, todavia, a crítica negativista destruir ou anular as concepções reformadoras que o conhecimento da fisiopatologia do sistema retículo-endotelial imprimiu á patologia e á clínica contemporâneas.

A êste propósito, oportuno se faz sentir as palavras de Merklen: "Tentar não reconhecer o interêsse do S. R. E. é esquecer que a fôrça de uma idéia se mede pelos comentários e pelos trabalhos que ela suge-

re. O S. R. E. tem empolgado os biologistas mais experientes: a partida é, pois, sugestiva."

Os capítulos mais transcendentes e obscuros da patologia humana, em que se descrevem as doenças da nutrição, os problemas de alergia e de imunidade, os princípios vitais de hematopoiese, o substrato orgânico ou funcional das síndromes hematológicas, os fenômenos subtilíssimos e por vezes inacessíveis dos intercâmbios anabólicos e catabólicos, de ordem bioquímica, electrolítica, físico-química ou simplesmente energética, os domínios dos imponderáveis hormoniais ou mitamínicos, têm experimentado sensíveis e profundas modificações de ordem doutrinária.

O conceito de retículo-endotelioses, que dia a dia mais se dilata e se impõe, tende, naturalmente, a crear nova mentalidade no estudo da ciência médica, substituindo as noções acanhadas e errôneas de patologia orgânica por concepções amplas e gerais de patologia de tecidos, de sistemas ou de relações de órgãos e de aparelhos.

A equiparação do tecido conjunctivo ou mesenquimal aos tecidos e células parenquimatosas, em suas finalidades fisiológicas como no determinismo patológico, não só enriqueceu grandemente os quadros da patologia, como sobremodo tem cooperado para a afirmação da unidade patogênica de moléstias ou síndromes mórbidas aparentemente diversas e autônomas.

Já conquistaram fóros de legítimas retículo-endotelioses, a síndrome de diabete sacarínico, as obesidades endógenas, as síndromes de caquexia, os estados mixedematosos, os reumatismos crônicos, as síndromes purpúricas, as leucoses crônicas e agudas, as linfogranulomatoses, as agranulocitoses, as eritro-leucemias e anemias eritroblásticas, as ictericias hemolíticas, as moléstias de Gaucher, de Niemann Pick, de Christian-Schüller, as histiocitomatoses lipoídicas, as leishmanioses, as tripanosomiases, a sífilis, a tuberculose, o paludismo, a endocardite lenta maligna, etc.

Em longa série de publicações, Pablo Barlaro aborda de modo exaustivo interessantes problemas de correlação do sistema neuro-endocrino e aparelho cárdio-vascular, com orientação sistematizada retículo-endotelial, em que estuda a síndrome clínica, radiológica e lectrocardiográfica do coração mixedematoso, do estado de anasarca mixedematosa, das neuroses vegetativas pseudo-hipertireoideias de Marañon, do coração irritável de soldado, das perturbações vasculares do hipertireoidismo, da hipertensão nos suprarelanomas, da hipertensão na menopausa, da hipertensão nos fibromas uterinos, da hipertensão na gravidez, da endocrino-neurose hipotensiva de Laignel-Lavastine, da síndrome venosa de Maurice Villaret e Saint Girons, das correlações do aparelho cárdio-vascular e hormônio cardíaco, da síndrome cárdio-vascular dos bócios simples, da neurose basedovoide de Novoa Santos, da síndrome cárdio-vascular de Basedow, etc.

Nem outro, em princípio, é o conceito da doutrina de Mendelson na patogenia da insuficiência cárdio-circulatória, exteriorizado nesses conceitos do célebre cardiopatologista: "O coração é um órgão secundário; o metabolismo e a circulação constituem uma unidade inseparavel. A causa primitiva motora dos líquidos do organismo deve ser procurada no

parenquima total do corpo, em todas as células dos tecidos, visto como seu protoplasma se acha em intercâmbio sempre mutável com os líquidos das imediações; é ao nível das glândulas onde se inicia o movimento, pois lá se processam em maior escala as trocas metabólicas."

A doutrina de Mendelson explicaria a origem e o mecanismo das alterações circulatórias de certos doentes endocrinopáticos (basedovianos, mixedematosos), dos renais, dos pletóricos e obesos; esclareceria talvez o mecanismo funcional da patologia dos órgãos de depósito (baço, fígado, pulmões, vasos esplanicos).

Em sua sugestiva teoria da insuficiência cárdio-circulatória, Eppinger avança que a insuficiência circulatória não deve constar como capítulo da patologia cardiáca, mas da patologia do intercâmbio. Para êste autor a causa primitiva da insuficiência circulatória deve ser procurada não no coração nem nos vasos, mas nos músculos, onde existe e se processa uma alteração no metabolismo dos hidrocarbonados, com produção de excessivas taxas de ácido lactico; essa hiperlacticidemia muscular seria o ponto de partida da insuficiência cárdio-circulatória.

Aliás, os estados primitivos de hipo e anoxemia, com alterações patológicas da tensão alveolar do CO^2 são hoje admitidos como a verdadeira fase inicial das síndromes de cianose dos cardíacos negros.

Revendo o problema da doutrina microbiana, Mariano Castex declara que abalada em seus alicerces dogmáticos, periclita a teoria da especificidade microbiana. A moderna bacteriologia assenta o fenômeno incontestavel da transmutação dos infinitamente pequenos. Nas moléstias infectuosas, o quadro morbido não é uma resultante exclusiva da virulência bacteriana, mas a conseqüência de um conflito entre fôrças de agressão e reações humorais de defesa.

Maurice Nicolle afirma que se deve considerar cada microbio como um verdadeiro mosaico de antigenos, sendo que a especificidade não pertence ao germe sinão a seus diferentes antigenos.

A noção de ultra-virus é, sem duvida, uma eloquente contestação ao conceito da materia mórbida e da epecificidade morfologica da bacteria, que se deve substituir pelo conceito de energia mórbida.

O preconceito de que distúrbio patológico implica invariavelmente na preexistência de uma lesão somática, é hoje uma grave heresia. A suposição de que as moléstias só podem promanar de causas exógenas não resiste á evidência de estados patológicos de natureza exclusivamente funcional e de ordem puramente endógena ou metabólica.

O período clínico das doenças, isto é, a fase da moléstia que se exteriorisa por sintomas e sinais aparentes já é um estadio demasiadamente tardio para o interêsse de investigação patogênica e diagnóstica; ha um momento na evolução da doença que tudo se passa silenciosamente e que antecede ao chamado período clínico. Em seu período inicial e latente, a maior parte das doenças são moléstias de tecidos ou de sistemas, passando a moléstias de órgãos no seu período clínico. Desse modo, inúmeras vezes, a lesão orgânica é secundária a um distúrbio funcional primitivo, e não o inverso como, em geral, se supõe.

Etienne Burnet, do Instituto Pasteur e relator oficial da Organização Sanitária da Liga das Nações, afirma que a fisiologia é a chave

para as "clínicas e especialmente para o diagnóstico rápido e para o tratamento, de tal modo que no ensino da Medicina o período pre-clínico é o período da fisiologia."

Encontramos no momentoso capítulo das Avitaminoses e disvitaminoses os mais eloqüentes argumentos demonstrativos da importância que assume na doutrina e na prática da Medicina contemporânea do conceito fisiológico da moléstia.

Em recentíssimo estudo do professor Giovanni Lorenzini sôbre "novos aspectos da clínica das deficiências vitamínicas", diz o egregio director da Universidade Real de Milão que as novas conquistas da clínica são o fruto da profunda evolução sofrida por todas as nossas concepções fisiológicas e patogênicas; descrevendo a diferenciação entre avitaminoses exógenas e disvitaminoses ou avitaminoses por carência de vitaminas endógenas, afirma que as disvitaminoses são devidas ùnicamente á incapacidade do organismo de utilizar as vitaminas introduzidas; é um fato experimental a esterilidade por carência vitamínica; a penúria de gorduras, vector natural da vitamina específica da reprodução, deu lugar ás chamadas amenorréias de guerra, nas nações da Europa central; nas escolas pediátricas italiana e francêsa ha a tendência de atribuir as principais síndromes da patologia do lactente a uma patogenia por carência. E' preponderante o papel das vitaminas na integridade anatômica e funcional do tracto digestivo: na avitaminose B ha graves lesões anatomo-patológicas do intestino e atrofia e necrobiose do parenquima hepático; a avitaminose C traz anorexia, diarréias, infiltração hemorrágica com ulcerações gástrica e intestinal.

As vitaminas intervêm fisiológica e patológicamente sôbre o tubo digestivo por intermedio do sistema neuro-endocrino-vegetativo. Mc Carrison com a avitaminose B experimental ocasiona a úlcera peptica.

As avitaminoses B acompanham-se em um primeiro período de hipotonia do simpático e hipertonia do vago, com hipertrofia do baço, do timo, da tireoide, atrofia das supra-renais, astenia, vômitos, diarréia; em um segundo período, produzem-se fenômenos antagônicos.

Nas avitaminoses C essas alterações patológicas obedecem a uma seriação inversa.

E' bem conhecida a ação da vitamina B no metabolismo glicidio, assim como seu efeito benéfico nas glicosurias diabéticas.

Arésu atribue a patogenia do artritismo a uma avitaminose C; com a vitamina C e ácido ascorbico êle tem obtido resultados interessantes em todas as manifestações do artritismo e nas síndromes de fragilidade capilar.

Os hormônios e as vitaminas são os principais "factores micro-ergicos que em estreita relação dominam a harmonia das funções orgânicas."

Thales Martins, em seu excelente livro sôbre "glândulas sexuais e hipófise anterior", assim se manifesta:

"Na natureza só existem organismos e não grupo de órgãos; isso vale de um modo geral, e maxime em se tratando de sistemas integrativos, como o nervoso e o endocrino; por isso, em patologia, a noção do órgão insuficiênte vai cedendo lugar ao das síndromes pluriglândulares."

O conceito de patologia de interrelações funcionais, quer no terreno neuro-endocrino, quer no departamento retículo-endotelial, dando em clínica as chamadas síndromes associadas, constitue sem dúvida uma das aquisições mais interessantes da medicina atual.

Estudando as relações hipófiso-endocrinas, Rivoire avança que as correlações hipófiso-pancreáticas constituem a parte mais complexa da endocrinologia.

Antes do conhecimento do papel das correlações hipófiso-tireo-pancreático-suprarreno-hepáticas na regulação do metabolismo glicídio, a solução do problema da patogenia do diabete sacarínico era de aparente simplicidade.

Pende, retomando e amplificando o conceito de moléstia dos tecidos sugerido por Naunyn e Bouchard, considera o diabete sacarínico como complexa distrofia de origem neuro-endocrino-vegetativa.

Graças aos trabalhos de Anselmino e Hoffmann, conhecem-se hoje os três hormônios hipofisários que comandam, com o pâncreas insular, a regulação do metabolismo glicídio, e que, em estados anormais da hipófise podem realizar legítimas síndromes diabéticas, mesmo em face de um pâncreas insular perfeito.

Deve-se á Escola argentina de Houssay o conhecimento do hormônio diabetogênico; o sábio fisiologista porteño tem realizado experimentalmente casos típicos de diabete sacarínico, injectando em animais extratos hipofisários. Houssay chegou mesmo á conclusão de que a hipófise tem papel superior ao da insulina na combustão dos glicides. O diabete dos acromegálicos é um exemplo de diabete hipofisário, por hipersecreção do hormônio diabetogênico da hipófise; será tambem um diabete insulino-resistente, visto que o desregramento metabólico dos hidrocarbonados não provem do pâncreas e sim da hipófise.

Sob o ponto de vista terapêutico, não é menos interessante o problema do diabete hipofisário; a Escola italiana tem obtido bons resultados com a Röntgenterapia hipofisária; os êxitos brilhantes da hipofisectomia obtidos por Houssay nos casos de diabete experimental deveriam talvez indicar a neuro-cirurgia no diabete hipofisário grave.

A teoria Escudero reside no conceito de correlação endocrino-neuro-vegetativo, com base na sinergia vicariante entre pâncreas insular e sistema retículo-endotelial.

Só a concepção diencefalo-pancreatica ou o conceito geral de neuro-retículo-endoteliose satisfazem ao espírito clínico na compreensão e tratamento da complexa síndrome do diabete sacarínico, em que, a par de desiquilíbrios do aparelho de regulação do metabolismo glicídio, avultam distúrbios ou sintomas manifestamente de origem tubero-infundíbulo-hipofisária.

Mas, ainda é maior a complexidade patogênica das síndromes hiperglicêmicas. Na síndrome hipófiso-suprarenal medular de Cushing, o adenoma basófilo do lobo anterior da hipófise determina uma hiperplasia da camada medular da suprarrenal, com hipersecreção de adrenalina; êsse estado fisiopatológico de hiperadrenalinemia põe em mobilização anormal as reservas orgânicas de glicogênio, tanto hepático como

muscular, e com isso mantem estado de hiperglicemia com glicosuria, podendo simular a síndrome humoral do diabete sacarínico.

A síndrome de hiperepinefria medular por paraganglioma hipertensivo produz hipersecreção de adrenalina e, portanto, estado de hiperglicemia e glicosuria.

Mesmo em casos de hipertireoidismo frusto, sem a presença dos sinais e sintomas característicos de Basedow, é freqüente encontrar-se glicosuria com hiperglicemia, em conseqüência da hipersimpaticostenia.

Não menos complexa e interessante é a concepção de correlação neuro-endocrina das síndromes hipoglicêmicas espontâneas, capazes de se desencadearem por desvios funcionais ou orgânicos em plus ou em minus dos factores antagônicos hipogliceminantes ou hiperglicemiantes, dando em resultado graves desequilíbrios, com deficit quantitativo, da constante normoglicêmica.

Passando ao metabolismo hidro-salínico, encontraremos a mesma arquitetura constelar, em emaranhado sistema de glândulas, de órgãos e de centros neuro-vegetativos, presidindo o complexo fenômeno da eliminação da água e do sal.

Os distúrbios de eliminação da água, quer no sentido de excesso ou deficit, fazendo estados de poliuria ou de oliguria, não mais podem ser interpretados a priori como distúrbios do rim, na sua função de eliminação urinária, mas reclamam uma análise detida de todos os órgãos e aparelhos que entram no grande sistema que comanda o metabolismo hidro-salínico.

Êsse meticuloso trabalho de perquirição deverá percorrer todo o sistema, partindo dos centros superiores tubero-hipofisários, responsáveis por oligurias constitucionais, por estados de diabete insípido, por distúrbios da capacidade hística de hidrofilia coloidal, por verdadeiras oligurias renais em conseqüência de hipersecreção hormonial do lobo posterior da hipófise. De sua parte, importante é o papel da tireoide nesse mecanismo regulador das trocas hidro-salínicas, directamente ou por interferência dos centros diencefalo-hipofisários a tireoide, em estados deficitários, contribue para o retardamento da eliminação aquosa, elevando o grau de hidrofilia hística.

Inferferência precípua no metabolismo da água desempenha a glândula hepática.

Entre as numerosas e delicadas funções do fígado, avulta a de centro de regulação da constante proteica do sangue; ao fígado cumpre zelar pelo equilíbrio invariável das taxas quantitativas das albuminas do sangue, assim como da sua relação serina-globulina.

Em tôrno da constante proteica do meio circulante gira todo o delicado mecanismo do equilíbrio de Donnan, em que se justapõem e se compensam factores minerais cloro-sódicos e valores coloidais albuminoides, realizando o perfeito equilibrio de pressões cristaloide e oncótica, de que depende fundamentalmente o normal funcionamento das trocas hidro-salínicas entre tecidos e sangue e aparelho renal.

A insuficiência hepática, reduzindo a secreção do provável hormonio regulador da constante proteica do sangue, ocasionará um estado de

hipoprotidemia, com rompimento do equilíbrio de Donnan e conseqüente alteração na eliminação da água, com tendência á retenção hística de água e de cloro, seguida de oliguria mais ou menos acentuada.

O exposto é suficiente para compreender que antes da água e do sal serem retidos no organismo por uma insuficiência renal, essa retenção se poderá fazer por distúrbios endocrinos relacionados com estados de hipofunção do lobo posterior da hipófise, da glândula tireoide e do fígado.

E si considerarmos que essa redução da água fornecida ao rim acarretará fatalmente graves perturbações na sua função de concentração e de eliminação das escórias catabólicas e das substâncias constitutivas das constantes cristaloides ou orgânicas do sangue, é fácil de admitir que, mesmo em estado de absoluta integridade do rim, se hão de processar retenções desses resíduos catabólicos e das substâncias minerais habitualmente existentes no sangue.

Assim se efectivam as retenções de uréa e de azoto residual, constituindo as hiperazotemias chamadas extra-renais, porque não decorrem do rim, e sim do fígado, da tireoide, da hipófise, do diencêfalo,, do músculo, etc.

Assim como os resíduos proteicos são retidos no sangue e nos tecidos por insuficiência de água circulante, assim tambem os corpos xantoproteicos, o cloro, o sodio, os sulfatos, etc., são igualmente detidos em sua eliminação, responsabilisando-se uns e outros por graves distúrbios, capazes de simular todas as escalas da síndrome urêmica.

As grandes síndromes de hiperazotemia, de retenção de cloretos, de retenção de água, de retenção dos produtos da série aromática, de retenção de substâncias minerais, que representavam para a Escola de Widal índices ou expressões de insuficiência de eliminação renal, constituindo os grandes capítulos da patologia do rim, tanto podem decorrer do órgão renal como podem ser inteiramente estranhas a qualquer distúrbio da sua função de eliminação.

Êste estado de progresso da metabologia neuro-endocrina proporciona hoje ao clínico o direito de suspeitar tanto do fígado ou da tireoide como do rim em casos de oliguria, com hiper-azotemia, com hipercloretemia, com hipocloruria, com edemas viscerais ou de tecidos, com sinais urinários de nefropatia aguda e com o variegado cortejo sintomático dos estados de uremia mais ou menos alarmantes.

A administração de extratos de tireoide e de hormônios hepáticos, a par do repouso e do regime adequado, armam o clínico de um poderoso recurso terapêutico, com o que possivel será em muitos casos obter uma regressão mais ou menos completa dos graves distúrbios existentes, permitindo uma reintegração a estado de relativa saúde.

Em notáveis estudos sôbre a patogenia do coma urêmico e do edema agudo do pulmão, a Escola de Gimenez Diaz põe em evidência, com dados clínicos e experimentais, a precípua participação da glândula hepática no mecanismo patogênico dessas síndromes clínicas que, até bem pouco tempo, constituiam matéria exclusiva do aparelho cárdio-renal.

Nas síndromes impropriamente chamadas de hipertensão porta, com derrame ascítico e sinais semióticos de cirrose hepática e fenômenos de

estase da circulação porta, antes de se a considerarem como secundárias a estados de hepatoses esclero-atróficas de caracter inamovivel, cumpre ter presente que um certo grau de insuficiência hepática pura ou associada á hipotiroidia é bastante para produzir situações similares, hoje vulgarizadas pela Escola espanhola de Gimenez Diaz como síndromes de ascite e de cirroses hepáticas reversíveis, com possibilidades de um restitutio ad integrum mais ou menos completo, mediante o emprego da opoterapia hepática e tiroidiana.

Desta rápida digressão que acabamos de executar pelos domínios da metabologia glucídia e proteica, sobram-nos razões e fatos para encarecermos devidamente a importancia das correlações neuro-endocrinas e a necessidade de interpretarmos os acontecimentos mórbidos não como sintomas de órgãos, mas como síndromes de sistemas.

Com o objectivo de mais salientar o alto posto de comando que a neuro-endocrinologia conquistou nos domínios da patologia de correlações, repitamos, em síntese, que hoje está em ordem do dia a origem hipotalamo-tubero-hipofisária do diabete sacarínico, do Mal de Basedow, do Mal de Addison, das síndromes hipoglicêmicas, do basofilismo de Cushing, da síndrome narcoleptica de Gélineau, das síndromes de osteites fibro-quísticas, da eclampsia, das toxemias gravídicas e do aborto, da galactorréia essencial, das ginecopatias médicas, da obesidade e da caquexia, do coma diabético e da acidose, da psicose maniaco-depressiva e das síndromes letárgicas por hipersecreção ou por hiposecreção de bromo, da hipertensão solitária, do dismetabolismo hidro-salínico, etc.

E' ainda por um mecanismo de correlação hipófiso-tireo-suprarreno-ovariana que se presume a patogenia da hemofilia e da gota, que se concebe o ciclo-menstrual, que se consuma o drama fisiopatológico da menopausa, que se manifesta a esterilidade, que se define o hormo-sexualismo, que se faz biológicamente o diagnóstico da gravidez, que se processa o aborto espontâneo, que surge a elactação e se morre em eclampsia.

Hormônio testicular e foliculina são de manifesta verossimilhança físico-química e fisiológica; não ha evidente antagonismo entre as gonadas masculinas e femininas, ambas podem ser distintamente encontradas no homem e na mulher, o que vem rasgar o veu de mistério nos estados de inter-sexualismo e na eficácia terapêutica de extratos genitais aplicados em sexos opostos.

Em seu livro sôbre Ginecologia endocrina, Marañon afirma poder-se assentar os princípios gerais de uma Ginecologia médica e dentro dela, como seu núcleo principal, uma Ginecologia endocrina.

Iparraguirre, estudando os hormônios sexuais femininos, afirma que poucos campos da Medicina têm sido comovidos tão profundamente nos últimos anos como o que se refere aos hormônios sexuais femininos e as suas aplicações á terapêutica ginecológica.

No decurso da gravidez o lobulo anterior da hipófise se hiperplasia, segregando altas doses de hormônios que se vertem no sangue periférico e se eliminam na urina, dando ensejo á reação biológica de diagnóstico de Zondek-Ascheim; essa hiperplasia funcional da hipófise imprime á gestante caracteres acromegálicos.

Por intermédio do hormônio gonada-estimulina a hipófise preside a

consumação do ciclo catamenial, orientando o desenvolvimento dos folículos de Graaf, sua ruptura e metamorfose em corpo amarelo, assim como intervem na regulação da secreção alternada dos dois hormônios ovarianos; a foliculina e a luteina.

A hipófise fornece um hormônio estimulante da secreção mamaria; essa origem hipofisária do hormônio "prolactin" explica a freqüência da galactorreia nas afecções do sistema hipófiso-mesencefálico: acromegalia, síndromes infundibulo-tuberianas, siringomielia, etc. Krestin verificou o aumento da imagem radiográfica da cela túrcica nos estados de galactorréia essencial das moças, testemunhando a existência de um adenoma hipofisário latente. Nos casos de acromegália fugitiva de Cushing, a galactorréia tem sido assinalada como sinal proeminente dessa sindrome, em que o adenoma hipofisário é constituido de celulas de gravidez, similares das células eosinofilas.

Na insuficiência de lactação, o Prolactin é de notável eficiência terapêutica.

Sob o título de "Correlação hepato-hipofisária em Clínica", Mariano Castex, Schteingart e Lopez Garcia põem em evidência as sinergias fisiopatológicas do fígado e hipófise no metabolismo normal e patológico dos hidrocarbonados, dos proteicos, das gorduras, das purinas e da água; relembram a ação correlata do fígado e hipófise no crescimento do corpo humano mediante hormônios atehipofisários, vitaminas A e B e ácidos aminados indispensáveis aos fenômenos biológicos da reprodução e do crescimento; reafirmar a ação dos extratos hipofisários na fisiopatologia da vesícula biliar, produzindo os estados de nanismo biliar de Gilbert e Fournier, as cirroses hipertróficas com infantilismo de Lereboullet, as síndromes hepáticas com infantilismo e mixodema de Sowdel, os complexos de afecções hepatobiliares com obesidade hipofisária, etc.

Parturier, estudando o fígado e glândulas endocrinas, salienta a freqüência das afecções dolorosas hepato-biliares nas multiparas, na aproximação do catamênio, nas seqüências do parto.

Tentando desvendar os arcanos endocrinologicos da vida psiquica normal e patologia, Zondek, graças aos metodos bioquimicos de Pincussen, Román e Bier, dedica-se ao estudo da bromenia, verificando que, normalmente, a taxa do bromo sanguineo é de 1 miligramo por cem gramas de sangue, ou seja de 100 vezes superior á taxa de iodo contido no sangue.

Presumindo um substrato endocrino na etiopatogenia de certas sindromes ciclotimicas, Zondek dosa, em 40 casos de psicoses maniaco-depressivas o bromo sanguineo, encontrando estado de hipobromenia abaixo de 40 a 60% do normal em 35 casos.

Em sucessivos e pacientes trabalhos experimentais, chega Zondek a demonstrar que o lobulo anterior da hipofise, normalmente, contem quantidade de bromo vinte vezes superior a que existe no resto do organismo. Cita o sabio pesquizador alemão em suas notaveis investigações, o caso de um estudante, portador de acentuada hipobromemia, e que,, apezar de perfeita saúde aparente, entrou, dias após, a fazer um quadro clinico de mania aguda.

O sono fisiologico e a insonia patologica parecem depender, se-

gundo Zondek, da ação normal ou anormal no hormonio bromado neurotropo do lobulo anterior da hipofise.

Rivoire e Kern consignam os estados de letargia nos adenomas cromofobos da hipofise, como possivel indice de hipersecreção do hormonio bromado.

Já em 1695, Ridley considerava anti-cientifico ocupar-se isoladamente da hipofise e do infundibulo, propugnando pela noção de sinergia funcional hipofiso-mesencefalica.

Com os trabalhos de Camus e Roussy, em 1920, reinvidicando para os nucleos hipotalamicos as sindromes até então consideradas de origem hipofisaria, a glandula pituitarica entrou em um periodo de crepusculo, para crescer em prestigio o conceito diencefalico.

Assim se fez a controversia sobre a preponderancia ou primazia de origem glandular ou nervosa da grande sindrome da diabete insipido.

No estudo fisiopatologico das correlações do lobo anterior da hipofise com os centros diencefalicos e com as diversas glandulas endocrinas destacam-se as sindromes de caquexia de Simmondes, o adenoma basofilo de Cushing, as distrofias osseas de crescimento (infantilismo, gigantismo, acromegalia), as sindromes de obesidade hipofisaria o hipertireoidismo, a insuficiencia suprarenal, etc.

O capitulo da patologia suprarrenal passou nestes ultimos anos por transformações da mais alta significação doutrinaria, clinica e terapeutica.

O conceito unitario das sindromes suprarrenais deve ser substituido pela concepção dualista de uma patologia suprarreno-medular e de uma patologia suprarreno-cortical, ambas distintas e autonomas.

A patologia suprarreno-medular tende progressivamente a perder terreno e importancia clinica em favor da patologia suprarreno-cortical.

Emquanto a cortical-suprarrenal é uma glandula metabolica de primeira grandeza, a suparrenal medular é uma glandula neuro-vegetativa, cuja substancia de secreção — a adrenalina, tem o valor de um hormonio do sistema simpatico.

Hoje não mais se justifica a concepção medulo-suprarrenal da hipertensão e do ateroma por hipersecreção de adrenalina.

As crises hipertensivas paroxisticas da hiperepinefria medular por paraganglioma em nada se assemelham ao da hipertensão arterial permanente ou sindrome de hiperepinefria cortical pura ou associada ao adenoma basofilo do lobo anterior da hipofise, em que a hipertensão permanente se alía á adiposidade, á hipertricose, á hiperglicemia, á hipoplasia ovariana, á impotencia e á esterilidade.

Ao lado dos disturbios fisiopatologicos por hiperfunção, não são menos importantes aqueles que sobrevêm de uma hopoplasia ou de uma atrofia da glandula cortico-suprarrenal, dando lugar ao aparecimento das insuficiencias suprarrenais graves ou pequenas, organicas ou simplesmente funcionais.

Para ajuizar-se da importancia fisiopatologica da cortical-suprarrenal e compreender a repercussão dos seus disturbios sobre o meta-

bolismo geral e sobre a vida celular, basta referir que o hormonio cortical, de recente e onerosa obtenção, tem uma ação de importancia vital para o organismo humano; sem hormonio cortical a vida se apaga; a injeção de hormonio cortical na fase preagonica do coma addisoniano opera a miraculosa ressurreição que a insulina realiza no coma diabetico; na clinica de Rochester se faz viverem animais sem suprarrenal, injetando-lhes, como terapeutica substitutiva, doses suficientes e periodicas de hormonio cortical.

A cortical suprarrenal participa intensamente do mecanismo de regulação do equilibrio acido-basico, do catabolismo protidico e clorosodico, da energia calorifica, das defesas anti-toxicas, do metabolismo do enxofre dirigindo a sintese da sisteína e do glutatião; da função ovariana em que intervem graças a um hormonio virilisante, capaz nos casos de hipernefromas corticais de originar os estados pseudo-hermafroditismo, de hissutismo, etc.

A concepção atual da patogenia do mal de Addison é a de uma destruição ou esclerose da cortical-suprarrenal, a que parece não ser alheia a hipofise. Colip, em Norte America, Anselmino e Hoffmann, na Alemanha, isolaram um hormonio hipofisario cortico-estimulina, designado por ele como adrenotropo ou corticotropo; a ablação do lobo anterior da hipofise segue-se de atrofia da cortical-suprarrenal. No hipopituitarismo da caquexia de Simmonds ou do adenoma cromofobo ha sempre hipoplasia da suprarrenal cortical, com sintomas de insuficiencia suprarrenal. Ao contrario, o adenoma basofilo acompanha-se de hiperplasia cortical, com adiposidade dolorosa, hirsitismo, hipertensão arterial, e hiperglicemia.

Alem de seu papel destacado no metabolismo glucidio, o pancreas intervem na regulação da tensão arterial.

A insulina é um hormonio essencialmente hipoglicemiante; a vagotonina, em antitese á adrenalina, parece ser um hormonio do vago, com função primordial na sintese glicogenica.

A urohipotensina é um hormonio hipotensor puro.

O deficit de insulina conduz á sindrome hiperglicemica ou diabetica; o excesso de secreção insulinica ou hiperinsulinismo acarreta os estados de hipoglicemia.

Os estados deficitarios de vagotonina levam do mesmo modo que o hipoinsulinismo ás sindromes hiper glicemicas; o excesso de vagotonina ocasiona quadros de hipoglicemia.

Nesses fenomenos fisio-patologicos a função do pancreas se fará isoladamente ou, em geral, como parte maior ou menor do complexo pluriglandular.

As glandulas paratireoides contribuem em alta escala para a vida fisiologica e para a alteração da saúde. Aos seus hormonios está condicionado o metabolismo do calcio e do fosforo.

A hiperfunção das paratireoides ou estado de hiperparatireoidia mobiliza o calcio do organismo e dá em resultado a sindrome osteo-fibroquistica de Recklinghausen.

As sindromes de hipoparatireoidia, com hipercalcemia, conduzem aos estados de tetania e talvez de catarata, de reumatismos cronicos, de esclerodermia, de miotonia atrofica.

Entre os varios sóes glandulares que gravitam funcionalmente em torno da orbita maior da hipofise, em sinergicas interdependencias, salienta-se como de primacial importancia e significação a tireoide, a glandula catabolica, que imprime ação de movimento ao corpo, que estimula o metabolismo basico, que plasma a morfogenese euritmica da massa corporea, que se esmera na diferenciação da morfologia, que ativa as desintegrações proteicas, que acende e exalta as oxidações celulares, que eleva a tonicidade bioenergetica, que concorre, em toda linha, para a conservação integral das constantes fisiologicas e que ilumina e irradia inteligencia, dinamismo, imaginação e fecundidade ao corpo e ao espirito.

Ela parece representar um posto avançado dos centros neuro-hipofiso-diencefalicos, com os quais se mantem em intima reciprocidade de funções; ela é uma estação intermediaria á hipofise e ás suprarrenais, á hipofise e ao pancreas, á hipofise ás gonadas masculinas ou femeninas; ela ocupa, ao lado da glandula pituitaria e do figado posição avançada no metabolismo histico da agua e do cloro; ela comando o metabolismo do iodo organico; ela é ao lado da hipofise responsavel pelas oscilações em plus ou em minus do poder especifico-dinamico das proteinas e dos lipides, fazendo a nutrição descambar para as sindromes de hipertireoidismo até a cristalização do Basedow, ou, então, em sentido antagonico, para as sindromes de hipotireoidia, desde a insuficiencia frusta ou inoperante até os estados mixedematosos.

Si avançarmos, por fim, que a condição maxima da vida celular representada pelo absoluto e intangivel equilibrio de dissociação ionica, mantendo o meio circulante e o sistema lacunar em plena harmonia de reação acido-basica; si proclamarmos que esse mundo interno, maravilhoso e incognito, de subtilissimas sensações e já não mais de ordem material, mas de caracter energetico, em cuja orbita electronica se engendram as solicitações vitais da materia e se consumam os fenomenos essenciais da vida; si reconhecermos que esse prodigioso sistema neuro-endocrino, com essa maravilhosa escala de centros hipotalamicos onde existe uma atalaia invisivel e infatigavel, prodiga, previdente e sabia que fiscaliza atenta e que provê solicita todas as necessidades fisiologicas, zelando ciosamente e com a maxima presteza pela conservação integra dos minimos detalhes da vida vegetativa; que lá na esfera tubero-hipofiso-diencefalica assentam os centros neuro-endocrinos que regulam as horas de sono, que estimulam o equilibrio da fome e da sêde, que dosam a hidrofilia histica, que frenam a diurese, que equilibram o metabolismo da nutrição, que garantem a subsistencia das constantes fisiologicas, que orientam os destinos da sexualidade, da biotipia morfologica, dinamico-humoral e psiquica, que lá se decidem, silenciosamente, os destinos presentes e futuros da personalidade e da vida do homem, bem se vê que o eixo da ciencia médica deva cada vez mais ser deslocado no sentido da neuro-endocrinologia, em cujos horizontes de arrebol ou de brumas se delineiam e se projetam os maiores problemas médicos da atualidade.

CATEDRA DE CLINICA OFTALMOLOGICA

Estudo angioscopico retiniano das hipertensões gerais (1)

Corrêa Meyer.

E' um novo capitulo de semiologia ocular, entreaberto ha poucos anos á curiosidade e ao espirito investigador e ecletico do clinico, com extensa repercussão á patologia medica, que procuraremos discorrer, intentando, dentro de recursos limitados, divulgar os trabalhos e os ensinamentos que a orientação combinada inteligentemente do clinico e do oculista oferece como contribuição decisiva á solução diagnostica de diversos problemas de patologia interna.

Ao procurar vulgarizar estes ensinamentos, que dizem respeito ao estudo angioscopico retiniano das hipertensões arteriais, tivemos já por duas vezes, na Sociedade de Oftalmologia, em 1934, e na Sociedade de Medicina, nas Jornadas Medicas de 1935, a oportunidade de tratar dessas questões, que hoje aqui vamos abordar, documentando-as com ilustrações e fotoretinografias proprias e com gravuras pertencentes a diversos autores que, primeiramente, estudaram-nas, esmiuçando e pontilhando dos mais finos pormenores oftalmoscopicos.

Será mais uma pagina do copioso acervo de conhecimentos que a Oftalmologia oferece todos os dias á Clinica, enriquecendo-a de preciosos, exactos e eficientes elementos de diagnostico, que vamos expor, como modesta contribuição nossa á culta assistencia das conferencias do presente Curso de Extensão Universitaria.

O espirito eminentemente investigador do oftalmologista, ilustrado pelo conhecimento que lhe impõe o trato diario da optica, da fisiologia, da anatomia, da histologia, da anatomopatologia e da clinica, para poder interpretar os fenomenos que objetivamente observa e relaciona-los, na maior parte das vezes, com os disturbios e afecções de ordem geral, adquire condições especiais de cultura e capacidades intelectuais que lhe permitem, pela racional metodização de seu trabalho, alcançar agudo senso clinico e elevada visão panoramica da Medicina.

Os modernos aparelhamentos e as notaveis aquisições cientificas e medicas, enriquecendo dia a dia a Oftalmologia, oferecem tal soma de contribuição á Medicina que se faz cada vez mais evidente ao clinico a

(1) Conferencia de divulgação medica do Curso de Extensão Universitaria realizada em 26 de Outubro de 1936.

necessidade imperiosa de estudar detidamente esse galho frondoso da ciencia medica para esclarecer duvidas, corrigir enganos e firmar juizo diagnostico, prognostico e terapeutico.

E' a oftalmologia clinica um laboratorio vivo, onde o clinico capaz e experimentado póde colher mésses fecundas de ensinamento que nenhum outro auxiliar da Medicina lhe poderá fornecer.

Graças á estreita e hamoniosa colaboração da Oftalmologia e da Clinica Medica, de maneira a afastar o perigo das pesquizas e dos estudos unilaterais, campos obscuros da patologia medica são desvendados á luz forte da oculistica, que lhe abre horizontes alargados á sua perquirição.

Descortina a Oftalmologia ao clinico, mediante a oftalmoscopia, o panorama completo que lhe oferece a alfombra retiniana tão accessivel á indagação objetiva, particularizando aspétos da macula e do disco optico, que se lhe tornam particularmente preciosos; destaca pormenores e avulta ao interesse clinico particularidades dos elementos vasculares retinianos, que se revelam de privilegiado valor semiotico ás mãos experimentadas do especialista com ampla visão da medicina; individualiza inumeras lesões retinianas e as relaciona com afecções renais, vasculares, nervosas e cutaneas, contribuindo decisivamente na revelação de grande numero de entidades clinicas e, muitas vezes, no diagnostico topografico de tumores cerebrais; manifesta as caracteristicas essenciais dos reflexos fisiologicos e patologicos espelhantes da limitante interna e o seu polimorfismo nas doenças toxicas e infecciosas, acusando precocemente sua provavel etiologia, antes mesmo que qualquer outro sintoma advirta ao clinico do mal incipiente e de sua natureza, realizando, pois, desse modo, o ideal da Medicina de surpreender a doença em seus primordios, quando ainda o agente vulnerante ou agressivo não teve tempo de assinalar pela lesão a cicatriz indelevel da doença; regista os fenomenos dinamicos da circulação ocular, as particularidades anatomicas normais da arvore vascular e as suas alterações patologicas, permitindo visão de conjunto da circulação geral e cerebral e tornando possivel, atravez da retina, estudar as modificações da circulação cerebral, diagnosticar as hipertensões cerebrais e localizar determinados tumores cerebelares, o que lhe valeu a denominação de cerebroscopia; aprecia, afinal, o dinamismo vascular retiniano, demonstrando pela tonoscopia ou esfigmoscopia, pela retinoscopia e pela angioscopia que a membrana nervosa ocular, prolongamento do talamencefalo, é o espelho sobre o qual se reflctem e se estereotipam as mais intimas alterações metabolicas e as mais precoces manifestações morbidas.

E' no globo ocular que se exteriorizam, via de regra, os primeiros sinais reveladores da doença que vae ferir o organismo. E' a verdade que ressalta cada dia da investigação concienciosa e harmonica da Oculistica e da Medicina Geral.

Haveria necessidade, em nosso meio medico, de maior e mais estreita colaboração associada do internista e do especialista e, mais ainda, perfeito conhecimento da Oftalmologia pelo clinico, por isso que para ser um grande medico pressupõe-se estudo aprofundado da Clinica Oftal-

mologica, do mesmo modo que não é possivel a especialização seria e honesta sem amplo conhecimento de toda a Medicina. No dia que o medico se compenetrar desta verdade, abastecendo-se no laboratorio vivo, que é a Oftalmologia, de elementos que nenhum outro auxiliar da clinica lhe póde de módo tão eficiente e categorico apresentar, a Medicina dará um grande passo para sua maior eficiencia e terá atingido elevado gráo de aperfeiçoamento, procurando alcançar o ideal medico de precisão diagnostica e prognostica e de limitação terapeutica, já, em tantos pontos, alcançado pela Clinica Oftalmologica, mercê de seus preciosos metodos de investigação.

O ponto que servirá de tema a esta despretenciosa palestra fére a questão de cheio e demonstra o valôr excepcional da oftalmoscopia em colaboração intima com o internista, antecipando-se á Clinica na elucidação do diagnostico, possibilitando, pois, prematura atuação ao terapeuta, e oferecendo-lhe, por vezes, elementos seguros e positivos para surpreender o mal em seu inicio, quando ainda nenhum outro elemento auxiliar poderá prestar serviços.

Os estudos angioscopicos e tonoscopicos oferecem larga copia de contribuição á oculistica e á clinica e ás duas conjuntamente, por isso que ambas se estreitam em mais extensa e racional cooperação, retirando a Clinica, deste vasto campo de investigação oftalmoscopica, dados de grande valor para o estudo clinico e patogenico das nefropatias e das hipertensões arteriais primitivas ou secundarias. Deste vasto capitulo da angioscopia retiniana, vamos destacar, como trabalho de vulgarização medica, o que diz respeito á oftalmoscopia da hipertensão arterial, frizando a sua constante importancia para a clinica.

Si é para o neurologo valiosa a verificação da tensão das arterias retinianas (tonoscopia), que tornou possivel o conhecimento da das arterias cerebrais e, por consequencia, por seu intermedio, a se fazer o diagnostico diferencial das hipertensões cerebrais sem estáse papilar e sem sinais clinicos evidentes, não menos o é para o clinico o conhecimento dos estudos angioscopicos retinianos, "cujos dados lhe permitem, com muitas probabilidades de certeza, conhecer de que especie de hipertensão sofre o doente: si realmente ela é aguda, como nas glomerulo nefrites agudas e na eclampsia gravidica, ou si é antiga e permanente, si primaria ou secundaria". A angioscopia retiniana, diz Luque, realizada pelo exame oftalmoscopico, põe o oculista em condições de responder a estas questões de maneira categorica na maior parte dos casos.

A colaboração do medico e do oftalmologista permitiu fossem relacionados com utilidade pratica os dados colhidos pelo exame angioscopico e pela clinica. Deste estudo comparativo deprende-se um acervo imenso de conhecimentos para o capitulo interessantissimo da patologia das hipertensões arteriais originado dos primeiros trabalhos de Gunn, Rahlmann, Adams e, posteriormente, dos de Pines, Bailliart, Magitot, Guist, Luque, Urrets e Brandan, Pavia e tantos outros, que revelaram o poderoso auxiliar, até agora não ainda suspeitado, que a clinica obtivéra nas pesquizas oftalmoscopicas das alterações vasculares retinianas.

Descreveremos, em primeiro logar, de modo isolado, os elementos semioticos que a retinoscopia e a angioscopia nos oferecem no sentido de esclarecimento e de elucidação diagnostica, com o fim de após entrarmos no amago do assunto da angioscopia das hipertensões arteriais.

Estudando, assim, pormenorizadamente, os sinais oftalmoscopicos das hipertensões, deixamos, de proposito, á margem, os sintomas subjetivos, tais como dores de cabeça, vertigens, eclipses cerebrais e visuais, miodesopsias, etc., que, embora de reconhecido valor clinico, não nos interessam neste trabalho sinão como elementos subsidiarios esclarecedores do quadro oftalmoscopico e angioscopico das hipertensões sanguineas.

Ao começar, vamos encarar o aspéto dos entrecruzamentos arteriovenósos normais e patologicos como um dos sinais de maior importancia do presente estudo.

Ha muito tempo descritos os entrecruzamentos patologicos por Raehlmann e Gunn, foi contudo sómente faz pouco observada a relação entre essas constrições anteriovenosas e os diferentes tipos de hipertensão, conforme agora vamos expor.

Entrecruzamentos arteriovenosos

De pouco tempo data o estudo metodizado dos entrecruzamentos das arterias e veias ao espraiarem-se na superficie da retina. A sua importancia semiologica cada vez se expande mais, de maneira a ser hoje sua pesquiza sistematica dado imprescindivel no esclarecimento diagnostico e prognostico de algumas afecções vasculares e renais.

Emergindo do disco optico, de acôrdo com 4 ou 5 tipos classicos, as arterias papilares, superiores e inferiores, e suas dicotizações de 2.ª e 3.ª ordens, cruzam a arvore venosa, nos diferentes sectores retinianos, apresentando, segundo os diferentes tipos padrões de Rollet, numero variavel de unidades entrecruzadas. Dentro da area papilar, e, em seus arredores, é indiferente observar-se a posição anterior da arteria ou da veia, mas, á medida que elas se afastam da papila, verifica-se que a veia fica por baixo da arteria e, portanto, posterior a esta, na maior parte das vezes.

A posição anterior ou posterior da arteria, ao nivel do entrecruzamento, tem enorme valor como subsidio semiologico de primeira plana, sobretudo quando, como vamos ver, na parte descritiva, a arteria passa por cima da veia, determinando, nesta ocurrencia, modificações estructurais da parede venosa e alterações acentuadas da circulação sanguinea.

Damel, fazendo o estudo dos entrecruzamentos, até quatro diametros papilares, observou que 300 vezes a arteria passa sobre a veia e 141 vezes esta sobre aquela, e encontrando, alem disso, que os entrecruzamentos se processam na area papilar da seguinte maneira:

Temporal superior	42
Temporal inferior	16
Nasal superior	16
Nasal inferior	12

Quanto á frequencia dos entrecruzamentos, Damel e Koyanaji dão, referentes a 100 e 124 pessoas normais, respectivamente examinadas, as cifras abaixo:

	T. S.	T. I.	N. S.	N. I.
Damel — Ventola	162	113	100	63
Koyanaji	194	97	43	36

Por vezes, os entrecruzamentos são escassos, verificando-se somente um ou dois, em rigoroso exame do trajeto dos vasos na superficie retiniana. Encontram-se, outras vezes, somente casos em que as veias são anteriores, o que, como já vimos, pouco valor semiologico possuem.

As anormalidades patologicas dos entrecruzamentos arteriovenosos valem não só pela sua precocidade e constancia como tambem pela variedade de seus aspétos, que reflectem com muita fidelidade os diferentes estados de alteração esclerosica das paredes arteriais. Seguimos, em grande parte, a descrição de Urrets das vasoconstrições, por julgarmos que assenta em maior numero de observações e, por tanto, a que mais se aproxima da verdade.

Normalmente, quando a arteria passa por cima da veia, devido á transparencia normal das paredes vasculares, a coluna liquida venosa não sófre solução de continuidade.

Verifica-se tambem que a veia não se encontra deformada e nem deslocada, por isso que não se comprovam modificações em seu trajeto, calibre e coloração.

Este cruzamento normal arterio-venoso por si só nos indica que não ha esclerose arterial e nem hipertensão sanguinea, de maneira categorica e definitiva. E' o chamado, por Urrets, estado fisiologico dos entrecruzamentos arteriovenosos.

Muitas vezes, nós vemos a veia passar por cima da arteria, é o entrecruzamento veneso-arterial que não tem, porem, significação clinica que apresentam os primeiros.

Quando, pelo exame oftalmoscopico, verificamos que, ao nivel do entrecruzamento, a veia fica oculta, sem deformação e sem deslocamento, podemos dizer que estamos em face de uma esclerose inicial arterial, por isso que a diminuição de transparencia das paredes arteriais traduz modificações de sua estructura e estaveis alterações da pressão sanguinea.

E' o cruzamento positivo do primeiro gráo, que representa a fase incipiente da esclerose arterial.

E' o denominado fenomeno do Gunn, autor que, juntamente com Rahlmann, pela primeira vez o descreveu.

Aumentando a esclerose e a tensão, a arteria, ao nivel do entrecruzamento, oculta a veia e a deforma, não a deslocando, porem, ainda. E' o chamado cruzamento positivo do segundo gráo, no qual se observa em

"ambos os lados da arteria, em um trecho de variavel extensão, o tronco venoso aparecer esfumado, de côr mais clara e de contornos menos nitidos, desprovido de seu reflexo central, que, como sabemos, é muito tenue." Urrets).

Neste caso, nota-se um estreitamento, como cinta, da veia, mas nem a extremidade periferica e nem a central oferecem desigualdade de calibre.

No cruzamento positivo de terceiro gráo ás alterações anteriores (ocultamento e deformidade) se associa o deslocamento, ficando a veia com suave arqueação. Neste tipo de cruzamento, a esclerose arterial é muito mais pronunciada, como demonstram, ás vezes, as bainhas esbranquiçadas peri-vasculares, que aparecem muito claras nos bordos da arteria, como na linha branca (estria de Guist).

Nos gráos quarto e quinto de cruzamentos positivos tudo depende do calibre do lume arterial. No quarto gráo, ás perturbações do tipo terceiro (ocultamento, deformidade e deslocamento) se junta delgadez notavel da coluna sanguinea da arteria, que delata o gráo de obstrução endovascular. No quinto gráo, completada já a obstrução, a arteria aparece como um fio de prata, branco e rigido.

Em todos estes tipos de cruzamentos arteriovenosos, que tão decisivamente denunciam o gráo de esclerose e de hipertensão arteriais, a veia, si bem que deformada e deslocada oferece sempre uma completa igualdade de calibre em suas extremidades.

Esta igualdade das extremidades venosas tem muita importancia, por isso que elimina toda possibilidade de compressão venosa por parte de arteria adjacente, endurecida e hipertensa. Este fato é explicado, desde 1904, por simples fenomeno de optica: a veia, ao ser cruzada pela arteria endurecida, é rechaçada para a coroide, colocando-se assim em plano mais posterior e longe do da arteria e, por consequencia, em fóco diferente.

Tudo se explica, pois, por um simples desenfocar da veia no ponto de cruzamento.

Mas nem sempre os fatos se passam como se acha acima descrito e, em inumeros casos de hipertensos, nós observamos que, ao nivel do entrecruzamento, ha um evidente achatamento da veia, revelada pela dilatação da extremidade distal ou periferica e pela delgadez e, ás vezes quasi vacuidade, da extremidade central, proximal ou papilar da veia. E' inegavel, aqui, a compressão venosa exercida pela arteria endurecida e hipertensa. Não cabe aqui discutir as diversas teorias que procuram explicar o fenomeno do deslocamento e da compressão venosa. Sómente vamos frizar que nestes casos de entrecruzamento patologico com compressão venosa evidente, o estudo destes fatos veiu esclarecer a patogenia das tromboses venosas retinianas, pelo bloqueio venoso consequente da extremidade periferica. A frequencia das tromboses nos ramos temporais, sobretudo o superior, da arteria central da retina, é um elemento a mais para explicar esta patogenia, de vez que é nestes ramos vasculares que se observam maior numero de entrecruzamentos.

Novo!

Octinum

«Knoll»

$C_8H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

Espasmolitico e analgesico nas dores devidas a espasmos.

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do que a papaverina,
não provoca sensação de secura na garganta, como a atropina.

Indicações principais:
Espasmos gastro-intestinais.
Ulcera gastrica e duodenal.
Dores gastricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da bilis, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorrea espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Liquido (de clorhidrato de Octinum a 10 %), vidros com 10 c.c. — Empôlas de 1,1 c.c. (1 c.c. contem 0,1 g de clorhidrato de Octinum), caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e liquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia. — Empôlas: por via subcutanea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empôla, por via intramuscular 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empôla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

Para amostras e literaturas é favor dirigir-se a
Caixa Postal, 1469. Rio de Janeiro.

TERAPEUTICA DA SIFILIS

Lipocarbisan

LBC

(ELEBECÊ)

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

FORMULA:

Serie A

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

Serie B

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

Serie C

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

PRODUTO DO

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

DR. MARIO PINHEIRO

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

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

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

Modificações nas paredes arteriais

Na hipertensão arterial, observa-se frequentemente alteração da parede vascular, determinando não sómente modificação do reflexo longitudinal do vaso como tambem variação na côr das arterias e veias.

A maior amplitude do reflexo central dos vasos ocorre na hipertensão, conferindo a este um aspéto despolido, com suas paredes descoradas, tomando o aspeto de fio de cobre, hoje tão bem conhecido nos sindromes hipertensivos e na arterioesclerose. Já no aspéto em fio de prata, o reflexo central alem de amplo se torna brilhante, dando ao vaso caracteristicas especiais que lhe valeram essa designação.

Em gráo maior ou menor de esclerose dos vasos ou de hipertrofia da perivascular, podem-se observar estrias longitudinais e transversais ás arterias e veias, sendo que paralelas ao trajeto vascular e ao nivel dos entrecruzamentos vasculares essas estrias tomam o nome de estrias de seguimento ou de acompanhamento de Guist. Indicam essas estrias já uma profunda alteração na estructura das paredes vasculares, que se tornam por esse motivo facilmente visiveis.

Em gráo mais pronunciado de esclerose vascular, podemos verificar o aspeto esbranquiçado das arterias e veias pela obliteração parcial ou total, devido a endarterite obliterante.

Alem dessas alterações vasculares, observam-se no fundo do olho, sobretudo distribuidos no pólo posterior os edemas, as hemorragias e os exsudatos, que se apresentam como fócos ou manchas brancas disseminadas pela superficie retiniana, todos eles assinalando as perturbações circulatorias e troficas da coroide-retina.

Os edemas, muito frequentes principalmente nas hipertensões toxogenas, se mostram de preferencia na area da papila e da macula, alterando os reflexos da limitante interna e, algumas vezes, quando coexistem hiperazotemias e hipercolesterinemias, abolindo-os completamente.

Já as hemorragias, disseminadas em pequenos fócos ou de modo difuso, se apresentam, mais frequentemente como sintoma hipertensivo angiogeno, tomando forma distinta conforme a sua localização, como vamos ver nestas diferentes retinografias agora projetadas.

Os fócos brancos, produtos de exsudação fibrinosa, distribuem-se a toda superficie da retina, tomando, porem preferencia pela região macular, onde, algumas vezes, adquirem, devido á distribuição radiada das fibras opticas, a disposição estrelada.

Estes fócos brancos, indicando alterações na circulação ocular, tambem refletem, via de regra, profunda alteração metabolica das proteinas ou dos hidrocarbonados.

Ocorre a sua presença mais comumente nas formas hipertensivas toxogenas.

Não se devem, contudo, ser confundidas com degenerações glandulares da lamina vitrea da coroide, chamada pelos alemães de Drusen, e que traduzem, segundo Bailliart, necrobiose do tecido coroideo-retiniano, de-

vido a processos de capilarite ou capilaropatia. A sua localização mais profunda, a sua independencia e afastamento dos vasos, o seu aspeto, a sua coloração, distinguem-nas dos fócos exsudativos brancos. Nos casos duvidosos, o doseamento da urea, creatinina e cloretos sanguineos, esclareceria o diagnostico.

Tortuosidade dos vasos retinianos

A tortuosidade, flexuosidade, reptação ou serpenteamento da arvore vascular retiniana é sintoma de suma importancia no diagnostico da hipertensão e da arterioesclerose, principalmente quando essa anomalia se revéla nos pequenos e finos vasos maculares e perimaculares, onde a esclerose vascular se apresenta precocemente.

E' nestas arteriolas, provindas das dicotomizações de 2.ª e 3.ª ordens, que se processam as modificações ostensivas do trajéto tornado fortemente flexuoso, conferindo-lhes a forma de vasos em espiral, em sacarolha, em espiroquetas.

Para Guist, o serpenteamento das venulas perimaculares seria sinal patognomonico da hipertensão solitaria.

Dai a denominação de fenomeno ou sinal de Guist dada a este aspéto oftalmoscopico irregular das veias paramaculares.

No que tóca a sua observação nos grandes vasos, a flexuosidade pérde muito de seu valor, em relação á arterioesclerose ou á hipertensão, sobretudo quando a tortuosidade se encontra nos vasos de 1.ª e 2.ª ordem.

Na tortuosidade congenita, em que o aspéto de serpenteamento de todos os vasos é muito pronunciada, a ausencia do fenomeno de Gunn se faz sentir de modo decisivo, distinguindo-a dos hipertonias secundarias.

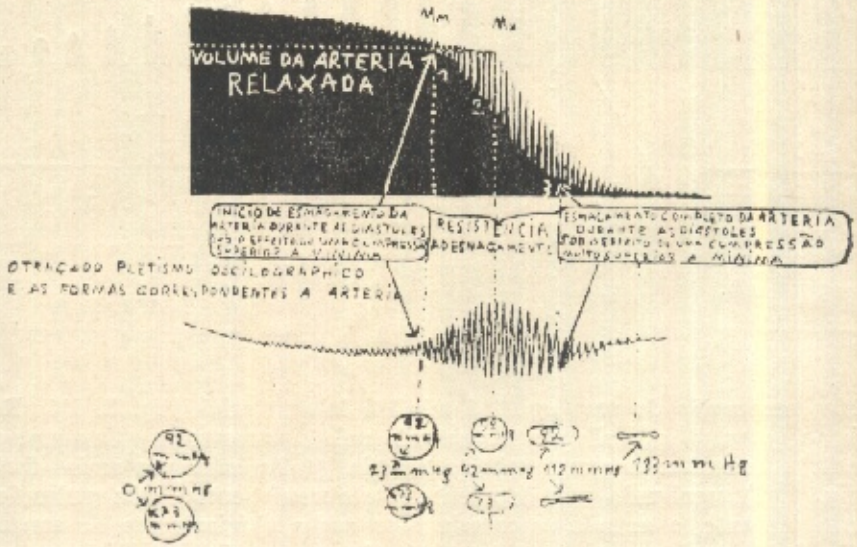
Alterações no calibre dos vasos

As arterias, em geral, pódem apresentar-se contraidas em sua totalidade ou com variações localizadas, emquanto as veias se vêm turgidas e volumosas.

O estreitamento geral das arterias se verifica com pouca frequencia nos arterioesclerosos sem hipertensão, sendo mais frequente nas nefrites agudas, em sua fáse inicial e na nefroesclerose maligna, quando a sua presença agrava o prognostico. Os vasos esclerosados e hipertensos se tornam rigidos, apresentando curvas, angulosidades fortes, com diminuição acentuada do lume vascular. O estudo da rigidez das paredes arteriais, procedido por Coppez e, em especial, pelo seu assistente Fritz, é no dizer deste, uma noção de patologia geral tão importante talvez como a das pressões sanguineas, porquanto se refere a uma classe de afecções graves como a hemorragia cerebral, a endarterite obliterante e ao mal de Bright.

A rigidez arterial póde ser medida, perfeitamente, e de módo pratico e acessivel na arteria retiniana, onde "a visibilidade desta arteria permite de não se precisar de recorrer aos artificios de registo oscilografi-

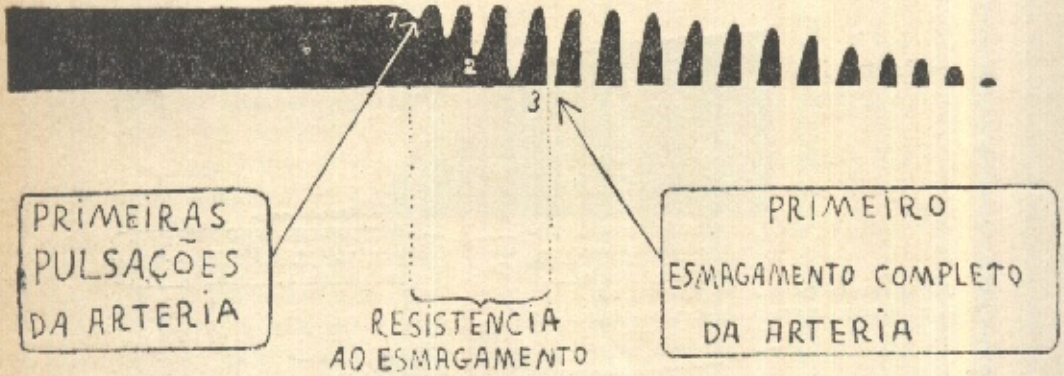
co", que temos que lançar mão quando medimos, por exemplo, a rigidez da arteria humeral pela tecnica pletismo-oscilografica." O principio da avaliação da rigidez da humeral consiste em "exercer-se na face externa da arteria compressão progressivamente crescente, inscrevendo-se de maneira ininterrupta as modificações de volume sofridas pelo vaso sob o efeito desta compressão. A oscilação de volume entre a sistole e a diastole primeiramente muito fraca, aumenta pouco a pouco e regularmente até que a compressão eguale exatamente a pressão minima existente na arteria (fig. 1,*1*): neste estado, a parede arterial se encontra, no momento da diastole, em equilibrio entre duas pressões interna e externa eguais, de modo que o vaso toma a fórma que deveria ter si fosse abandonado a si proprio.



A compressão ultrapassando em seguida este valor da pressão minima provóca em cada diastole certo esmagamento da arteria, fazendo com que a oscilação volumetrica entre a sistole e a diastole cresça rapidamente (fig. 1,*2*). Mas é necessario que uma compressão muito mais forte te se exerça para que a arteria se deprimindo, totalmente após cada diastole, fique exangue após cada pulsação (fig. 1,*3*). A compressão que determina este estado passa de muito a pressão minima e, conforme a arteria, de valor diferente, por isso que é necessario exercer pressão mais forte para deprimir uma arteria de parede esclerosada do que para esmagar uma de parede elastica. E' uma noção elementar.

Os mesmos fenomenos de depressão progressiva se repetem para as sistoles com compressões pouco mais altas, acarretando afinal a obstrução absoluta do vaso. Do que precede, resulta que possuindo-se o meio de determinar, de um lado, a compressão com a qual a parede arterial está, durante a diastole, equilibrada entre duas pressões iguais, e, de ou-

tro lado, a compressão necessaria para que a arteria se esvasie durante a diastole, póde-se medir pela diferença destas duas compressões a rigidez do segmento arterial estudado. Tal é o principio desta tecnica", que se adapta com facilidade ao estudo da rigidez arterial retiniana pela visibilidade dos ramos desta arteria, que, sob o efeito da compressão exercida pelo oftalmodinamometro de Bailliart, sofrem modificações de volume diretamente perceptiveis á imagem direta, "bastando, para determinar os estados das paredes arteriais, de fazer leitura minuciosa dessas modificações de volume. Comprime-se progressivamente o globo ocular. Abaixo de uma compressão egual á minima intraarterial não se vê nenhuma pulsação. Quando aparecem os primeiros batimentos, alcança-se

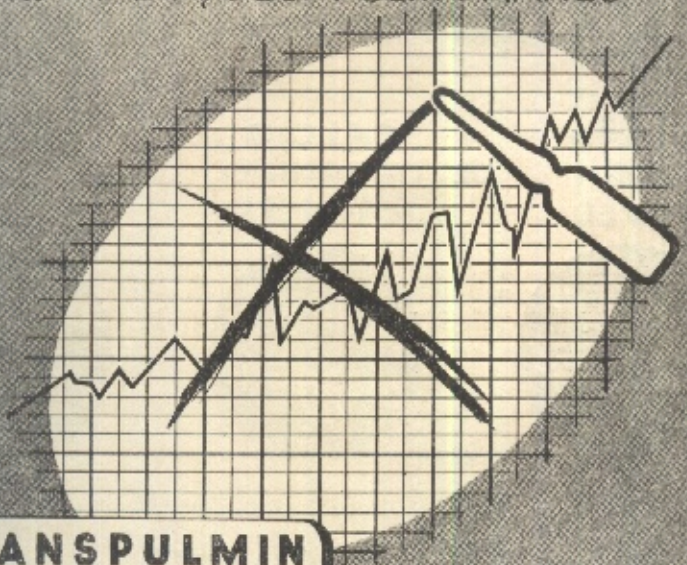


uma compressão do vaso egual á minima intraarterial (fig. 2, 1). Regista-se o valor indicado neste momento pelo dinamometro. Continua-se então a aumentar a compressão: a arteria pulsa cada vez mais forte (fig. 2, 2), acabando por deprimir-se totalmente entre cada pulsação; neste instante, a arteria se esvasia e se enche ritmicamente de sangue (fig. 2, 3); regista-se novamente o gráo de compressão. A diferença entre os dois valores de compressão obtidos méde a resistencia que a arteria opõe ao seu esmagamento", que, no individuo normal, é sempre inferior a 10 grs. Entre varios factores que fazem variar o valor desta resistencia, a rigidez arterial é o mais importante." (Fritz).

Fritz destaca, após exame minucioso de todos estes factores, quatro tipos de circulação retiniana patologica, indicando tambem as deficiencias visuais que determinam, o prognostico que comportam e os tratamentos que são indicados.

"O primeiro tipo a considerar é aquele em que uma rigidez arterial fraca, igual ou inferior a 10 grs., se encontra com hipotensão da minima, sendo o calibre arterial normal ou ligeiramente estreitado. Com excepção das papilas levemente palidas, o aspéto oftalmoscopico é normal. Ao contrario, a agudeza visual é geralmente reduzida a cerca de 0,1, com a caracteristica de apresentar, fóra de qualquer variação do tonus ocular, melhoras e agravações transitorias paralelas ás transformações

contra AFECÇÕES PULMONARES:



TRANSPULMIN

(3% de quinina basica, canfora e oleos volateis)

Gripe, Bronquites aguda e cronica, abcessos pulmonares, Bronco-pneumonia, Bronco-ectasias, etc.

Embalagem: Caixas de 3, 6, 12, 75 e 250 amp.

SOLVOCHIN

(Quinina em solução aquosa a 25%, pH-7,2)

Especifico contra a pneumonia cruposa, taquicardia paroxismal, inercia uterina, etc.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 ampolas

SOLVOCHIN-CALCIO

(1 ampola de 3 cc. contém 1 cc. de Solvochin e 0,072 gr. de calcio)

Solvochin-Calcio reune a ação anti-toxica, pneumococo-especifica da quinina ao efeito anti-exsudativo e anti-flogistico do calcio.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 x 2,5 cc. e 3 x 5 cc.

Homburg

Representantes para o R. G. do Sul

Weskott & Cia.

Porto Alegre — Caixa Postal, 75
Pelotas — Caixa Postal, 258

FLUOCAL LECITHINADO

EMULSÃO AQUOSA ESTAVEL DE CALCIO ORGANICO, MAGNESIO E LECITHINA DE OVO

REMINERALIZA E RECALCIFICA → TUBERCULOSES LYMPHATISMO CHLOROSE

TONIFICA O ORGANISMO → EMMAGRECIMENTO ANEMIAS CONVALESCENÇAS

TONIFICA O SYSTEMA NERVOSO → NEURASTHENIA CANSAÇO CEREBRAL ESGOTAMENTO NERVOSO

NEURILAN

Poderoso calmante do systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa, nos desequilibrios vasomotores, palpitações, insomnia, dyspepsia nervosa.
A' base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendro.
Dóse: 1 a 2 colheres das de chá em agua assucarada ás refeições.

NÃO DEPRIMENTE

NEURILAN

Lab. Gross - Rio

da circulação central. Esta é frequentemente pouco ativa, com bradicardia e, ás vezes, arritmia. Não ha particularmente glicosuria, albuminuria e nem uremia. A prova, porem, de eliminação da fenolsulfonaftaleina se apresenta muito inferior á normal.

Administrando a estes doentes medicação vasodilatadora, vêm-se os fenomenos se agravar, ao mesmo tempo que sincopes graves pódem sobrevir. Instaurando-se, porem, tonicardiacos e pulverizações locais fre-

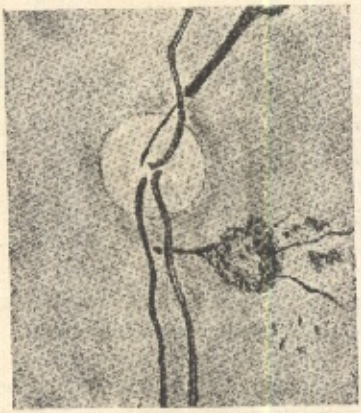


Fig. 3 — Caso de Borgono, segundo Luque, em que se vêm o entrecruzamento patologico, com achatamento venoso, e zona hemorragica alem do entrecruzamento.

quentes de adrenalina nas fossas nasais, a visão se restabelece progressivamente a ponto de alcançar 0,6.

No segundo tipo, uma rigidez arterial fraca, avaliada por medida inferior a 10 grs., se associa á hipertensão da minima, enquanto o calibre arterial está normal ou ligeiramente aumentado. Este tipo é particularmente importante, porque a ele pertencem, na maior parte das vezes, as hemorragias do corpo vitreo e cerebrais. A visão, fóra destes acidentes, permanece intata. O fundo de olho se apresenta normal. Os exames laboratoriais de urina, de sangue, e a prova de eliminação da fenolsulfonaftaleina são normais.

Fóra das crises cardiacas de hipertensão, o aparelho circulatorio é geralmente normal. Os medicamentos vasodilatadores têm os mais ativos efeitos sobre este tipo circulatorio. Os hipertensores são muito ativos e formalmente contraindicados.

No terceiro tipo circulatorio a arteria central de rigidez acentuada, de mais de 20 grs., se associa á hipotensão ou pressão normal e se acompanha muitas vezes de estreitamento muito marcado e irregular. A visão é profundamente comprometida, verificando-se nos casos mais graves atrofia do nervo optico. Os vasos podem apresentar sinais oftalmoscopicos de esclerose. A pesquiza de glicosuria, albuminu-

ria, azotemia, e do funcionamento renal, nada mostra de particular. A medicação iodetada, mais do que os vasos constritores, associada a estimulantes da circulação central, parece ser favoravel.

O quarto tipo que reune uma rigidez arterial forte e hipertensão, sendo normal o calibre arterial ou irregularmente estreitado, é um estado circulatorio compensado; no geral, as pressões sanguineas mais consideraveis podem ser atingidas sem acidentes hemorragicos, nem grandes diminuições da visão.

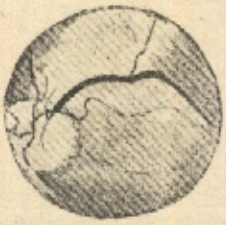


Fig. 4 — Entrecruzamento patologico com deformação distal da veia papilar nasal superior.

A' medida que estas hipertensões bem toleradas se tornam mais pronunciadas, observa-se rigidez mais elevada. A papila se torna congestiva e a visão diminue progressivamente com a presença de edemas retinianos. Os vasodilatadores, geralmente pouco ativos, melhoram os casos em que pódem exercer sua ação."

Sinais oftalmoscopicos da hipertensão arterial aguda

Em duas entidades morbidas que se acompanham de elevação aguda da tensão sanguinea, a glomerulonefrite difusa aguda e a eclampsia gravidica, concorre a angioscopia de modo decisivo em o diagnostico diferencial, elucidando o tipo e a natureza primaria da hipertensão. Nestas, como nas formas subagudas e suberonicas de glomerulonefrite difusa, de acôrdo com a classificação das nefropatias de Vohlard e Far, não se evidenciam alterações nas paredes vasculares retinianas, durante toda a evolução das nefrites, embora possam, nas agudas, coexistir isquemia generalizada, revelando-se na retina constrição vascular, e, nas cronicas, edema papilo-retiniano e fócos hemorragicos.

A ausencia de alterações das paredes arteriais permite ao clinico fazer a diferenciação destas nefropatias com o quadro sindromico identico, que aparece durante a evolução ou no final das fórmas cronicas (rim atrofico secundario), no qual os entrecruzamentos são patologicos, demonstrando o grão de alteração esclerotica das paredes arteriais (Urrets).

Para o pratico, no conceito de Luque, já hoje firmado solidamente, "o importante é saber que cuidadosa exploração angioscopica retiniana lhe permite firmar diagnostico, na maior parte dos casos, de glomerulo-

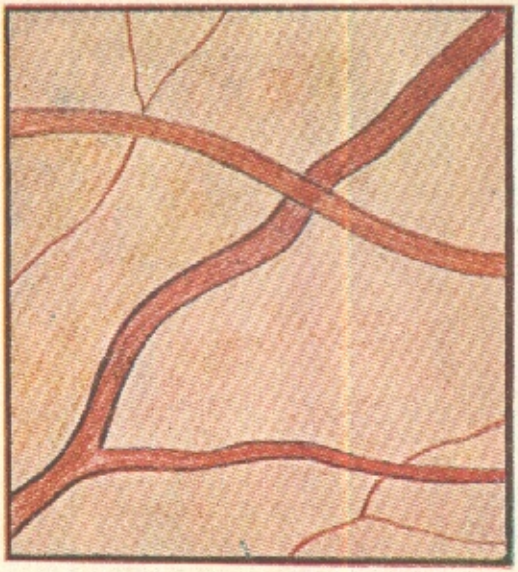


Imagem n.º 1 (Arruga)
Entrecruzamento normal.

Imagem n.º 2 (Arruga)
Entrecruzamento com leve esclerose arterial.
A veia está oculta sob a arteria.

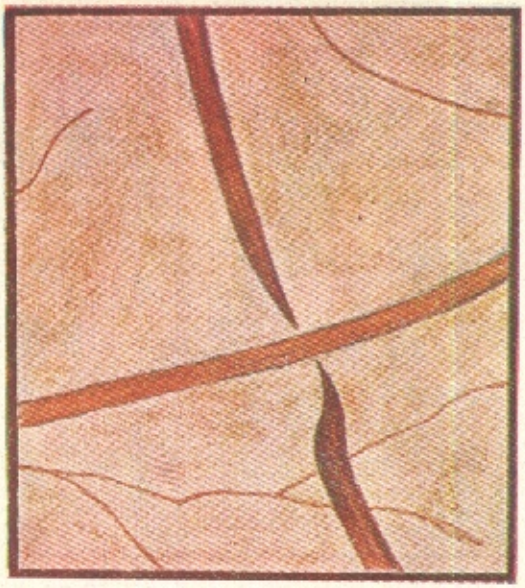


Imagem n.º 3 (Arruga)

Depressão venosa ao nivel do entrecruzamento.

Imagem n.º 4 (Arruga)

Arqueação e afastamento do curso da veia ao nivel do entrecruzamento.

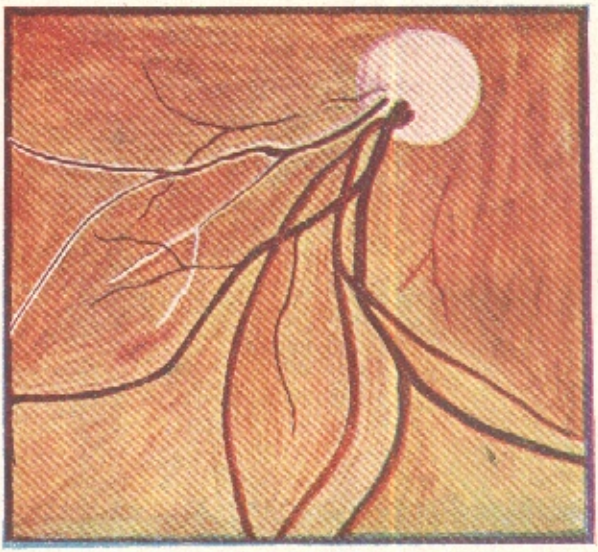


Imagem n.º 5 (Arruga)

Periarterite e aspéto de fio de cobre das arterias descendentes.

nefrite aguda antes que a evolução da doença lhe possa a isso autorizar. E isto é tanto mais importante quanto sabemos que, muitas vezes, a glomerulonefrite aguda, tal como se nos apresenta, não é mais que episodio agudo na evolução insidiosa de processo renal antigo. Nestes casos, a angioscopia retiniana demonstrando a presença de alterações vasculares proprias á hipertensão arterial antiga, poderá estabelecer em bases solidas, o conceito clinico do internista."

Mas si bem que em numero reduzidlo de casos, doentes idosos acometidos de lues ou nos alcoolatras inveterados, sejamos expostos á falsa interpretação, a angioscopia, diz ainda este autor chileno, é tão

Fig. 5 — Sinuosidade venosa e esclerose arterial.

indispensavel como a dosagem da azotemia ou a avaliação da pressão arterial. Poderá ser mais importante ainda, porquanto nos dá ela a chave da verdadeira natureza da hipertensão arterial, quer verificando a normalidade absoluta do aparelho vascular, como nas glomerulonefrites agudas verdadeiras, quer estabelecendo lesões vasculares antigas, testemunhas da nefrite cronica até então não diagnosticada (Luque).

Na classificação de Vohlard, a glomerulonefrite difusa aguda é tambem denominada isquemica, por isso que o fato fundamental observado reside na vacuidade sanguinea dos capilares dos glomerulos.

E' a isquemia, no quadro anatomico desta nefropatia, seu fundamento patogenico, explicada por angiospasmo dos vasos aferentes do glomerulo, que é observado tambem fóra do aparelho renal, em toda a arvore vascular, sobretudo nos vasos retinianos acessiveis mais facilmente ao exame diréto em qualquer fase de evolução da doença. A universalidade deste sintoma levou Munk a considerar a glomerulonefrite aguda como afecção geral do aparelho vascular.

Não vamos entrar no estudo dos fatos, por sair fóra da alçada deste trabalho, que condicionam as duas correntes de opinião que interpretam a glomerulo nefrite difusa aguda ou como perturbação funcional, angiospastica, com Volhard e sua escola, ou, como querem outros, processo de natureza inflamatoria.

As manifestações retinianas deste processo geral de isquemia aparecem precocemente, nos primeiros dias da doença renal, e desaparecem rapidamente, como se observam quasi sempre.

A par dos sintomas gerais particulares a essa nefropatia aguda, que caracterizam quadro de autointoxicação mais ou menos profunda, surge, desde logo, de maneira prematura, a hipertensão arterial, quasi constante, com facilidade tambem verificada á investigação tensional das arterias retinianas.

Nos momentos iniciais da nefropatia, Urrets e Brandan assinalam a diminuição acentuada do calibre das arterias retinianas, explicada pelo fenomeno fugaz angioespastico, o aumento e a flexuosidade das veias e discréto edema do pólo posterior, difuso; alterações fugazes estas que desaparecem rapidamente, com ausencia de sintomas subjetivos, pela natureza e pela pouca intensidade das alterações referidas.

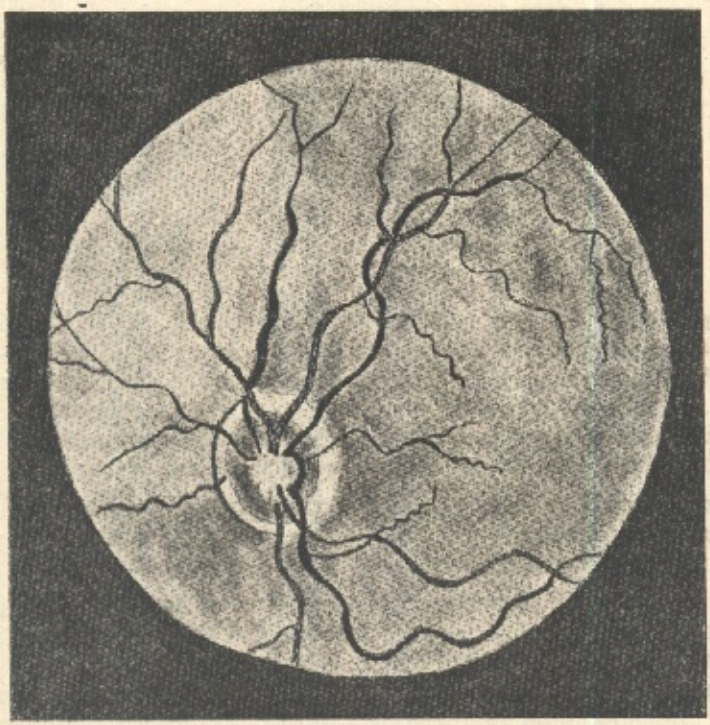


Fig. 6 — Fundo de olho, segundo Borgono (Luque). Sinuosidades das pequenas veias paramaculares e entrecruzamentos patologicos.

Passada a fase isquemica da doença, o exame oftalmoscopico (Urrets) revéla o fundo normal, embora persistam os sintomas nefriticos e a hipertensão arterial.

Nas fórmas graves de glomerulo nefrite aguda, em que a isquemia é mais profunda e prolongada, observam-se (Urrets) hemorragias, manchas brancas e intenso edema.

Ademais, devemos chamar atenção que na nefrite difusa aguda ha ausencia de alterações de esclerose das paredes vasculares, como nas fórmas subagudas e subcronicas e na nefropatia gravidica verdadeira.

Este fáto é fundamental tambem no perquirir o diagnostico etiologico diferencial entre a hipertensão gravidica genuina e a determinada pela nefrite cronica da mulher gravida.

Aqui, o estudo angioscopico retiniano nos traz contingente valioso e decisivo de fatos que elucidam imediatamente a natureza do processo inicial, o que nenhum outro meio de diagnostico é capaz de fazer.

A nefropatia gravidica que apresenta caracteres que a filiam tanto ás nefroses como ás nefrites, reune um complexo de sinais vasculares, renais e toxicos tambem presente no quadro clinico da gravida que antes da prenhez sofria de nefrite cronica, agravada durante a gestação pela ação toxica dos produtos placentarios.

"Tal diferenciação, quando não fôra feito o diagnostico da nefrite em exame anterior á gravidez ou em seu começo, é quasi impossivel para o pratico. O quadro clinico é o mesmo, a epoca do aparecimento dos acidentes que denunciam a doença póde ser a mesma, assim como os sintomas renais e circulatorios, aos quais se associam iguais acidentes eclampsicos e a mesma terminação pela morte da mãe ou do féto. A distinção tem verdadeira importancia prognostica. Ao tocólogo póde apresentar-se o problema de saber si o esvasiamento uterino será ou não seguido da cura da doente. No caso de tratar-se de nefropatia gravidica, deve-se esperar a cura, porque a supressão da causa trará de ordinario o desaparecimento do quadro patologico. No caso de nefrite preexistente, as cousas se passam em geral distintamente" (Urrets e Brandan).

Era este um dos problemas mais dificeis e dolorosos para o clinico e para o oftalmologista, até poucos anos atraz, que sabiam das dificuldades a enfrentar para chegar a exato diagnostico e resolver questão tão angustiante. Agora, a oftalmologia oferece com a maior segurança os elementos fundamentais para a solução clara e definitiva deste sério problema medico. Do mesmo modo, ela, com a mesma exatidão, concorre para a elucidação etiologica das retinites gravidicas, quer de origem eclampsica, quer de natureza nefritica.

A nefropatia gravidica genuina, quer considerada como determinada por produtos toxicos de origem placentaria, quer como devida á vaso constrição geral espasmodica ou funcional, apresenta oftalmoscopicamente lesões identicas que as estudadas na fase isquemica das glomerulo-nefrites agudas, subagudas e subcronicas, isto é, edema, manchas brancas e hemorragias, mas, fáto essencial, integridade das paredes vasculares da arvore retiniana. A toxemia gravidica sendo, no conceito patogenico, considerada como doença geral dos tecidos (histopathia gravidarum), explica o porque da angioscopia retiniana poder estudar a distinção nosologica entre a nefropatia gravidica genuina e a pseudoeclampsia de natureza gravidica. Nesta, ao contrario da primeira, ostentam os vasos retinianos lesões proprias á nefrite cronica preexistente á gravidez, isto é,

alterações de transparencia, modificações patologicas nos entrecruzamentos arteriovenosos, desigualdade de coloração e de calibre.

Cabem a Guist e Salus, Urrets e Brandan, Monckenberg, Luque e muitos outros o merito de estudar os fundamentos destes trabalhos realizados conjuntamente em colaboração pelo oculista e pelo obstetra. Este ultimo autor refére que nos casos de dissociação dificil entre nefropatia gravidica genuina e glomerulonefrite aguda apresentada durante a gravidez, a presença da retinite no quadro retiniano, pois que em ambas ha integridade das paredes vasculares, inclina o diagnostico a favor da nefropatia gravidica.

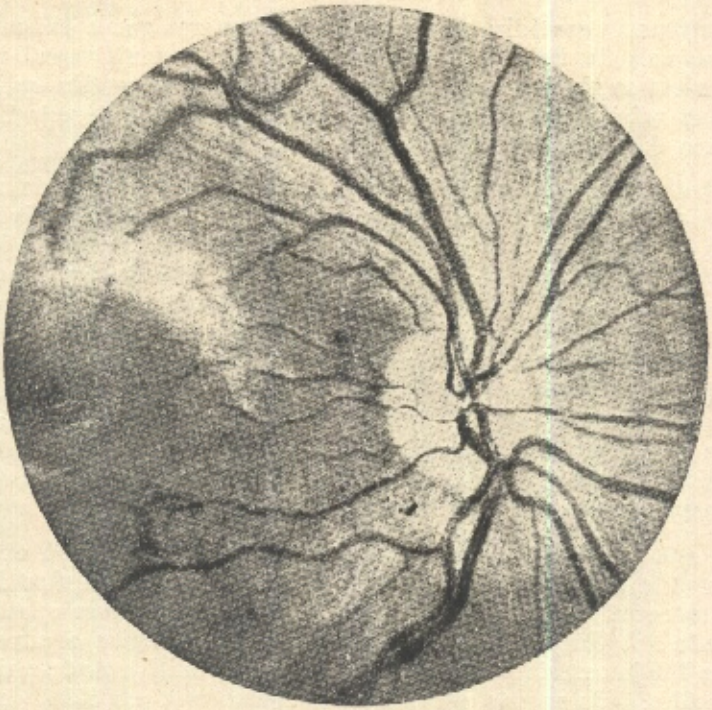


Fig. 7 — Retinografia de fundus oculi normal.

Nas nefrites difusas subagudas e suberonicas, as lesões dos vasos da retina são de natureza degenerativa e similares ás lesões renaes e o quadro oftalmoscopico mostra o mesmo aspéto do observado no periodo final das nefrites cronicas e da nefroesclerose maligna, sem porem haver alterações vasculares de esclerose retiniana que nestas sempre se encontram.

Sinais oftalmoscopicos das hipertensões cronicas permanentes

A oftalmologia, com os elementos hodiernos de especulação cientifica, é capaz não só de caracterizar o tipo de hipertensão arterial, pelo estudo das lesões e das alterações vasculares retinianas, como tambem de

fazer o diagnostico retrospectivo, fixando, sobremaneira, o aspéto inicial da hipertonia essencial de Schieck, tambem denominada de hipertensão pura, genuina, primitiva, de hipertensão corada, angioespastica ou pletorica de Vohlard, ou de hipertensão solitaria. Não pretendemos aqui discutir a patogenia renal, suprarenal ou vascular, ainda até agora tão obscura pelos argumentos contraditorios que o estudo das hipertensões primarias oferece, bem como não iremos descrever o mecanismo de regulação tensional e nem tratar dos seus centros nervosos bulbares e hipotalamicos. O nosso escôpo é mais modesto, mas nem por isso menos interessante, dêsque levamos ao clinico um cabedal de observações e de ex-

Fig. 8 — Tortuosidade congenita.

perimentos que lhe permite de módo precoce dilucidar a natureza primaria ou secundaria da hipertensão e que lhe dá recursos suficientes para distinguir o aspeto clinico desta ou daquela entidade nosologica e precisar a evolução de outras, fixando-lhes de antemão as suas caracteristicas essenciais.

Haveria, baseado na classificação de Vohlard, duas fórmas de hipertensão: uma corada, que seria constitucional e frequentemente hereditaria, propria dos pletoricos; e outra palida, ou toxica, consecutiva a lesões renais. Na primeira, a esclerose se estabeleceria nos grandes troncos arteriais e, na segunda, a esclerose atingiria arteriolas e capilares;

seria, pois, arteriolar. Nas formas palidas, as toxinas e os angioespasmos desempenhariam papel primacial no aparecimento das lesões de retinite, denominadas angioespasticas pela influencia do fenomeno vasoconstritivo na genese dessas retinites. Este estado de constrição vascular retiniano é observado nas nefrites agudas, como já vimos, em sua fase inicial e é transitorio, e nas nefroescleroses malignas, "determinando isquemia secundaria, tardia, que agrava o prognostico, já sombrio, e que desencadea processos degenerativos e hiperplasicos novos nas arteriolas, glomerulos e tubos pela diminuição da nutrição e asfixia das celulas".

Para Kahler haveria dois tipos de hipertensão: uma funcional, devido o aumento de excitação dos vasomotores dos centros vasculares cerebrais, que determinaria hipertonia das paredes das arteriolas (angioespasmo), reductivel, por consequencia; e outra, anatomica, devida a lesões nas paredes arteriolares (angiopatia) e, portanto, permanente.

Dai parte a distinção que faz Pal entre hipertensão e hipertonia. Na hipertensão as paredes das arterias sofrem passivamente a elevação da tensão sanguinea; na segunda, o termo hipertonia indica o estado ativo das paredes arteriais.

O termo hipertensão arterial solitaria exprime, na hipertonia pura, na fase inicial desta, a ausencia de qualquer outro sintoma ou de lesões organicas perceptiveis atualmente pelos nossos meios de investigação, acreditando alguns que este primeiro periodo, cujo unico sintoma apreciavel é a elevação de tensão sanguinea, corresponda á perturbações no mecanismo de regulação tensional dos centros cerebrais devidas possivelmente a causas humorais, psiquicas, hereditarias, enfim constitucionais. Puramente funcional, neste primeiro periodo, e por isso mesmo redutivel ao repouso e á medicação, torna-se a hipertensão, com o tempo, permanente, coincidindo então com alterações anatomicas vasculares de esclerose, que a estabilizam definitivamente.

Cabe-nos agora traçar o conjunto de sintomas retinianos quer numa quer noutra fórma de hipertensão.

Na hipertensão essencial ou genuina ha um sinal retiniano, caracteristico, que a individualiza e a separa, desde o inicio, da hipertensão palida, secundaria ou toxogena de Pal e que permite "durante toda a vida do doente, até no periodo final em que as complicações derivadas da lesão renal possam já existir, obrar como testemunha do caracter primario de sua hipertensão".

E' a tortuosidade dos pequenos vasos perimaculares e, em especial, a das venulas. Pal e Guist consideram esta flexuosidade como sinal patognomonico da hipertonia essencial. Urrets e Brandan, porem, não conferem a ele tal valor, por mais que o sinal seja frequente, no diagnostico diferencial com hipertensão nefritica, onde tambem o encontraram com alguma frequencia.

No entretanto, Luque, em recente trabalho, volta a frizar a evidente importancia semiologica da tortuosidade das venulas perimaculares, conhecida pela denominação de sinal de Guist, cuja patogenia está liga-

PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo escrupulo e escorreito de impurezas;

Por dever a sua composição a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

PHOSPHORO

CALCIO

IODO;

Por ser absolutamente isento de alcool;

Por não produzir iodismo;

Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);

Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;

Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e

Por ser um TONICO PERFEITO na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

—o—

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUIDO E CHAULMOOGRICO, SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Para a tosse e suas funestas consequencias, uzar sómente

Peitoral de Angico Pelotense.

E' tiro e queda.

EQUILIBRIO
DO
SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO
GASTRO INTESTINAL

FORMULA:

Atropina (Sulf.) 0,004
Eserina (Salicyl). 0,006
Extr. fl. Rhamnus purshiana, sem amargo, ... 10 c.c.
Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO VAGO SYMPATICO GASTRO-INTESTINAL

ENTEROTONUS

Prisão de ventre rebelde
Perturbações do plexo solar
Dyspepsia nervosa
Meteorismo – Aerocolia
Aerofagia – Colites

ENTEROTONUS
O
PODEROSO REGULADOR

Laboratorio do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.
Av. Mem de Sá, 216 - Rio de Janeiro

da á integridade do aparelho venoso, sobretudo a das pequenas veias retinianas que, obrigadas a suportar pressão sanguinea exagerada, adaptam-se, de conformidade com leis fisicas que regularizam o funcionamento dos tubos elasticos, aumentando a tortuosidade de seu trajeto. Evitam, assim, elas, o perigo de ruptura, ao qual dificilmente escapam nas elevações paroxisticas da pressão, tão frequentes nesses hipertensos primarios" (Luque).

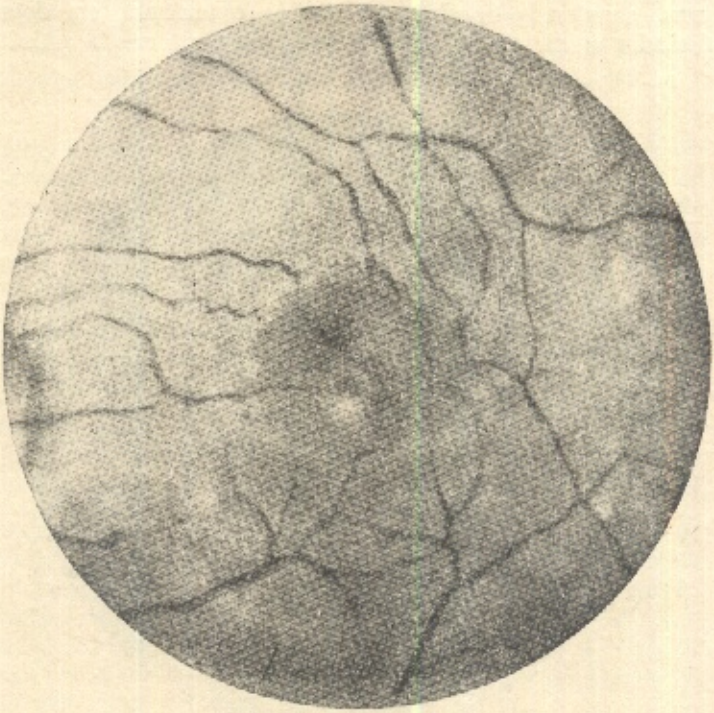


Fig. 9 — Sinuosidade dos vasos perimaculares (hipertensão solitaria).

Alem do sinal de Guist, ha a registar na hipertensão solitaria a frequencia dos entrecruzamentos anormais de 2.º e 3.º gráos, da descoloração e irregularidades das arteriolas, sintomas que foram observados em 66% dos casos, nos quais o exame clinico era por completo negativo (Urrets e Brandan).

Autorizam estes fatos a afirmar-se que o exame oftalmologico é o metodo que permite descobrir com maior precocidade as alterações vasculares produzidas pela hipertonia arterial genuina (Urrets e Brandan).

Na hipertensão arterial toxogena ou secundaria tanto observada na glomerulo nefrite cronica, em sua fase de insuficiencia, como encarada na nefroesclerose maligna, o quadro oftalmoscopico retrata, com fidelidade, não somente as modificações vasculares determinadas pela isque-

mia ou pelas lesões arteriais e venosas (endovasculite e perivasculite), mas tambem refléte, de maneira permanente, as profundas alterações espelhadas na superficie retiniana, da grave autointoxicação geral, cujas origens se encontram nos disturbios metabolicos dos hidrocarbonados e das lipoproteinas e cujo "primum movens" se perde ainda no misterio e nas incognitas da endocrinologia."

Embora o aspéto oftalmoscopico dessas afecções seja polimorfico, ha, porem, constancia de sintomas que se encontram, em determinados casos, isolados e, em outros, agrupados e que conferem á retinite de origem vasculotoxogena, denominada albuminurica, caracteristicas essenciais ao seu diagnostico, tais como o edema papiloretiniano, a estrela macular, as manchas brancas, os fócos hemorragicos, etc.

Fig. 10 — Entrecruzamentos patologicos.

Do mesmo módo, o cortejo de sinais clinicos, que coexiste com o quadro oftalmoscopico classico desses disturbios retinianos, é constante, traduzindo tambem, em alto gráo de toxicidade, o disturbio metabólico pelo emagrecimento, pela cefaléa, pelos vomitos, pela astenia, pela anorexia, pela sonolencia, etc.; demonstrando a grave insuficencia renal pela albuminuria, pela cilindruria, pela poliuria, etc.; e revelando as serias e definitivas alterações vasculares pela hipertensão arterial permanente e irredutivel.

Vamos, sucintamente, em ambas nefropatias, considerar as modificações vasculares, devidas á hipertensão toxica ou palida, e as alterações retinianas presentes tanto na nefropatia cronica de Vohlard, em sua III fase de insuficencia renal, como na nefroesclerose maligna, identificadas pelo mesmo aspéto oftalmoscopico, que varia sómente nesta ultima pela intensidade maior dos fenomenos toxicos e pela agravação, no periodo terminal da isquemia tardia, de sua sintomatologia e pela presença de lesões arterioesclerosicas de corioretinite. A coexistencia das lesões de corioretinite arterioesclerotica, denominadas hoje sinal de Urrets, permite distinguir, segundo este autor e Brandan, em 46% dos casos, a nefroesclerose maligna, onde são essas lesões observadas, da nefrite cronica.

Quer numa quer noutra afecção, ha lesões vasculares obliterantes e de perivasculites, entrecruzamentos patologicos, irregularidades dos vasos, descoloração de suas paredes, hemorragias, manchas brancas, edemas, frequentemente, porem, mais pronunciadas essas alterações na nefroesclerose maligna, onde, sobretudo, a esclerose vascular invade até os capilares retinianos, dando identidade de aspeto do fundo ocular a essas duas afecções, principalmente na fase final da grave claudicação renal, que encurta a sobrevivencia dos doentes a periodo assás limitado.

E', infelizmente, informação exata, a unica que a oftalmologia, nesta fase avançada da enfermidade, póde referir ao clinico, quando a par das lesões tipicas retinianas espelhantes da gravidade da autointoxicação geral se somam os sintomas clinicos da malignidade renal.

Julgamos ter, em breve sintese, exposto o que de mais importante se refere á oftalmoscopia das hipertensões arteriais e as suas relações com a medicina, procurando divulgar, especialmente entre os clinicos, estes modernos e palpitantes estudos de angioscopia clinica, que tão alto interesse por toda parte despertam, demonstrando a importancia que os estudos congraçados da Clinica, da Obstetricia e da Oftalmologia ultimamente vêm alcançando.

Larostidine „ROCHE"

Tratamento biochimico das
Ulceras
Gastro-Duodenaes,
pelo chlorhydrato de histidina

Producto original estudado por Weiss, Aron, em collaboração com a casa „Roche".

IMPORTANTE.

Solução a 4%, ampolas de 5cc., dóses preconisadas por Weiss, Aron e consagradas pela pratica.

Injecções indolores, intramusculares ou sub-cutaneas, diariamente durante tres semanas approximadamente.

Grande vantagem de preço.
Garantia da marca «ROCHE».
Caixa de 6 ampolas de 5cc.

Productos Roche S. A. - Rio de Janeiro

Notas sobre um caso de febre tifoide tratado pelo sôro

pelo

Professor Basil Sefton

Catedratico de Clinica de Doenças Tropicais e Infectuosas.

O tratamento da febre tifoide por meio de um sôro especifico, cujos resultados eram considerados, até ha bem pouco, muito menos satisfatorios que os obtidos com o uso profilatico de uma vacina especifica, foi objeto de estudo, durante mais de 30 anos, a começar pelas pesquisas de Bokenham em Londres e de Tavel e Krumbein de Berna, realizadas nos derradeiros anos do seculo passado, e que consistiram na imunização de cavalos, por meio da inoculação de bacilos de Eberth.

Em 1906, Macfadyen e Besredka apresentaram um sôro destinado ao tratamento da febre tifoide, o qual, infelizmente, teve reduzida aplicação clinica.

No ano seguinte, Chantemesse publicou os resultados que obteve com o uso de um sôro oriundo de cavalos que haviam sofrido uma prolongada imunização por meio da inoculação de culturas virulentas de bacilos tificos, mortas pelo calor.

Esse autor disse ter conseguido abaixar a mortalidade da dotienenteria em Paris, de 17 para 4,3%.

Atribuiu o efeito benefico obtido com o seu sôro a uma ação opsonizante e anti-toxica, não obstante haver Wright sugerido que o citado sôro continha um residuo de antigeno tifoides e que, por isso, funcionava como uma vacina bacterica, e não porque contivesse quaisquer anticorpos protetores.

Nos ultimos dez anos os principais trabalhos nessa esfera são devidos aos serologistas franceses, e particularmente a Rodet, que preparou soros, imunizando cavalos por meio de injeções endovenosas de culturas novas em caldo. Ao sôro por ele obtido eram atribuidas as virtudes de mitigar a febre e os outros sintomas toxemicos e de evitar as complicações, reduzindo assim a mortalidade.

Mais tarde Grasset e Gory colheram bons resultados clínicos com um sôro obtido pela hiperimunização de cavalos, mediante a injeção de autolizados formolados de bacilos tifoides.

Grasset, continuando as suas pesquisas em Johannesburgo, observou que alguns doentes não colhiam beneficios do sôro preparado com raças europeas, concluindo desse fato, que as raças de bacilos tifoides sul-africanos diferiam das do velho mundo. Alegava que tal sôro era tanto antitoxico como antibacterico, que a atividade do mesmo residia na fração pseudoglobulinica e que os melhores resultados terapeuticos eram obtidos quando se começava o tratamento na fase inicial da doença, isto é, dentro dos primeiros 12 dias.

Em 1928, Reinthaber ensaiou um sôro antiendotoxico, preparado por Kraus, tendo verificado que o mesmo modificava a gravidade dos sintomas e encurtava o curso da doença.

Mais recentemente (1930), Gross, do Instituto Behring de Marburgo, preparou um novo sôro, imunizando cavalos por meio de toxina necrosante. Esse sôro, dizia o seu autor, era dotado de propriedades tanto curativas como profilaticas.

Tambem o sôro de convalecentes tem sido empregado no tratamento da febre tifoide. Dos resultados com ele obtidos não são conhecidas estatisticas importantes. Um dos maiores obstaculos á sua aplicação reside no fato de não poderem, sem grave prejuizo, dispor de sangue, os convalecentes de tão debilitante doença.

Já que citámos o emprego de sôro de convalecente, seja-nos licito mencionar um outro metodo, tambem recente, que vem dando resultados extraordinarios em molestias outrora quasi sempre mortais.

Queremos referir-nos á imuno-transfusão de Wrigth, que pela primeira vez, a preconizou no tratamento das septicemias, bem como das febres tifoide e paratifoides, baseado no fato de que o bacilo de Eberth e os paratifoides determinam uma duradoura imunidade especifica, evidenciada pela aglutinação durante muito tempo, após a cura clinica.

Os primeiros casos, publicados por Tremolières e Tzanck, consignam resultados extremamente interessantes nas febre tifoide e paratifoides complicados com hemorragia, nas formas hipertermicas e ataxoadinamicas e nas de evolução anormal, protraidas, reincidentes, etc.

Trabalhos recentes de Felix demonstraram que certas raças de bateria tifosa contêm em sua composição, além dos componentes flagelar (H) e somatico (O), um antigeno Vi que se relaciona com a virulencia. Demonstrou ainda esse investigador do Instituto Lister de Londres que o correspondente anticorpo Vi, confere proteção contra infecções de raças extremamente virulentas, tolhendo e suprimindo a sua multiplicação, sendo que a função do anticorpo somatico O é neutralizar a endotoxina da bacteria tifosa.

Conclue o eminente imunologo que a eficacia terapeutica de um sôro antifico depende da presença desses dois anticorpos, sendo que o seu teor em antitoxinas póde ser determinado pela aglutinação e pelos resultados de testes de proteção em camondongos.

Felix, obtida a quantidade suficiente de seu novo sôro, partiu para Palestina em Outubro de 1934, onde irrompera um surto epidemico de febre tifoide de carater grave. Lá chegado, dirigiu-se ao distrito de Jaffa-Telaviv, onde a incidencia do mal era bastante elevada.

Aplicou-o em 60 pacientes recolhidos aos hospitais municipais e alemão de Jaffa-Telaviv-Jerusalém.

Esses casos foram escolhidos dentre os mais graves e divididos em dois grupos: os primeiros apresentando intensa toxemia, e o outro grupo caraterizado pela elevada pirexia. Na maioria dos casos o tratamento teve inicio no decurso da 2ª e 3ª semanas de doença com sintomas plenamente desenvolvidos.

Os resultados obtidos foram os seguintes: Nos 17 casos testemu-

nhas, submetidos a injeções intramusculares e endovenosas de sôro normal de cavalo, não se observou um unico exemplo de modificação dos sintomas toxemicos que apresentavam os pacientes. Em alguns casos, a pirexia declinou um pouco, mas esse efeito foi apenas temporario, tendo se elevado, de novo, a temperatura. O estado geral da maioria dos pacientes tratados com sôro normal de cavalo, tornou-se peor do que antes, tendo essa circumstancia contribuido para que os medicos abandonassem o seu uso, no curso das observações. Os restantes 43 casos eram assim classificados: 1 benigno, 9 de gravidade moderada, 21 designados como muito graves e 12 como extremamente graves.

Este ultimo grupo era composto de pacientes que, antes do inicio do tratamento seroterapico, foram considerados em estado desesperador ou mesmo moribundos.

Com o emprego do sôro especifico, verificou-se que o efeito sobre os sintomas toxicos era mais intenso e mais regular que sobre a temperatura. Dos 43 casos, 33 apresentavam toxemia de intensidade variavel, indo do simples estupor ao intensissimo estado tifoso.

Desse apenas 9 não tiveram seu estado modificado pelo tratamento, emquanto em 24 os sintomas toxemicos cessaram, após a segunda e a terceira dose de sôro, não reaparecendo. Alem disso, a febre foi abreviada e definitivamente suprimida em 23 casos. A ação antitoxemica e antipiretica do sôro manifestou-se mais intensa com a administração endovenosa.

A poderosa ação antitoxica do imuno-sôro por meio de duas ou tres injeções aplicadas intramuscular ou endovenosamente, cada 24 horas, transformava a condição do doente de completa inconsciencia num estado de perfeita euforia.

Este effeito era mais acentuado nos doentes em que desapareciam os sintomas toxicos, embora a temperatura continuasse elevada.

Como prova da eficacia heroica do sôro, citaremos dois casos tratados pelo Dr. Reitler no Hospital governamental de Jaffa. "Uma mulher de 32 anos apresentou no 32° dia de sua febre tifoide sintomas meningiticos e intenso estado tifoso.

A punção lombar revelou um liquido claro, sob pressão; 70 centicubos do liquido foram extraidos e 40 centicubos de sôro antitificos injetados no canal raqueano, observando-se ligeira melhora. A mesma operação foi repetida 48 horas mais tarde, do que resultou a cura. A paciente teve alta do hospital 14 dias depois da segunda injeção de sôro Vi."

.. O segundo caso, foi o de um rapaz de 20 anos, com perfuração de uma ulcera tifoidea. Esse paciente no 14° dia de doença, em estado de inconsciencia, foi operado pelo Dr. Thomson, cirurgião de Jerusalém, 18 horas após a perfuração, tendo sido deitados 80 centicubos de sôro antitifico diretamente na cavidade peritonial.

O doente tambem recebeu 50 centicubos de sôro por via intramuscular. Salvou-se, e o cirurgião atribuiu este fato exclusivamente ao tratamento sôroterapico.

Segundo Felix, não padece duvida que a atividade antitoxica do

novo sôro é devido á presença do anticorpo O, pois, o sôro n.º 2 com titulo O de 1 em 40.000, atuava mais fortemente sobre os sintomas toxicos do que o sôro n.º 1 com um titulo O de apenas 1 em 20.000.

Admittindo-se que a pirexia seja a expressão de multiplicação dos germes invasores com consequente produção de toxina, conclue-se, dos experimentos de proteção em camondongos, realizados com o anticorpo Vi exclusivamente, que a sua ação supressiva da invasão se revelava mais claramente, pelo refreamento de intensidade da pirexia da fase incoativa, e nas recaidas da febre tifoide.

Portanto, quanto mais cedo se submeter o individou ao tratamento serico, maior será a oportunidade dada ao anticorpo Vi de exercer a sua função supressora do periodo de invasão, tão claramente revelada nas experiencias em camondongos.

As notas que vimos apresentar, referem-se a J. C. P., com 16 anos, branco, solteiro, cadete naval da **Mercantil Marine** e membro da tripulação do vapor inglez **Araby**, atracado ao armazem A 6 do nosso porto.

Segundo dados, por nós colhidos, começou sua doença no dia 8 de Julho pp., quando, depois de haver jogado uma partida de **foot-ball** na cidade do Rio Grande, sentiu logo após cansaço extremo, quebrantamente e como que **resfriado**, com tosse, corisa e acentuada protração.

Recolheu-se á sua cabine, conservando-se acamado, desde então, até o dia 10, quando o encontrámos em decubito dorsal, sonolento, deprimido com 40° C de calor febril.

Como houvesse varios casos de gripe a bordo, fizemos um diagnostico provisorio desta doença, medicando-o nesse sentido.

Na noite de 10 para 11, fomos informado de que sentira calefrio que duraram cerca de 10 minutos, apresentando no dia seguinte, temperatura de 39° 8, tosse, expectoração pouco abundante e ligeira cefalalgia que se manifestava periodicamente por ocasião dos acessos tussiculares com maior intensidade na região supra-orbitaria. Tomára, então, um grogue com cafiaspirina e, como não apresentasse melhoras, resolvera chamar-nos.

Informou ainda ser abstemio, não fazer uso de toxicos e ter tido, quando pequeno, sarampo, rubola, varicela e apendicite, da qual foi operado ha cerca de 3 anos, tendo sido vacinado contra a variola aos 2 anos, jamais feito uso de qualquer sôro ou bacterina preventiva. Não fuma, nega passado venério.

Nada de importante nos comunicou sobre antecedentes hereditarios, informando, apenas, ser seu pai comandante do transatlantico **Arlanza** e a mãe, enfermeira-mór de importante hospital de Southampton.

Astenico que é, encontrámo-lo num pequeno camarote de aberturas teladas e acamado num beliche inferior em posição activa.

Face crispada, congesta, palpebras marcidas, esternutações frequentes, olhos carnicentes, olhar languido, fotofobia; estado de nutrição satisfatorio, pele de côr normal, humida, paniculo adiposo escasso, musculatura bem desenvolvida, febre consideravel, emperatura axilar

39° 9 comfastigio pelas 18 horas, pulso radial 120. O exame dos aparelhos revelou-nos: Estertores roncantes e sibilancias disseminadas. Halitose, anorexia, lingua opalina com bordos e ponta avermelhados, fauces injetadas, abdome escavado de defesa e sensibilidade normais, obstipação.

Urinas escassas, hiperacidas, jumentosas, leve albuminuria, traços levissimos de acetona, presença de urubilinogenio, raros leucócitos e rarissimos cilindros hialinos; diazo-reação fracamente positiva. Baço e figado dentro dos limites fisiologicos. Pulso forte, regular, amplo e acelerado, pressão arterial Mx. 12, Mm. 7,5 (Ocilofon).

Na esfera nervosa e orgãos de sentidos, afóra o que já foi consignado, alem de paracusia, agensia, anosmia gustatoria, nada mais nos coube observar.

No dia seguinte, como persistisse intensa a febre e o ambiente não lhe fosse favoravel, resolvemos trasladar o nosso doente para o Hospital Alemão.

Nesse mesmo dia, tendo manifestado ligeira epistáxe, e ainda mais preocupando-nos a ocorrencia de uma diazo-reação com resultado positivo tardio (presença de precipitado esverdinhado, passadas 24 horas) reações de Marris e Russo positivas, resolvemos requisitar, no mesmo dia, uma reação de Widal e hemocultura em bile. O resultado da primeira foi negativo, emquanto a hemocultura se revelou positiva para o bacilo tifoide, na noite do dia 14.

Nos dias que se seguiram, a temperatura persistiu elevada, o pulso tornou-se dicroto, sobreveio diarréa fetida e apareceram algumas manchas roseas lenticulares, caracteristicas na parede abdominal. O doente, hebetado da vista e ouvidos, extremamente prostrado, caiu em intensa apatia.

Como se vê, apesar de começo atipico e falacioso, com ascensão subitanea de temperatura, etc., resultou o nosso caso numa forma comum de febre tifoide, pois, além de confirmado inequivocamente esse diagnostico pelo insulamento do bacilo de Eberth, manifestou-se, ainda, positiva, no decurso do 2° septenario, a sôro-reação de Widal.

Estabelecido, assim, o diagnostico, instituimos, sem mais perda de tempo, o nosso tratamento que constou da ministração da dieta de Coleman, por nós modificada, a qual assegura a genese do aproveitamento minimo de 3000 calorias diarias; como medicamento, fizemos uso da **estomosina anti-tifica**, que nos parece ter dado algum resultado.

Aproveitando a oportunidade pela qual ha muito anciavamos, solicitámos, com empenho, aos dirigentes locais da Mala Real Inglesa a encomenda, por cabograma, do novo sôro anti-tifoide de Felix, no que fomos integral e solicitadamente atendidos, pois o pedido foi imediata e simultaneamente feito para o Rio, Buenos Aires e Londres.

Das duas primeiras capitais responderam que o referido remedio era ali desconhecido, o mesmo não acontecendo com o pedido enviado á Inglaterra, pois tendo sido este feito telegraficamente, numa tarde de sabado, aqui chegava o precioso medicamento ás 24 horas de terça-feira, por um avião da Air-France, tendo pago, só de porte aereo, a bagatela de 16 esterlinos, ou sejam 1:400$000 aproximadamente.

Como, nessa ocasião, o paciente se encontrasse quasi apiretico, deixamos de empregar o sôro, o que só fizemos dias depois, em vista de se haver manifestado uma recaida com recrudescencia febril e toxemica.

A aplicação da solução de globulinas de Felix foi de um efeito verdadeiramente surprehendente. O doente, de novo com a economia conspurcada pelas toxinas ebertianas, recaido em profundo estupor a ponto de não se lembrar de nossa visita horas antes feita, após a 1ª injeção intramuscular de 33 centicubos do novo sôro, recebeu-nos no dia seguinte, sentado na cama com um euforico sorriso a secar a gilete com a qual ha pouco se havia barbeado.

Foram feitas mais duas injeções intramusculares de 33 centicubos com a interposição de 24 horas entre cada inoculação; como, porem o doente se queixasse de que a dor pelas mesmas produzida o privasse do sono, praticámos as duas ultimas por via endovenosa, o que precipitou um acidente serio com erupção urticarial generalizada, muito prurido, dores articulares e reação febril, que durou cerca de 4 dias, tendo dissipado todas essas manifestações com o tratamento classico.

O emprego deste sôro em maior escala, estamos certo, aplicará a voracidade desse Moloch moderno que tantas vidas jovens traga.

Como epilogo temos a satisfação de registrar que o cadete J. C. P., completamente curado, embarcará amanhã com destino a sua terra natal.

RESUMÉ

Dans le présent article l'A passe en revue les diverses étapes de la sérothérapie de la fièvre typhoïde pendant les dernières trente années.

Il se rapporte a la composition et l'efficacité du "sérum Vi", en faisant mention des résultats obtenus par son découvreur, le professeur Felix, et présente l'observation d'un cas de rechute de fièvre typhoïde de sa clinique, traité avec un bon succes par l'application de ce noveau sérum.

.. BIBLIOGRAFIA

The Lancet, 1934 II 186 —
The Lancet, 1935 I 799
Recent Advances in Vaccine & Serum Therapy, 157.

Endereço do autor: Caixa postal 541, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

LACTIPAN

Cultura liquida, concentrada, de fermentos lacticos vivos e activos, de 4 especies differentes, em perfeita symbiose.

■

O meio mais efficaz para o tratamento das doenças dependentes directa ou indirectamente do augmento das putrefacções intestinaes.

E' indicado tambem na insufficiencia hepatica ou renal e na arterio-esclerose.

■

Dóse: — 2 vidrinhos de Lactipan ao dia, em agua assucarada ou leite, são sufficientes para actuar um energico tratamento.

Instituto Biochimico Italo-Brasileiro Ltda.

São Paulo — Caixa Postal 2893, Rua Conselheiro Brotero 1263

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 especificas**, conforme observação do autor do processo, Dr. Aristides Monteiro. ("O Hospital", Outubro 1934).

2 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.

EMPÔLAS

Na

INFECÇÃO PUERPERAL

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

UTEROCALDO — filtrado de culturas da flora genital feminina.

Vacinação local

Empôlas de 5, 10 e 30 c. c.

VACINA PUERPERAL — 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.

Os fundamentos da ciencia medica e a imagem nova do homem*)

por

Dr. Decio Soares de Souza
Docente e Chefe de Clinica Psiquiatrica.
Alienista Chefe de Secção no H. S. P.

A medicina se propõe o estudo do homem em suas variações morbidas. Esse estudo tem as suas origens na participação afetiva ao sofrimento de outrem. Não fosse essa participação afetiva, que desperta o interesse e orienta a curiosidade para os dominios da investigação e do conhecimento, volveriam a face, os humanos, daqueles seres contaminados, diminuidos socialmente, empobrecidos em suas virtualidades animicas e vitais. Na investigação fenomenologica dos conceitos que representam o objeto e a finalidade da medicina, cumpre separar o que provem da realidade anterior á sistematisação da ciencia medica e o que decorre dos principios filosoficos que orientam essa sistematisação. Tal importa, porque a finalidade da ciencia é representar a realidade através de sua conceptualisação.

Precisando metodos e principios da ciencia medica, escreve Claude Bernard em sua obra classica: "Introdução ao estudo da medicina experimental": *Conservar a saude e curar as doenças*, eis o problema que a medicina propoz desde a sua origem e cuja solução cientifica procura ainda". No mesmo sentido escreve Diepgen em sua Historia da Medicina: "A medicina é tão antiga como a Humanidade. Esse fato tem origem em sua finalidade: a prevenção e a cura das doenças". Nestas citações, que poderiam ser mais extensas mas que são particularmente ilustrativas, resalta que a finalidade da medicina é a cura das doenças. Tal finalidade, entretanto, não é a que encontramos á origem da ação curativa que denominamos Medicina. Em suas origens, o objeto da medicina se recorta, através da participação afetiva, sobre a representação "homen doente". O homem não despertou ainda para a inquirição do conceito de doença e a sua ação já se faz eficiente no auxilio ao homem doente. Amparar o doente, restabelecer-lhe a energia vital diminuida, aliviar-lhe as dores eis a finalidade da ação medica em suas origens: auxilio ao doente e não a cura da doença. Para tanto se impunha que o objeto da medicina tivesse, desde o inicio, limites tão precisos como os que nos apresenta um individuo e relações afetivas tão profundas como as que se nos deparam na re-

* Conferencia realisada na Soc. dos Livre-Docentes da F. M. P. A. em Setembro de 1936.

presentação "homem doente". A medicina primitiva trabalha sobre esse objeto e só mais tarde se realisa a conceptualisação que dá origem ao conceito de doença. Na medicina, do Renacimento aos nossos dias, esse conceito se faz sempre mais extensivo, no sentido logico do vocabulo, e finda por apagar a representação individual do doente. Na medida em que evolve sob essa orientação, o ideal do conhecimento medico consiste em fundamentar o conceito de doença sobre a investigação analitica de sintomas e sua agrupação adicional. Com isso se afasta da finalidade da medicina a representação essencialmente unitaria e qualitativa do individuo doente para substitui-la pela representação universal do conceito de doença, modelado á feição dos conceitos que utilisam as ciencias fisico-matematicas.

Essa deformação da finalidade da medicina é exemplar em uma orientação filosofica, cujas origens datam do Renacimento: o Naturalismo.

Ao mesmo tempo que se processava essa deformação da finalidade da medicina, seu objeto sofria um empobrecimento semelhante. Da representação "homem doente", unidade antropologica qualitativamente individual, passou a medicina á representação do "corpo doente" como seu objeto. Essa transposição encontrou suas justificativas na mesma orientação filosofica — o Naturalismo — que despontou no Renacimento para dominar durante quatro seculos a sistematisação do conhecimento da Natureza e do Espirito.

Passemos a estuda-la em projeção historica.

Voltando a atenção para a historia, cumpre-nos sublinhar as relações estruturais entre a evolução da ciencia medica e a evolução da cultura humana. Quais sejam, segundo as epocas, as diretrises filosoficas do pensamento ocidental, tais serão os fundamentos normativos da medicina. Essa evolução, que estudaremos a seguir, não se poderia compreender si aceitassemos o corpo humano como objeto da medicina, tal como exige a orientação naturalista desta ciencia. Qual a razão dessas variações concomitantes entre a Cultura humana e uma esfera de conhecimento que teria por objeto apenas um aspéto da Naturesa? Porque a transformação dos principios sobre que assenta a ciencia medica consoante as variações epocais da cultura, si a medicina se propõe apenas a investigação, prevenção e cura das doenças do corpo humano, independente, por definição, das relações de valor? Sentimos aqui despontar um problema mais profundo e mais amplo do que poderia conter o conceito de doença. Esse problema, é o do "homem doente". Si a medicina se propõe por objeto o "homem doente", é compreensivel que todas as transformações da Cultura que modificam a imagem que o homem faz de si mesmo, tenham repercussão sobre os principios dessa ciencia. Estudaremos a evolução dos fundamentos da medicina, do Renacimento ao nosso seculo, como um aspéto da evolução, mais ampla, da Cultura.

A civilisação da Idade Media ocidental, escreve de Wulf em sua erudita "Historia da Filosofia Medieval", está impregnada de espirito religioso; uma atmosfera religiosa envolve todas manifestações da vida

familiar, social, politica, artistica e cientifica. Tudo que as raças novas recebem do passado, tudo que seu temperamento natural produz é fecundado pelo cristianismo" . . .

A imagem do homem, nesse periodo, é a imagem cristã do homem interpretada através da filosofia do Stagirita. O homem é considerado unitariamente, como individuo, a alma sendo o principio informativo do corpo. A atmosfera religiosa orientou, entretanto, a meditação predominantemente no sentido da vida interior e da interpretação dessa vida consoante os valores morais e religiosos. Dada essa particularisação, a medicina medieval é pobre, vive sob a autoridade da tradição. Embora isso, a imagem do homem sobre que assenta o conhecimento medico medieval, é a mesma que aceitamos hoje no periodo atual de renovação das ciencias que estudam o homem. O caracter unitario da concepção do homem como individuo em que espirito e corpo formam uma substancia composta desaparece da historia da medicina ao alvorecer do seculo XVI para reaparecer, revigorado, no pensamento do nosso seculo. Foi graças a esse criterio unitario que a Idade Media, compreendeu e ensinou, embora imprecisamente, a participação causal da conciencia pecadora na genese dos disturbios orgicos e psiquicos, estudos que atualmente, passados quatro seculos de critica mordaz e esquecimento, foram retomados pelos que procuram assentar a medicina sobre principios novos: FREUD, JANET, ADLER, SCHWARZ e, principalmente, STEKEL, entre outros.

A critica da concepção predominantemente religiosa da cultura medieval, aproximou a filosofia do Renacimento da Natureza. A pouco e pouco, rompe-se com a hierarquia das ciencias em cujo cimo se colocara a Teologia. As viagens alargam os horisontes terrestres; as lentes devassam as esferas fechadas que envolviam a Terra. Voltados para o mundo exterior, os sentidos satisfazem-se livremente na objetividade corporea da natureza. Pseudo-valores vitais vão substituir os valores do espirito. E o homem, a quem o Cristianismo ensinara um gesto de humildade ante a imperfeição de sua vida interior, procura agora ser apenas homem no transbordamento das energias vitais, na satisfação integral das tendencias instintivas, dos desejos e dos ideais novos, senhor de si e da natureza, libertado de Deus. O humanismo transpõe o homem da categoria de creatura de Deus para a categoria de fragmento da Natureza. É essa transposição renacentista que nós veremos definir-se, sempre mais nitidamente, durante quatro seculos creando o Naturalismo do seculo XVI, o Empirismo e o Mecanicismo do seculo XVII, o Iluminismo materialista do seculo XVIII e o Positivismo do XIX.

A atitude naturalista do seculo XVI, conduz o genio inventivo do Renacimento á elaboração das ciencias que permitirão ao homem a posse da natureza. Kepler, Galileo e, mais tarde, Newton lançam os fundamentos da nova ciencia natural sobre bases fisico-matematicas. Bacon completa a orientação nova considerando a utilidade como fim do conhecimento. De então, o ideal do conhecimento se faz cada vez mais no sentido de reduzir a totalidade do real á natureza e de interpreta-la segundo os metodos fundamentais das ciencias fisico-matematicas. A ciencia medica, nesse periodo investe desordenadamente em

direção a todos os caminhos que se lhe abrem. E só mais tarde, no seculo XVII, quando despontam as primeiras tentativas de sistematisação filosofica do conhecimento natural, é que a medicina recebe uma orientação filosofica definida que lhe traçará os contornos de ciencia natural e precisará a imagem de seu objeto e sua finalidade.

Entre as tentativas de sistematisação filosofica, nesse seculo, o sistema de Descartes se nos apresenta como a mais grandiosa e a que mais influiu sobre a evolução das ciencias nos seculos que se seguiram.

No estudo do homem, Descartes professa um dualismo substancial: ele opõe radicalmente a uma substancia extensa, o corpo uma substancia pensante, a alma. O corpo humano é considerado como um fragmento da Naturesa; a Naturesa é a totalidade do mundo material. A representação cientifica do mundo material exige a transposição da qualidade para o mundo subjetivo. A qualidade é uma ilusão dos nossos sentidos e não pertence á Naturesa. Nesta, só encontramos extensão e movimento. Os principios sobre que assenta a explicação da Naturesa são os das ciencias fisico-matematicas conforme as indicações de Kepler e Galileo: é a explicação mecanicista — base do conhecimento natural. O corpo humano, como fragmento da Naturesa, está sujeito aos mesmos principios e leis. Transpõe assim, Descartes, para a vida organica os principios de sua teoria mecanica do mundo, considerando o corpo humano como uma maquina composta de partes materiais que trabalham independente de qualquer intervenção animica.

A concepção mecanica da vida favoreceu a extensão do materialismo á totalidade do homem. No seculo XVIII, inicia-se a redução da atividade mental á atividade organica. A doutrina materialista, ampliando a concepção mecanica da vida, não poderia permitir que lhe escapassem á explicação as manifestações da vida espiritual do homem. Esse foi o grande trabalho do seculo XVIII: negar a existencia da substancia pensante de Descartes para fazer do pensamento um produto da atividade organica do cerebro. O sensualismo de Condillac, que levou ao limite extremo o empirismo professado por Locke no seculo anterior; a solução materialista que Cabanis deu ao problema das relações entre o fisico e o moral; a concepção do "homem maquina" de De la Mettrie, transposição ao genero humano da doutrina certesiana do "animal maquina" são exemplos colhidos entre muitos, para documentar a orientação materialista do conhecimento nesse seculo. Cumpre acentuar que aos medicos coube um papel de relevo nessa transposição e que os dois ultimos autores citados eram medicos, para avaliar-se bem a impregnação da medicina por esta teoria. A tendencia materialista transbordou entretanto dos limites da literatura filosofica sobre o mundo, penetrando todos os sectores do pensamento e da ação humana como o demonstram o movimento Iluminista de que surgiu a grande Enciclopedia apresentada por d'Alembert e os gremios de livre-pensadores, dogmaticos do materialismo como o barão d'Holbach. Atingiu assim o seculo XVIII uma imagem unitaria do homem atraves a mutilação imposta pelo unilateralismo da filosofia materialista.

Ao alvorecer do seculo XIX, a reação romantica e idealista da filosofia alemã critica o materialismo e mostra, em seu aspéto de reação idealista, que a negação do espirito humano não era tão facil como se

representara a simplista filosofia do seculo XVIII. De então, poderemos dizer, a orientação materialista sofreu, sob o ponto de vista da especulação filosofica, o seu golpe mortal. A impossibilidade, após essa reação idealista, de negar o espirito no homem era a negação do materialismo como teoria do conhecimento. E o aparecimento, em meio ao seculo XIX, de obras de orientação materialista como as de Büchner, Vogt etc. não foi mais do que a vulgarisação daquelas teorias mortas.

Enquanto se rompiam os quadros da filosofia materialista, e ante a crise da filosofia ecletica da França, o progresso tecnico das ciencias da naturesa, particularmente notavel desde o inicio do seculo, levava os investigadores especialisados a proclamar uma inversão de valores colocando á base da filosofia o conhecimento conquistado através das ciencias da naturesa. O Positivismo de Augusto Comte reflete essa orientação. Resurge o naturalismo espurgado dos excessos materialistas do seculo anterior. O homem se integra a Naturesa como a ultima transformação da vida organica sobre a terra. Nesse monismo naturalista, as ciencias fisicas cedem o passo ás ciencias biologicas.

A obra de Büchner — Força e Materia — o livro mais lido na primeira metade do seculo XIX, foi substituido, nos diz Messer, pelos "Enigmas do Universo" de Haeckel. O problema das relações psico-fisicas se resolve em uma dualidade de processos que seguem linhas paralelas. Esse paralelimo mal esconde, entretanto, a tendencia expansionista dos "energetismos" e dos "fisiologismos" que procuravam assentar os processos essenciais á atividade bio-psico-espiritual do homem nas reações funcionais das celulas agrupadas em tecidos e orgãos. A conciencia passa a ser considerada uma fosforecencia que, si reforça a apreensão dos processos psiquicos, não participa de sua causalidade. "É preciso não esquecer, escreve Ribot, um dos mais autorisados representantes da psicologia no seculo XIX, em seu livro sobre as "Doenças da memoria", que o estado de conciencia é um facto complexo que supõe um estado particular do sistema nervoso; que esta ação nervosa não é um acessorio mas uma parte integrante do facto; que ele (o processo nervoso) está á sua base, é a condição fundamental; que desde o momento em que se produz, o facto existe nele mesmo; que desde que a conciencia se lhe acrescenta, o facto existe por ele mesmo; que a conciencia o completa, o aperfeiçoa, mas não o constitue". O mesmo unilateralismo deformante subsiste transposto apenas das ciencias fisico-matematicas que postulavam a materialidade do real, para as ciencias biologicas que postulam a universalidade da materia organisada como a forma mais elevada da existencia. Em uma como em outra concepção, não ha lugar para a atividade espiritual do homem. Si a materia é substituida pela *energia*, como ensinou Ostwald, essa energia não é senão materia em movimento, transladada para a linguagem fenomenista. O transformismo de Lamarck e Darwin completa, no plano historico, a tentativa de integração do homem á Naturesa recompondo uma fantastica arvore genealogica para o mais recente broto das especies animais transformadas: o animal humano. Como ensinara Descartes, a qualidade é uma ilusão dependente do nosso mundo subjetivo. Na Naturesa, ha apenas variações quan-

titativas que expressam os graos de complexidade em que se manifesta a vida. A vida é o élo que reune o homem aos outros seres animados em solidariedade atual e historica. O homem, para ser homem, transpoz as barreiras historicas do tempo em ascenção na escala animal e essa transposição deixou-lhe marcas indeleveis em sua evolução ontogenetica. Completando essa imagem naturalista do homem, Haeckel procura enfeixar em uma lei a doutrina transformista na explicação do homem e lança ao ar a sua famosa lei Biogenetica, tão despida de fundamentos experimentais, que se nos afigura uma pandorga cientifica amparada apenas pelas correntes favoraveis da opinião transformista . . .

O seculo XIX está a findar. O homem, fatigado dos horisontes estreitos da Filosofia Positiva, aspira á evasão. Já não lhe bastam nem a sua imagem naturalista herdada do Renacimento, nem a vitoria de sua tecnica sobre as realidades objetivas.

E o seculo XX se anuncia pela marcha do homem em direção ao Espirito.

Nessa longa evolução de quatro seculos, a medicina apresenta tres periodos bem definidos: o primeiro, é o periodo da Patologia Organicista ou Solidismo, cujos fundamentos repousam na filosofia materialista. Compreende os seculos XVI, XVII e XVIII. O segundo periodo corresponde ao movimento naturalista do seculo XIX, seculo em que a medicina se organisou definitivamente ao modo das ciencias da naturesa. O terceiro periodo se inicia apenas: é o periodo da medicina Personalistica ou Antropologica, que se filia ao movimento de renovação atual da imagem do homem: á "Antropologia filosofica" no sentido tomista ou kantiano do vocabulo.

A imagem materialista do homem durante os seculos XVI, XVII e XVIII, principalmente ao curso desses dois ultimos, orientou a medicina no sentido de uma patologia organicista, fragmentaria portanto. Si o homem é considerado como uma maquina construida pela agrupação material dos orgãos, é natural a tentativa de explicar as variações morbidas que ele apresenta, ora pelo disturbio de um fragmento dessa maquina ora pelo de outro. Igualmente, as causas desencadeantes das doenças devem ser corporeas, materiais como a totalidade da Naturesa. Em verdade, é o que nos apresenta a historia da medicina nesse periodo. Exceptuado o seculo XVI, seculo em que como dissemos, a investigação medica investe mais ou menos desordenadamente, levada apenas pela ideia de espancar as sombras misteriosas que povoavam a natureza na concepção medieval, os seculos XVII e XVIII nos apresentam teorias bem carateristicas.

No seculo XVII, dada a imagem materialista do homem, acreditaram os investigadores poderem resolver o problema das variações morbidas do homem pela aplicação dos principios, leis e tecnicas da fisica e da quimica. Si a Naturesa é uma só em sua constituição material e si os seres, incluido o homem ou, melhor, o corpo humano, diferem apenas quantitativamente (já que a qualidade é uma ilusão como ensinara Descartes) porque não explicar as manifestações das doenças e orientar o tratamento pela aplicação da fisica e da quimica? Essa interrogação justa, deu origem ás concepções da *Yatrofisica e*

RHEUMATISMO ?

Rheumalina !

Formula da Rheumalina:
Cada colher de sopa contem:

Salicilato de sodio purissimo (recristalisado em pequenas agulhas) ...	1,00
Iodureto de potassio puro ...	0,25
Extrato estabilisado de Equinodorus macropilus (chapeu de couro) ...	q. s.
Idem Polipodium lipidopteris (samambaia) ...	q. s.
Tint. de genciana ...	q. s.
Glicerina neutra ...	3. c. c.
Xarope de cascas de laranjas amargas ...	q. s.

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos

LABORATORIO DA RHEUMALINA

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

O Laboratorio Doria - Campinas, Est. de S. Paulo

Recomenda a prescrição para Ulceras não especificas, — Eczemas, — Rachaduras, (dos seios) Assaduras, (crianças) — e em todas as manifestações cutaneas da Diatese exsudativa,

a "Pomada Dermatisan Doria"

o mais moderno dos produtos para os casos a que se destina.

Formula: — Oleo de Chaulmoogra, Lanolina, Vaselina, Ox. Zinco e tinturas vegetaes.

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas e Ultra-Curtas

da Yatroquimica. Giorgio Baglivi, o mais notavel dos Yatrofisicos, escreve Diepgen em sua excelente Historia da Medicina", comparava o corpo a uma maquina, o torax a um folis, os intestinos e as glandulas a filtros ou peneiras etc. . . . Atribuia os fenomenos morbidos a uma diminuição ou a um aumento do tonus das fibras, ás partes solidas do organismo portanto". O verdadeiro fundador e o mais ilustre representante da Yatroquimica, Sylvius distinguia no dominio da patologia "alem das deformidades e dos transtornos mecanicos rudimentares, escreve ainda Diepgen, dois grupos de doenças conforme pertencessem ás *Acrimonias* acidas ou alcalinas. Sob esse nome de *Acrimonias* compreendia a penetração no sangue de uma substancia perniciosa em consequencia de um quimismo anormal". Vemos através desses representantes eminentes da medicina no seculo XVII, a tentativa de explicar a totalidade morbida por um fragmento desse todo; a orientação materialista que leva a considerer as causas das doenças e os processos morbidos materialmente através da representação de corpos solidos em movimento; a limitação do objeto da medicina ao corpo humano.

No seculo XVIII, decresce a investigação anatomo-fisiologica em beneficio das tentativas de sintese. Como o mais notavel representante merece citação: Hermann Boerhaave que, em sistema ecletico, utilisa as explicações, já citadas, de Baglivi; explica as inflamações e a febre como transtornos mecanicos e outros disturbios ainda segundo os principios da Yatroquimica ou como discrasias dos humores. Poderiamos acrescentar ainda as teorias de Frederico Hoffmann, Gaub e outros. Mais aproximados á especulação filosofica sobre os problemas da medicina, Cabanis e De la Mettrie, já citados, bastam para fechar o ciclo dessa medicina analitica, organicista e materialista que explica o todo pela parte como si o homem fosse redutivel á um corpo e o corpo humano nada mais fosse do que um agregado de fragmentos materiais sujeitos aos principios e leis das ciencias fisico-quimicas. A maneira de nota, e como resalva a uma objeção critica possivel, merece mencionar-se que a orientação contraria a essa medicina materialista, representada pelo vitalismo de Stahl é uma atitude particular influenciada pela filosofia de Leibnitz, mas que não se harmonisa com as correntes predominantes no pensamento filosofico do seculo XVIII.

No seculo XIX, a medicina recebeu os ultimos retoques como ciencia natural. Os excessos da Filosofia da Naturesa do Romantismo alemão, tivera como resultado chamar a atenção dos investigadores para a animação da Naturesa. Já não se poderia voltar a uma concepção da Naturesa fundada em principios de um materialismo estrito. De outro lado, o empirismo fenomenista professado pela escola inglesa e pelo Positivismo de Augusto Comte e a elaboração da Biologia permitiram maior elasticidade ás ciencias que estudam o homem. A medicina refléte, nesse periodo, essa orientação: a explicação mecanica se reduz a alguns aspétos do corpo humano; a fisica e a quimica submetem-se á sintese fisiologica. A teoria celular de Schleiden, Schwann e Wirchow considerando a celula sob o duplo ponto de vista anatomico e fisiologico como a pedra angular do organismo e seu ultimo elemento funcional; os trabalhos geniais de Pasteur em sua teoria da participação de mi-

croorganismos na genese das doenças; os trabalhos de Magendie, Purkinge, Müller e todos os grandes fisiologistas; a colaboração de Claude Bernard á fisiologia e á critica dos fundamentos da ciencia medica delineando-lhe os contornos de ciencia natural são alguns exemplos que documentam a direção biologica no seculo XIX. Embora esse progresso brilhante provocado pela transposição da imagem do homem da Naturesa material para o plano da vida, a medicina se manteve fiel ao dualismo cartesiano. Porque a investigação filosofica não atingisse, nesse seculo, uma concepção unitaria do homem, a medicina não se preocupou igualmente com essa representação. A época é de investigações fragmentarias. Cada novo aspéto que a medicina revelava ao investigador, creava uma especialidade nova circumscrevendo o trabalho de um novo grupo de sabios. A fé no conhecimento cientifico, que o Positivismo habituara a considerar como o unico verdadeiro, compensava para esses pesquisadores o limitado de seus campos de investigação. O conhecimento baseado no metodo analitico e orientado pelo ideal da descoberta de processos elementares, provocou tal superprodução de trabalhos fragmentarios que se ignoravam mutuamente que, em visão genial, Augusto Comte divisou a necessidade de mais uma casta de sabios, dedicada esta á sintese filosofica dos resultados mais gerais de todas as ciencias. É natural que essa orientação fosse particularmente desfavoravel a uma imagem unitaria do homem. Na medicina, mantem-se a substituição do "homem doente" pela representação do "corpo doente" e da "cura do doente" como sua finalidade pela "cura da doença". Baseado na teoria celular que constróe o organismo por um processo adicional de elementos, amparado no metodo analitico, esqueceu, o medico, o individuo humano para não ver senão o corpo doente e, nesse, os esquemas conceptuais da nosografia medica. Prova esse fato, a impossibilidade de incluir, como mostrei em trabalho anterior, os disturbios do espirito no ambito da medicina naturalista. A medicina construida como ciencia da Naturesa procura explicar os disturbios do espirito reduzindo-os á causalidade anatomo-fisiologica. Dissolve-se assim, visivelmente, a unidade complexa do individuo em que colaboram manifestações biopsico-espirituais no unilateralismo de uma concepção anatomo-fisiologica que se dirige exclusivamente ao corpo humano.

Contra essa orientação da medicina, surgiu, ha pouco, uma doutrina que pretende combater os excessos do metodo analitico na investigação medica; mostrar o artificial das sinteses obtidas pela agregação de elementos que são apenas pseudo-elementos; o aspéto de totalidade dos processos vitais e a participação da totalidade vital aos disturbios aparentemente localisados; acentuar a preeminencia da patologia humoral sobre a patologia celular. Alem disso, essa doutrina procura, combatendo a tendencia á quantificação da realidade, herdada das ciencias fiisco-matematicas, restabelecer a prioridade e objetividade do aspéto qualitativo do real. Para tanto, reduz a generalidade dos conceitos como o de "doença" á individualisação qualitativa de outros conceitos como o de "individuo doente". É a doutrina Constitucionalista das escolas italiana e alemã modernas, de Viola, Pende, Barbara, Bauer, Kretschmer e outros. O individuo é

considerado como um organismo que, ao envez de construir-se, como na teoria celular, pela agregação de elementos celulares, preexiste como totalidade. Já no ovo existe a totalidade sob a forma de um "plano", de uma "prospecção" que condiciona a diferenciação celular e organica do individuo. Após a fecundação, o ovo desenvolve dessa totalidade primordial toda a serie de manifestações morfologicas e funcionais do organismo que constitue a esfera dos *Fenotipos*, isto é, dos caracteres aparentes do individuo. A organisação potencial representada pelo plano que condiciona a ontogenia denomina-se *genotipica*. O potencial genotipico existe nas proprias manifestações fenotipicas como uma possibilidade de recrear a mesma forma que o fenotipo representa. Dai é que vem esta submissão das partes do organismo fenotipicamente realisadas ao todo genotipicamente potencial. Cada elemento celular, cada função, cada orgão, cada glandula, cada correlação funcional, cada aparelho ou sistema, cada fragmento do organismo, emfim, está sujeito ao plano que lhe deu origem. Esse plano é extritamente individual, embora se processe sobre a estrutura basica da especie. É condição fundamental da doutrina constitucionalista, a separação hierarquica dos processos decorrentes desse plano, dos processos que se realisam através da diferenciação fenotipica do organismo. Quando falamos em totalidade na teoria constitucionalista, nos referimos á totalidade que esse plano, essa prospecção contem e se atualisa no individuo sob um aspéto qualitativamente irredutivel ás suas manifestações fenotipicas. Por isso é que não pode haver, na teoria constitucionalista, que considera o organismo como uma multiplicidade na unidade, causalidade de um de seus fragmentos sem a participação do todo. Cada função fenotipica, perturbada ou não, só age na medida em que lhe permite a totalidade organica da qual é uma manifestação parcial e secundaria em relação ás funções gerais do plano individual. Em face de agentes exteriores que atinjam um fragmento do organismo, a reação desse fragmento se dará tambem, necessariamente, dentro dos limites que lhe impõe a totalidade organica. Dai o grande principio normativo da patologia constitucional: a substituição das *formas reacionais* variaveis consoante a *especificidade* do excitante e do orgão atingido pelas *normas reacionais* provenientes do plano, da prospecção individual em seu aspéto de totalidade organica. As formas reacionais decorrentes de especificidade dos agentes ou dos orgãos só podem variar dentro dos limites traçados pelas *normas* reacionais.

Após essas considerações diretamente influenciadas pelo pensamento de Bauer, cumpre-nos sublinhar que *em sua essencia* a doutrina constitucionalista se identifica com o movimento néo-vitalista contemporaneo. Dai o absurdo das considerações a que chegam aqueles que, sem investigar o espirito dessa doutrina, procuram transpor as suas categorias para uma medicina fundamentada em principios fisico-quimicos e energeticos. É o que se observa na tentativa de reduzir a patologia constitucional a processos neuro-endocrinos. Em verdade, o sistema neuro-endocrino é uma das manifestações fenotipicas em que se realisa o plano de organisação individual. Por isso mesmo, por ser uma manifestação fenotipica, não podemos considera-lo como uma

estrutura que funcione independente da totalidade organica: as suas variações se processam nos limites que lhe impõe o plano de organisação individual. Fragmento de um sistema, só pode variar sob a influencia que advem de sua posição no sistema. Limitar portanto, á causalidade neuro-endocrina os disturbios do procedimento individual, seja o da creança ou o do adulto, o do neurotico ou o do criminoso, nos aparece, na doutrina constitucionalista, como uma absurda inversão de categorias e uma incompreensão do sentido totalitario dessa patologia. Seria voltar a epocas anteriores e explicar, á maneira cartesiana, o todo pela parte; fazer depender a qualidade irredutivel do plano de organisação individual genotipico, das transformações fenotipicas da energia vital neuro-endocrina. Em verdade, os processos neuro-endocrinos colaboram na genese do procedimento individual, como colaboram outros processos, sempre dentro dos limites traçados pela totalidade individual.

Vimos portanto, o que se nos afigura bem grave, que a tendencia absolutista da causalidade neuro-endocrina, dentro da teoria constitucionalista, deforma a essencia dessa doutrina. A noção de Constituição foi trazida á luz para suster os excessos perniciosos da explicação analitica e da quantificação mecanicista da vida organica. A sua categoria fundamental é a de *totalidade*, contraria a da medicina materialista que é a de *elemento*. Uma implica a existencia primordial do organismo, emquanto organismo isto é, irredutivel como sistema qualitativamente unitario, á simples aproximação espacial de seus pseudo-elementos componentes. A outra, ao contrario, ensina que o organismo se constroe, á maneira dos corpos inanimados, pela agrupação de elementos que diferem do Todo apenas quantitativamente. Vemos portanto que a tendencia a reduzir a constituição individual a uma função do sistema neuro-endocrino vem mutilar a categoria de totalidade. Restabelece-se assim a orientação organicista que essa doutrina procura combater.

As dificuldades para uma bôa interpretação do espirito da doutrina constitucionalista, repousam no fato de tentarem compreende-la partindo da oposição cartesiana entre espirito e corpo. Mas a noção de constituição não se dirige nem a um nem a outro. Para bem interpreta-la, devemos considerar que ela se propõe no plano biologico, se dirige á esfera vital do homem. Como mostraram Scheler, Stern, Spranger, Schwarz entre outros autores modernos, a diferenciação antropologica do individuo não se superpõe á oposição dualista do cartesianismo. No homem a ciencia atual considera uma distribuição hierarquica em tres planos: *Vida — Psiquismo — Espirito*. O problema psico-fisico em torno do qual giraram durante quatro seculos as ciencias da Naturesa e do Espirito foi substituido, em nossa época, pelo problema Antropologico. Ao envez de opôr o corpo ao espirito, a concepção antropologica opõe ao espirito, a vida. A doutrina constitucionalista visa abranger a esfera da vida em uma teoria que traga a relevo o aspéto *organico* totalitario da vida bio-psiquica do homem. Proposta como fundamento da medicina, essa doutrina vem ao encontro da orientação moderna no combate ao materialismo da fase organicista da ciencia medica. O objeto que ela delimita en-

tretanto é ainda fragmentario. Não basta á medicina o estudo dos disturbios da esfera bio-psiquica, como si o individuo se exgotasse no ambito dessa esfera. Acima dessa estrutura e influenciando-a diretamente, ha, no individuo humano, a estrutura Antropologica da Pessoa. A doutrina constitucionalista si expressa a categoria de Totalidade que caracterisa a vida, deixa á margem de seu sistema a categoria de Unidade Antropologica. No individuo humano, a esfera bio-psiquica representa um aspéto da realidade submetido á unidade antropologica. Essa é a imagem nova do homem. A unidade antropologica existe para alem do falso dualismo substancial, legado de Descartes á filosofia moderna. O homem não se divide em psique e soma. O individuo humano preexiste, como unidade, ao problema psico-fisico. A nossa época sentiu tão profundamente essa exigencia de unidade na imagem do homem que não tardaram a surgir as tentativas de superação do dualismo substancial. Bertrand Russel apela para uma substancia neutra que resolveria a oposição corpo-espirito. W. Stern em sua profunda concepção personalistica do homem, propõe a Pessoa realidade primordial, neutra sob o ponto de vista psico-fisico. Nessa realidade primordial, totalitaria e unitaria, é que a analise vem distinguir, sempre artificialmente, uma face corporal e uma face espiritual. Max Scheler, Spranger, Schwarz, Heinemann entre outros, dissolvem igualmente o problema psico-fisico na unidade antropologica, unidade primordial do individuo que contem em si uma multiplicidade de instancias hierarquicamente condicionadas da vida vegetativa á Pessoa. Rickert completa, sob o ponto de vista epistemologico, essa orientação de uma antropologia filosofica, substituindo a divisão classica do conhecimento em ciencias da Naturesa e ciencias do Espirito pela divisão do conhecimento em ciencias da Naturesa e ciencias da Cultura Justifica-se essa divisão na imagem nova do homem que nos apresenta uma face natural: a vida bio-psiquica e uma face cultural: a objetivação axiologica da Pessoa. As esferas da vida e do psiquismo são comuns ao homem e aos animais: é a esfera através da qual o homem participa da Naturesa. A esfera cultural distingue a especie humana das especies animais de uma maneira irredutivel. É a face do individuo humano que adere ao dominio objetivo dos valores cuja existencia, independente do individuo, se renova constantemente nele. A validez objetiva dos valores, que fundamenta a atividade do espirito humano, é um ensinamento da Filosofia Tomista aceito por todos aqueles que trabalham sob os principios da Antropologia Filosofica. A participação desses valores na genese do procedimento individual e da estrutura caracterologica, assim como nas variações da esfera bio-psiquica, se faz mais acentuada na medida em que evolve o homem da infancia á idade adulta. Não só o homem, mas muitos animais, como as abelhas e os castores, por exemplo, constroem abrigos. Nenhum animal entretanto chegou a variar a estrutura desses abrigos, independente das exigencias vitais da realidade imediata, conduzido apenas pelo sentimento de beleza. Essa é a marca do Espirito. São os valores esteticos, eticos, religiosos, sociais, teoricos e economicos o campo em que se move a Pessoa humana. Si o homem é, por uma face, um ser natural passivel re ser estudado pelas ciencias da naturesa, a Fisico-Química, a Biologia e

a Psicologia é tambem um ser espiritual, cidadão do mundo, creador de valores. Nessa lição harmonisam-se Kant e Thomas de Aquino. Essas duas faces só artificialmente poderão ser dissociadas da unidade antropologica que vai da vida vegetativa á vida espiritual através da vida animal. A Pessoa contem em sua estrutura esse triplice aspéto unitariamente. Como a sintese mais elevada na hierarquia funcional do individuo, ela compreende todas as outras sinteses inferiores, do psiquismo e da vida, cuja existencia só se realiza integralmente no individuo humano, quando as consideramos em função dessa sintese mais alta que é a Pessoa. Tal é a categoria que distingue o homem dos animais, cuja categoria mais elevada é a de *organismo*.

Essa imagem nova do homem acordou na medicina a exigencia de renovação integral de seus fundamentos. A totalidade e unidade antropologicas passando ao primeiro plano da investigação medica, restabelece, como objeto da medicina, a imagem do "homem doente" em substituição definitiva á imagem do "corpo doente". Ao mesmo tempo, a individualisação imposta pelo aspéto qualitativo da imagem antropologica, limita os excessos da generalisação, á maneira das ciencias da naturesa, na ordenação da patologia: o doente volta a substituir de fáto a doença como fim da medicina. Os estudos modernos sobre a psicogenese dos sintomas corporais iniciados por Freud, Janet, Adler, Schwarz, Steckel, Jung etc. são ainda frutos dessa transformação da imagem do homem. Igualmente, a ampliação do interesse em materia de anamnése, que transpoz as investigações da historia da molestia e dos fátos que se lhe relacionam diretamente para a historia do individuo. Em qualquer das especialidades já não basta ao medico inquirir o doente relativamente á sua molestia; faz-se necessario o estudo da *biografia do paciente*. A maneiro como o individuo vive os disturbios que apresenta e a historia de sua vida, que não têm aparentemente relação com esses disturbios podem aparecer, a uma investigação mais profunda, como os fatores desencadeantes da doença. A participação causal da má conciencia ou, melhor, da conciencia pecadora, consoante os estudos de Stekel, é a ilustração mais brilhante dessa medicina nova que tem por objetivo uma imagem antropologica do homem. Tais investigações não seriam possiveis em uma medicina naturalista ou materialista que dissolve a individualidade do doente na generalidade da doença.

A medicina atual orientada para a imagem antropologica do homem em que divisamos uma substancia composta, restabelece o objeto e a finalidade que encontrámos á origem da ação curativa denominada medicina e que haviam sido deturpados pela orientação naturalista da filosofia moderna. Si a medicina estuda o homem em suas variações morbidas e si o homem, emquanto Pessoa, resiste a qualquer tentativa de redução á Naturesa, bem se compreende que a medicina não poderá ser considerada apenas como uma ciencia natural. Em seus fundamentos se faz indispensavel o conhecimento das ciencias da Naturesa e da Cultura para que possamos explicar e compreender as variações morbidas do homem, essa unidade bio-psico-espiritual.

Caixa Postal 11:35 H. MILLET & J. ROUX Rio de Janeiro

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

LABORATORIO WALDEMAR CASTRO

Fundado em 1923

ANALYSES MEDICAS

VACINAS AUTOGENAS

ANDRADAS, 1428 (ao lado da Livraria do Globo)

PORTO ALEGRE

A cirurgia na tuberculose pulmonar

por

Jacy Carneiro Monteiro
Docente Livre de Clinica-Cirurgica

Desde 1928 quando vimos Fernando Sauerbruch na Charité de Berlim, e Denk no Rudolf Hospital em Viena, praticar operações sobre o torax, um interesse particular despertou em nos por esta especialidade cirurgicak.

A organisação porem da vida profissional que iamos encetar nesta Capital, e a ardua tarefa que sua atividade impunha, fizeram-nos retardar o estudo deste assunto tão de nosso agrado.

Ultimamente atraido pela abundante literatura, e modernos trabalhos aparecidos neste setor cientifico, encetamos uma viagem a Capital portenha, onde existe indiscutivelmente a unica escola de cirurgia da tuberculose pulmonar na America do Sul.

Após a permanencia de um mez em Buenos Aires em contato com os mestres desta especialidade, entre os quaes se destacam os professores Enrique, e Ricardo Finochieto e o Dr. Oscar Vacarezza, e tres meses de estudo e de comprovações no amfiteatro, encontramo-nos neste cenaculo, para vos trazer a nossa contribuição, ao estudo dos metodos cirurgicos no tratamento da tuberculose pulmonar.

Já vae longe o tempo em que o tuberculoso se encontrava somente sob a tutela do internista, e em que, as curas de ar, repouso, super alimentação e medicamentosa, mantinham a palma na terapeutica da afecção tuberculosa do pulmão; hoje e m dia porem, muita vez o clinico tem necessidade de recorrer ao bisturi do cirurgião, para efetivar uma cura, ou se socorrer de um processo cirurgico, quando a acção puramente medica, não conseguio debelar uma determinada forma desta terriva efecção.

Desde que Carlo Forlanini em 1882, de uma maneira brilhante, apontou as vantagens insofismaveis da compressão gazoza no pulmão atacado de tuberculose, um grande passo foi dado no combate a esta triste enfermidade.

O metodo colapsoterapico ou retratiliterapico como quer Mario Radaeli, tomou um vulto surprendente, e a pratica do pneumotorax artificial trouxe um acervo de exitos duradouros, permitindo melhorar intensamente as estatistica desoladoras até então do morbus branco.

Foi porem da impraticabilidade ou ineficacia deste otimo meio terapeutico, que começaram a surgir as diversas intervenções cirurgicas, creadas com o fim de auxiliar a acção do pneumotorax ou substituil-o quando este se tornasse inoperante. Não vamos aqui abordar

a questão do metodo de Forlanini e suas indicações, pois são atributos exclusivos do tisiologo, devemos porem antes de entrarmos na parte puramente cirurgica do nosso estudo, realçar o valor incontestavel deste precioso metodo terapeutico, vitorioso em toda a linha, e com um acervo respeitavel de curas, que o recomenda como a primeira arma de assalto, a ser utilisada contra a invasão tuberculosa do pulmão, dentro de suas multiplas indicações; só depois de um pneumotorax artificial, ineficaz, ou então, que sua pratica tenha sido impossibilitada por fatores diversos, é que o cirurgião deverá ser procurado para com suas tecnicas cruentas completar a cura iniciada.

De manejo não muito dificil, e acessivel a qualquer pratico, o pneumotorax deve faser parte integrante do arsenal do clinico, que criteriosamente queira se dedicar a tisiologia.

Dois fatores importantes dominam a terapeutica pelo colapso: a supressão da elasticidade do tecido pulmonar, com o fim de evitar o traumatismo inspiratorio, favorecendo o repouso do orgão doente, e o auxilio imediato aos processos de retração, que constitue-a a tendencia a cura expontanea, que se manifesta ao nivel do tecido patologico do pulmão.

O pneumotorax na maior parte das vezes, atende perfeitamente a estas exigencias fisiologicas, porem outras, encontra impecilhos a sua ação curadora; estes impecilhos são constituidos pela formação de aderencias pleuras que as vezes são vencidas por uma pressão mais intensa do pneumotorax, outras vezes estiradas por este metodo, com otimo, efeito compressivo, mas em ocasiões outras, as aderencias são fibrosas ou verdadeiras simfises colando entre si as duas pleuras, e impedido irremediavelmente a insuflação gazoza. Uma preocupação constante, foi então procurar seccionar estas aderencias, para facilitar os efeitos completos do pneumotorax; assim alguns autores se propuseram a praticar uma abertura no torax, mediante a extirpação de uma ou mais costellas, ou passando atravez do espaço intercostal, fasendo desta maneira a ligadura e secção das aderencias, como propunha Noland Carter, ou desencirindo de sua inserção pleural com o bisturi eletrico como indicam De Felipi na Argentina, e Fruchaud, Archibald e outros autores; estas operações constituem porem um grave traumatismo, aliada a uma tecnica demorada e dificil, a praticar em individuos alquebrados e intoxicados, como os portadores de afecção tuberculosa do pulmão.

Jacobeus de Estocolmo propoz em 1913 um processo que tem o seu nome, e que consiste na secção das aderencias, por meio de um aparelho inspirado no cistoscopio e denominado pleuroscopio ou toracoscopio; com este dispositivo, o cientista escandinavo destruia as formações fibrosas da pleura com a alça galvanica, permitindo o colapso pulmonar. A divulgação deste metodo trouxe grande apoio a compressão gazoza do pulmão, e permite em determinados casos completar uma cura em doentes, que já estavão condenados a uma toracoplastia. Seguindo se a aplicação deste metodo, foi verificado que eram muito frequentes as hemorragias endo pleuraes, causadas pela queda da escara galvano caustica, porem os estudos de Maurer na França, de Unterricht na Alemanha e Cova na Italia, vieram afastar este

grave inconviniente, pela indicação da eletro-coagulação e bisturi eletrico na secção das aderencias, processo este que evita a perda de sangue.

Este valioso auxiliar ao pneumotorax artificial, deverá ser usado com grande paciencia e pericia, seccionando ou antes desencerindo as aderencias em sua inserção parietal, com o fim de evitar uma lesão pulmonar ou a abertura de uma caverna com infecção gravissima da pleura. O seu emprego é seguido em 50% dos casos, de derrame pleural seroso, que costuma se absorver expontaneamente dentro de dois a tres mezes, ou então sofrer uma transformação purulenta, e necessitar uma pleurotomia ou um oleotorax. As complicações mais temiveis do Jacobeus são, a hemorragia muito rara hoje com o emprego do bisturi eletricó, e a perfuração pleuro-pulmonar que se procura evitar seccionando a aderencia longe da inserção pulmonar. As complicações nervosas como lesão do frenico, recurrente e simpatico, são exepcionalmente relatadas. Mistal ultimamente propoz faser a frenicotomia por meio do pleuroscopio durante a destruição das aderencias. As indicações do metodo de Jacobeus não são de muita frequencia, e em Buenos Aires tivemos ocasião de observar algumas destas aplicações nos hospitaes Tornú e Rawon; porem o detentor do maior numero de torocoscopia na capital portenha, é Etchewerry Boneo do Hospital da Lanura, que conta com 66 destas intervenções sem acidentes graves.

Ainda no tocante ao combate as aderencias e as complicações do pneumotorax e Jacobeus, existe um processo terapeutico preconisado por Bernou, o oleotorax, que permite dentro de indicações especiaes, combater certas tendencias simfisiarias das pleuras, auxiliar um pneumotorax incompleto, lutar contra as perfurações pleuro pulmonares minimas, e atacar com vantagem os empiemas, procurando substituir o puz pelo oleo e evitando uma pleuro-tomia, sempre chocante nos tuberculosos, e favorecedoras de uma fistula pleural permanente.

Depois de relatarmos estes processos terapeuticos que são por assim dizer da alçada do clinico, descreveremos daqui para diante os metodos que são da competencia exclusiva do cirurgião, como a frenicectomia, a escalenotomia as apicolise com ou sem plombage, e as variadas tecnicas de toracoplastias. Sob o ponto de vista da indicação em geral estas intervenções cirurgicas são aplicadas via de regra, nos casos cronicos com tendencias a estabilisação, e onde o principio da retratibilidade já esteja presente ou em evolução, permitindo assim aos meios cirurgicos vir em auxilio desta retração reparadora, libertando os liames constituidos plas sinfises intensas que prendiam o pulmão a parede costal, ou a cupula diafragmatica e evitando o seu colapso reparador por isto indicando a frenicectomia para provocar a ascenção do diafragma, e paralisar a mobilidade no sentido vertical do pulmão, a apicolise com ou sem plompage, com o fim de silenciar o apice pulmonar, ou as toracoplastias totaes ou parciaes como é a tendencia moderna, para conseguir o colapso e repouso absoluto do pulmão doente, e suprimindo o trauma inspiratorio, cau-

sador da deseminação de toxinas e produtos septicos para o resto do organismo.

Estas indicações tem que atender escropulosamente ao estado geral do paciente, a séde das lesões pulmonares, a unilateralidade do processo, as lesões organicas ou osseas a distancia, o estado do coração e circução, a idade do paciente a das lesões, e a tendencia retratil do tecido patologico.

FRENICECTOMIA

Partindo das ideas de Forlanini em 1882 procurando comprimir o pulmão com o pneumotorax para imobilizal-o no tratamento da tuberculose, Stuertz em 1891 propoz a secção do nervo frenico para paralisar um lado do diafragma, e provocar assim a ascenção destes musculo na cavidade toraxica, favorecendo desta maneira a compressão do pulmão lesado.

Quasi na mesma epoca Sauerbruch, sem conhecer os trabalhos de Stuertz, praticava a secção do frenico em 5 casos de bronquetasias e tuberculose pulmonar, obtendo resultados bastante satisfatorios.

O numero destas operações foi aumentando rapidamente, mas notava-se que as vezes o diagfragma voltava a ter movimentos, dois a tres meses depois da operação; a tecnica foi, porem se modificando e em 1911, Felix e Goetz estabeleceram regras diferentes para a paralisação do diafragma, aconselhando não a secção deste nervo mas a sua exerese por arrancamento; a tecnica de Felix difere contudo da de Goetz pois este age ao mesmo tempo sobre o nervo, sub clavio. Desta maneira a frenicectomia generalisou-se rapidamente como meio terapeutico na tuberculose pulmonar.

ANATOMIA. O frenico é um nervo motor sensitivo que nasce na região cervival, da quarta raiz, podendo tambem ter origem do terceiro e quinto par cervicaes, donde recebe frequentemente filetes acessorios; após a sua origem, ele atravessa a região cervical e penetra no torax, para terminar no diafragma que enerva depois de longo trajecto.

No pescoço o nervo frenico acha-se situado sobre o musculo escaleno anterior pónto de reparo importante, pois é nesta região que ele deve ser abordado cirurgicamente.

No seu trajeto intra toraxico, com pequena diferença entre o lado direito e o esquerdo, ele desce ao longo do mediastino anterior, mantendo contado intenso com a pleura parietal, donde as lesões desta serosa, em certas operações de arrancamento do frenico; a direita o nervo margeia o tronco braquio cefalico, veia cava superior, passa pela frente do pediculo pulmonar e lança-se no diafragma; a esquerda antes de atingir este musculo, tem relações extensas com a crossa da aorta e bordo esquerdo do coração, e é mais longo que seu homonimo direito. O nervo frenico apresenta durante o seu trajeto anastomoses com o sub clavico, grande simpatico e menos frequentemente com o hipoglosso.

Quanto a inervação do diafragma, este musculo recebe-ramos do

simpatico e do 12 intercostal, é porem indiscutivel que o frenico contitue o mantenedor esclusivo do seu tonus, pois a sua extirpção tras a completa paralisia deste musculo em sua metade correspondente, a não ser que a existencia de um nervo ascessorio perturbe esta interrupção.

A exerése do frenico produzindo uma hemi-paralisia do diafragma, não provoca em absoluto a parada da respiração deste lado, pois o diafragma embora conhecido como o musculo da respiração, não é o detentor esclusivo da fisiologia respiratoria, pois os musculos acessorios como o grande e pequeno peitoraes, pequeno denteado, escalenos, intercostaes etc. tem a seu cargo a expansão da caixa toracica durante a respiração, principalmente nos seus eixos antero posterior e transversal, na metade superior do torax. O diafragma porem é o unico musculo que influe nos movimentos no sentido vertical, e a sua hemi-paralisia não tras a impossibilidade de respirar pelo concurso dos musculos acessorios como relatamos acima. A tosse e a expectoração não são prejudicadas por esta paralisia, por isto que, nestas ocasiões o musculos abdominaes entram em jogo para favorecel-as com seu precioso impulso. Assim a paralisia total do diafragma com a secção dos dois frenicos não leva o paciente a morte, pelo auxilio dos musculos acessorios à respiração.
abdominaes entram em jogo para favorecel-as com seu precioso impulso. Assim a paralisia total do diafragma com a secção dos dois frenicos não leva o paciente a morte, pelo auxilio dos musculos acessorios à respiração.

Sem contudo produzir o repouso absoluto do pulmão, a frenicectomia provocando a ascenção do diafragma, pela pressão da massa abdominal atravez deste musculo privado de seu tonus, logra deter grandemente o pulmão em toda sua altura, favorecendo a melhora das lesões de base, e mesmo em menor extenção as do apice pulmonar.

TECNICA. Duas tecnicas são indicadas para a frenicectomia, a de Felix e e a de Goetz, o primeiro faz o arrancamento do frenico (tecnica universamente usada), e o segundo secciona o nervo e todos os seus acessorios atraves de uma disecção na base do pescoço, esta tecnica por mais dificil e complicada tem poucas indicações. Varias são as incisões indicadas para esta intervenção; antes de nossa viagem a Buenos Aires usavamos a transversal de Berard, a dois dedos a cima da clavicula, presentemente damos preferencia a incisão estetica de Vacarezza, cuja tecnica é a seguinte; uma linha reta é traçada da cartilagem cricoide a furcula do externo, do meio desta linha tira se uma outra perpendicular até alcançar o bordo externo, do externo cleido mastoideo, este ponto corresponde, segundo experiencias de amfiteatro a passagem obrigatoria do frenico nos casos normaes, estando o doente com a cabeça inclinada para o lado oposto e em ligeira extensão. A anestesia é praticada com 3cc de novocaina a 2% fasendo-se a infiltração da pele, ponevrose, musculo e o proprio nervo; pratica-se uma incisão no ponto frenico, de 8 a 10 milimetros, segundo o indice de adiposidade dos paciente, atravessa-se a pele, aponevrose e afata-se com um separador especial o bordo do externo cleido mastoideo para dentro, desfas-se o tecido celulo adiposo que

se encontra sobre o escaleno, descóbre-se este musculo, e procura-se o frenico na sua sede habitual; uma vez encontrado, suspende-se com um pequeno gancho, seciona-se e pratica-se lentamente o arrancamento; uma vez terminada esta manobra, com dois separadores pequenos deslocamos o fundo do campo operatorio para a direita e esquerda, a procura de algum nervo acessorio, que sendo encontrado deve ser seccionado; a hemorragia é minima e não necessita de hemostase especial, nenhum ponto é colocado, apenas um agrafe na incisão cutanea, que deverá ser retirado no fim de 48 horas.

Durante o arrancamento do frenico, o doente acusa forte e passageira dor ao nivel da espadua; apos a operação o paciente levanta-se da mesa, operatoria veste-se pelos seus proprios meios, e recolhe-se a sua residencia em transporte comum. Antes do enfermo abondonar a mesa operatoria observa-se a pupulla para constatar se o simpatico foi ou não lesado.

A cicatriz é minima, revisando 202 operados Finichieto e Vacarezza, não a encontraram em 78 pacientes, e em 90 era apenas visivel parecendo uma sequela de um foruneulo ou qualquer outra afecção cutanea.

O ato operatorio realisa-se dentro de um triangulo chamado por Vacarezza de "triangulo da frenicectomia", que é limitado para fora pelo bordo esterno do escaleno anterior, para baixo pelo bordo superior do homobioideo e para dentro pelo bordo esteno do feixe clavicular do esteno cleido mastoideo. O nervo frenico no segmento prepreescalenico atravessa este triangulo no seu centro, e constitue a porção cirurgica do nervo. A determinação deste triangulo entre outras vantagens conta, a que nehum vaso arterial ou venoso, em seu trajeto normal, atravessa esta area. Como limites deste triangulo e pontos de vulnerabilidade, que devem estar presentes ao espirito do cirurgião, notam-se para dentro a veia jugular interna para fóra o plexo brachial e para baixo os vasos cervicaes tranversos ao fundo o grande simpatico.

PARALISIA TEMPORARIA DO FRENICO. A frenicectomia via de regra tras uma paralisia difinitiva do diafragma, porem quando a observação clinica do paciente temer esta paralisia definitiva, pelo estado do pulmão contrario, deve-se tentar a paralisia provisoria do nervo pela frenicotomia, ou freno-alcolisação, esmagamento, congelação, ou ainda a injeção de uma solução forte do anestesico na propria estrutura do frenico. Esta paralisia temporaria que usualmente se pratica com alcool absoluto, tem sido feita para tatear o valor funcional do outro pulmão, e favorecer uma reação de defesa nas lesões mais difusas, ainda para produzir uma imobilisação minima quando uma frenicectomia ja tivesse sido efetuada no pulmão oposto. A opinião unanime dos autores sobre este processo, as quaes se reunem ultimamente as de Berard Demarest e Desjaques, é que a ignorancia sobre a durabilidade da paralisia temporaria pela alcolisação, é o inconviniente deste metodo pois ela pode ir de dois meses a dois anos. Este metodo porem que é muito reputado por Cardey e Philadeau atraves de

uma observação de 16 casos, tem contudo indicações nitidas e não pode nem deve ser praticado em substituição de uma maneira geral a frenicectomia. Este processo tem indicações exceptionaes e deve ser reservado ao individuos edosos, ou naquelles casos em que o pulmão oposto não ofereça confiança, quanto a evolução post-operatoria de lesões discretas que apresente. Nos casos em que a sua duração sejas minima, a tecnica da extirpação do frenico será mais dificil, pela perturbações dos planos anatomicos pela ação do alcool. Algumas veses ainda se observam lesões irritativas do alcol, sobre o simpatico. Recentemente Bernou Fruchaud e Olivier Monod recomendam, a freno-alcoolisação associada a secção do nervo sub clavio para reforçar a paralisia do diafragma.

A frenicectomia é uma operação facil e benigna, podendo ser praticada em individuos com estado geral deficiente, no entanto tem se observado uma serie de acidentes felizmente em pequena escada; convem porem conhecel-os afim de evital-os.

No que concerne a extirpação do frenico, muitas vezes podemos tomar um nervo acessorio ou o sub-clavico, que graças a uma anomalia, pode ocupar o trajeto do frenico no triangulo da frenicectomia de Vacarezza. Neste caso a paralisia do diafragma não se observa ao R. X. e uma segunda operação terá que ser praticada. Outras vezes o frenico não é encontrado por estar fora de seu curso habitual, e outras vezes ainda, por ocasião de seu pinçamento rompe-se e sua porção distal perde-se no interior do torax comprometendo o resultado final da intervenção.

ACIDENTES NERVOSOS. A dor que o arrancamento do nervo produz ao nivel da espadua e braço do mesmo lado, é passageira, e dentro de poucos minutos tende a desaparecer, mas outras vezes perdura por varios dias e mesmo mezes, e são atribuidas nestes casos a sinfises pleuraes que se opoem a ascenção do diafragma. A confusão do frenico com o pneumogastrico, é excessivamente dificil, dada a situação anatomica deste ultimo, mas as anomalias podem favorecer este erro, Sauerbruch cita seis observações deste genero. Com uma tecnica perfeita evita-se esta grave falha, que pode comprometer a vida do paciente.

O simpatico dadas as suas relações com o frenico, pode apresentar tambem alterações no processo de excrese, e tem sido observado o sindrome cervical superior (Claude Bernard Hörner) caracterisado por vermelhidão da região malar, miosis, enoftalmia etc. que via de regra regride em poucos dias, e são esplicados por lesões do da anastomose do frenico com o simpatico. Uma paralisia transitoria do plexo brachial faz parte tambem do quadro das complicações nervosas, e tem tido atribuida a anestesia local. Jacques descreve um caso de afonia por lesão do recurrente.

ACIDENTES VASCULARES. Seguindo uma tecnica exata, e abordando o frenico no seu triangulo cirurgico, se está a salvo a não ser uma anomalia grosseira, de lesar os vasos da região, mas com outras tecnicas tem se averiguado lesões da arteria cervical ascendente,

cervical transversa e veias correspondentes, assim como o tronco tiro cervical. Sauerbruch em 300 frenicectomias teve um exito fatal por lesão deste tronco vascular; noutro caso foi necessario ligar a arteria sub-clavica.

A relação intensa entre os ramos do frenico e os vasos sanguineos do diafragma, esplicam pequenas hemorragias nessa região que costuman não tomar proporções inquietadoras. As lesões venosas quasi sempre são evitadas pois as veias ou são afastadas, ligadas ou tamponadas. Acidentes linfaticos são excepcionaes e sempre provocados por lesão do canal toraxico ou abertura de uma adenite tuberculosa da região supra clavicular. As manifestações cardiacas manifestadas pelo aparecimento de dores precordiaes dispnea, irregularidades do pulso, e taquicardias são atribuidas segundo Felix as lesões das anastomoses do frenico com o simpatico. Algumas vezes os enfermos tem um deficit cardiaco diagnosticado ou latente, a a compressão brusca do pulmão, desencadea uma perturbação grave para o orgão central, principalmente insuficiencia e dilatação do ventriculo direito. Assim os portadores de lesões escleroticas, os renaes, os hepaticos, hipertensos, os hipertiroideos, devem sofrer um exame muito cuidadoso em face de uma frenicectomia. As aderencias pleuraes e a pleura pódem sofrer dilacerações durante o arrancamento do frenico, estas lesões são porem muito raras.

As hemoptises podem se produzir depois das fenicoexeres, e Bernard e Demarest em 680 casos relatam 10 hemoptises pequenas, com ascenções termicas no 1.º ou segundo dia, e atribuidas a ligeiros surtos evolutivos.

As complicações pulmonares são porêm as que nos chamam mais a atenção pela sua frequencia e gravidade; as principaes constam de retenção de catarro nos bronchios dilatados ou nas cavernas, e que são removidas pela expectoração ou então podem indicar uma toracoplastia imediata; os acidentes porem mais temiveis são os surtos evolutivos post operatorios no pulmão lesado ou no oposto, provocando agravações algumas vezes benignas e passageiras o e outras vezes acarretando a morte do paciente; o mecanismo desta agravação ainda não foi completamente esclarecido, permanecendo obscuro embora se procure explicar por perturbações das funções neuro vegetativas, por arrancamento de algumas fibras do simpatico.

COMPLICAÇÕES GASTRICAS. As complicações para o lado do estomago tão bem estudadas por Monaldi são de certa frequencia e aparecem via de regra nas frenicectomias esquerdas; o diafragma perdendo seu tonus e elevando se na caixa toraxica facilita a distenção e a atomia da grande tuberosidada do estomago, que sofre acentuada dilatação; seu diagnostico e facilitado pelo timpanismo exagerado e pode ser a causa de perturbações digestivas, como erutações, hiperacidez, acrofagias, nauseas e até vomitos. Aliteratura medica cita um caso de torção do estomago apos uma frenicectomia que necessitou uma intervenção operatoria para sua resolução.

Nos doentes que apresentam perturbações gastricas é aconselhado

o uso de uma cinta com compressor elastico para combater estes acidentes.

Terminando este capitulo das complicações da frenicectomia devemos acrescentar que tem cido observado, porem com grande raridade a morte subita no post operatorio desta intervenção, principalmente nos casos de tuberculose muito adiantada, em que a resistencia organica dos individuos era mediocre; são apontados tambem como causa mortis as hemoptises fulminantes, embolias oedema agudo do pulmão, insuficiencia cardiaca etc.

AÇÃO DA FRENICECTOMIA. Logo após a frenicectomia o diafragma é paralisado e tende a subir na cavidade toraxica pela perda de seu tonus, e pela pressão da massa abdominal. Esta ascenção algumas vezes é prejudicada pelas sinfises pleuraes da base, e outras vezes facilitada pela retração epontanea do tecido patologico; este fator é o responsavel pelas elevações consideraveis do diafragma, e constitue a condição precipua para o sucesso da intervenção.

A frenicoexerese trazendo a paralisia e ascenção do diafragma, produz modificações importantes na anatomia e fisiologia do pulmão; assim a função do pulmão é grandemente alterada pela frenicectomia, o diafragma como sabemos é musculo inspiratorio por excelencia, e a sua imobilisação, tras uma redução consideravel da inspiração que na opinião de Forlanini é um dos movimentos mais traumatisantes do pulmão. A paralisia do diafragma não consegue imobilisar completamente o pulmão pela ação contraria dos musculos acessorios, ela age contudo sobre os tres diametros do torax, o antero-posterior, o transversal e o vertical; desarte diminue enormemente a distenção pulmonar favorecendo o repouso relativo deste orgão, e eliminando em grande parte o traumatismo inspiratorio de Forlanini.

A ação da paralisia diafragmatica se faz sentir sobre todo o pulmão, a ponto de com a frenicectomia, vermos melhorar e até mesmo curar, cavernas não só da base como tambem do hilo e do apice pulmonar, conforme atestam os estudos modernos de Parodi.

ALTERAÇÕES DE VOLUME. Pela frenicoexerese o pulmão sofre um verdadeiro colapso e seu volume fica muito reduzido; a ascenção do diaframa é por a assim dizer imediata, a ponto de certos cirurgiões logo apos a intervenção antes de fechar a incisão operatoria, levarem o enfermo ao R. X. para observar a elevação diafragmatica, caso contrario contituam a intervenção até descobrir o frenico e seus acessorios.

A ascenção do diafragma se completa lentamente no periodo de 6 mezes mais ou menos, e é influenciada pela retração do tecido patologico.

Ela atinge de 2 a 10 centimetros e algumas vezes mais, e se manifesta em 9 vezes sobre dez.

Ultimamente Bernou tem demonstrado que esta ascenção é mais pronunciada pela posição em decubito por 2 a 3 mezes, e favorecida nesta atitude pela maior pressão da massa abdominal atravez do diafragma, Cardis partilhando das ideas de Bernou propoem a posição de declive, em ligeiro Trendelenburg, para tornar mais eficiente a com-

pressão do pulmão, mas esta posição é muito pouco tolerada pelos pacientes.

A CIRCULAÇÃO DO PULMÃO parece influenciada pela frenicectomia, porem seus resultados ainda não são claros e uma palavra difinitiva ainda não foi pronunciada, alguns autores acreditam que haja uma congestão no orgão colobado e dahi o aparecimento de pequenas hemoptises depois da intervenção; outros acham que pela supressão do traumatismo inspiratorio, a diseminação dos bacilos por via limfatica sofre uma diminuição consideravel favorecendo a melhora ou a cura do paciente.

MODIFICAÇÕES DAS LESÕES. A frenicectomia age sobre as lesões pulmonares pela modificação de volume, da circulação, e da função do pulmão doente, mas um fator importante para sua ação é o estado das lesões pulmonares, pois a frenicectomia é de grande proveito nas lesões estabilisadas, prinpipalmente quando são cercadas de tecido são; o segredo de seu sucesso porem esta baseado na capacidade retratil do tecido patologico.

Devemos salientar que uma frenicectomia nem sempre é difinitiva, pois tem se observado, que depois de um tempo relativamente longo, o diafragma pode apresentar movimentos, que são esplicados, por um restabelecimento da condução nervosa, por meio de filetes do simpatico ou de um ramo do 12 par intercostal.

INDICAÇÕES. A indicação da frenicectomia deve atender a determinadas situações do pulmão enfermo, principalmente quanto a séde e natureza das lesões; aos insucesso ou a impraticabilidade do pneumotorax artificial, e a unilateralidade do proceso patologico segundo as ideas de L. Bernard Poix, e da maioria dos autores, a indicação otima da frenicectomia encontra justificativa nas lesões ulcerosas graves estabilisadas, pouco evolutivas e com tendencia retratil.

Nas formas ulcero fibrosas extensas apresentando sinaes de retração, este processo ainda fornece resultados satisfatorios, mas nas lesões fibro caseosas extensas os resultados são nulos, e a frenicectomia poderá despertar surtos evolutivos no pulmão oposto. As indicações são mais proveitosas no sentido inverso da atividade evolutiva, quanto mais extensas e febris forem as formas clinicas peores serão os resultados da frenico exerese; a terapeutica então deverá ser tentada com o pneumotorax e os saes de ouro. Nas lesões estabilisadas pouco febris, conseque-se com a frenicectomia, o maximo de benificios e de melhoras para o paciente.

A séde das lesões devem tambem entrar em linha de conta, antigamente a extirpação do frenico só era indicada nas lesões basilares, mas hoje graças aos estudos de Parodi sobre a fisiologia do pulmão, sabemos que pela redução da inspiração, as lesões apicaes e hilares são influenciadas favoravelmente, sendo a sua retração muito auxiliada por este processo terapeutico.

Uma indicação de grande valor é a ineficacia do pneumotorax ou a sua insuficiencia, devido a aderencias intensas e inseccionaves da

pleura, que impedem o colapso do orgão, e onde a frenicectomia pode traser grandes melhoras ou favorecer a pratica de uma toracoplastia posterior.

Nos casos tambem em que o pneumotorax após longo espaço de tempo, não consiga melhorar satisfatoriamente as lesões, a frenicectomia constitue um recurso admiraveis aliado ao pneumotorax ou substituindo este.

Assim Demarest, Berard e Dejacques relatam casos de cavernas basilares, em que o pneumotorax electivo completo e suficientemente prolongado, foi ineficaz e onde a frenicectomia mostrou-se extremamente produtiva trazendo a cura das lesões.

As hemoptises repetidas e graves, encontram indicação para a frenicectomia quando o pneumotorax for impraticavel; seu poder hemostatico é de grande valor e as vezes a reunião destes dois metodos constitue a medida terapeutica mais acertada. Entram nas indicações da frenicectomia os empiemas residuaes, após pleurotomias sem tendencia a oclusão, que melhoram grandemente com estes processo e facilitam o sucesso de uma toracoplastia caso necessaria; justifica-se ainda a frenicoexerese nas bronchetasias e cavernas gangrenosas da base, e nas perturbações cardiacas em certas formas de fibrotorax. Quanto aos resultados da extirpação do frenico a direita ou a esquerda, parece provado que não existe influencia de lado na apreciação dos post-operatoria.

A FRENICECTOMIA DUPLA ja tem sido praticada em numerosos casos, porem deve atender a indicações muito especiaes, e são pemitidas pela fisiologia respiratoria, pois já sabemos que a paralisia do diaframa absoluta não traz a interrupção dos movimentos de respiração, que são produzidos pelos musculos acessorios.

CONTRAINDICAÇÕES. As contraindicações deste processo são as lesões extensas caseosas, pneumonicas, formas miliares, perturbações cardiacas, graves etc.

A exerese do frenico é a indicada associada a outras formas de colapso como o pneumotorax, a apicolise a toracoplastia etc.

Alguns autores aconselham a reunião da frenicectomia e o pneumotorax de uma maneira sistematica, mas a observação tem provado que quando o pneumotorax é completo, a exerese, do frenico não tem razão de ser; mas quando o pneumotorax é insuficiente por aderencias do lobo inferior, a associação em frenicectoma é um metodo de grande eficiencia.

Ainda nos casos em que, a cavidade de um pneumotorax tardio, tornada irredutivel por pachi pleurite, ocasionando fenomenos dolorosos intensos, a frenicectomia presta serviços notaveis.

Alem disso a frenicectomia faz diminuir o numero das insuflações e a frequencia dos fenomenos gastricos a causados pela compressão dos pneumotorax sobre o figado e o estomago.

Aliada ainda a escalenotomia, a apicolise com ou sem plombage, e a toracoplastia, a frenicectomia tem sido aconselhada, sendo que Sauerbruc, Archibald e Goetz consideram como tempo obrigatorio

previo de todos processos toracoplasticos, este opinião não reune porem a unanimidade dos autores. Os autores alemaes dizem que a frenicectomia tateia o pulmão contrario, sobre o ponto de vista de uma complicação post-operatoria, antes da pratica da toracoplastias.

Ultimamente com os trabalhos recentes da escola de Leysin, com Morin e depois Wirthe von Jaski, surgio a idea de se preferir a frenicectomia ao pneumotorax em todas as formas brandas e pouco evolutivas de tuberculose pulmonar, dizendo que a exerese do frenico era mais simples e benigna que os riscos e inconvinientes do pneumotorax prolongado.

Bernou e Fruchaud em uma serie de 52 frenicectomias isoladas, obtiveramo brilhante resultado de 63% de curas, mas atribuem este exito as lesões muito recentes e a precocidade da extirpação do frenico; esta opinião porem não é homologada pela maioria dos tisiologos, pois dizem que estas lesões curadas pela frenicectomia seriam tambem pelo pneumotorax com a vantagem de não deixar uma paralisia definitiva do diafragma, e permitir apos a cura a volta do pulmão a sua posição primitiva.

Demange de Lyon, praticou em doentes do Sanatorio de Hauteville 100 frenicectomias absolutas, e um igual numero de pneumotorax em doentes diferentes, seus resultados foram porem grandemente favoraveis aos casos tratados por este ultimo processo, isto é pela compressão gazosa.

A opinião geral é que a frenicectomia não deve ser empregada de uma maneira exagerada, no inicio de uma afecção tuberculosa do pulmão, e que o primeiro lugar na terapeutica destas lesões pertencem indicutivelmente ao pneumotorax.

Nos casos porem em que exista a indicação de produzir um colapso bilateral, a frenicectomia apresenta a vantagem de não deminuir tão intensamente a area pulmonar como provoca o pneumotorax.

RESULTADOS. Quanto aos resultados finaes da frenicectomia ale dependem da escolha dos casos e da indicação concreta e sicera de sua pratica. Via de regra a expectoração, a tosse, a hemoptise e a febre tendem a decrescer gradativamente, porém as melhoras não aparecem tão pronto como no pneumotorax, mas começam a se manifestar de 4 a 6 meses depois da intervenção; no caso em que, a paralisia do diafragma não for difinitiva, por motivos já descriminados acima, as lesões podem recrudescer, e si o pneumotorax for impraticavel o doente só encontrará recurso numa toracoplastia.

A radiografia post-operatoria que só deverá ser feita 48 horas depois da intervenção, para se substrair do efeito da anestesia, mostrará uma parabisia imediata do diafragma, com ascenção sensivel, diminuição das cavernas existentes, com deslocamento para cima destas lesões e aparecimento do fenomeno de Kienbock. O sucesso da frenicectomia, não está somente na ascenção do diafragma, mas na imobilisação do pulmão que favorece a não reabsorção dos produtos septicos.

Ultimamente Bernou e Fruchaud em 113 casos de frenicectomias autonomas, obtiveram 66% de curas, e Mario Redaelli de Roma em

1500 operados registra 80% de bons resultados com 40% de curas definitivas.

Rist com sua grande autoridade diz ter obtido com a frenicectomia 50% de exito nos doentes que continuaram o tratamento post-operatorio sanatorial, e 30% nos que não se sugeitaram a esta pratica.

A frenicectomia é pois uma intervenção, benigna de facil execução e que esta destinada a nos fornecer um bom numero de resultados satisfatorios, toda a vez que sua indicação isolado, ou associada a outro processo terapeutico for ditada por um criterio altamente cientifico.

ESCALENOTOMIA

A Escalenotomia é uma operação destinada a produzir o repouso do apice pulmonar, e favorecer desta maneira a cura das lesões apicaes. Ela consiste em ressecar o primeiro escaleno ou anteridor, ou então os tres musculos escalenos, o anterior, medio e posterior.

Estes musculos baixam de suas inserções superiores ao nivel das terceira, 4.ª, 5.ª e 6.ª apofises transversas das vertebras cervicaes, e vão os dois primeiros se inserir em tendões fortes no tuberculo de Lisfranc ao nivel da primeira costéla, o posterior tem sua inserção superior um pouco abaixo dos primeiros e vem se prender á segunda costéla. Estes musculos principalmente o escaleno anterior, envia feixes musculares que se inserem sobre a aboboda pleural constituindo então um dos mais fórtes esteios do aparelho suspensor desta porção da pleura; pelas suas inserções sobre as duas primeiras costélas eles levantam esses dois arcos costaes, e são assim conideradas musculos acessorios, da respiração, pela sua função inspiratoria. A secção dos musculos escalenos provocam o abaixamento da aboboda pleural e das duas primeiras costélas, favorecendo a imobilisação do apice pulmonar; desta forma os musculos escalenos exercem duas funções importantes que foram muito bem estudadas por Jaques Buezart e Olivier Monod, a ação tonica e a motora, a primeira pela ação de sustentação das primeiras costélas eda aboboda pleural, e a segunda pela elevação inspiratoria das costélas superiores e do apice da pleura.

A tecnica da escalenotomia não encerra grande dificuldade, uma vez presentes no espirito do cirurgião, os pontos importantes da região que não devem ser lesados, como oplexo brachial para fóra, e a jugular interna para dentro. A incisão mais apropriada é a de Berard da frenicectomia um pouco prolongada para fóra. A escalenotomia nunca é praticada de uma maneira autonoma mas sempre aliada á uma frenicectomia, no sentido de fortificar a sua ação. As indicações da escalenotomia encontram justificativa nas lesões apicaes, e nas cavernas do apice, acima da segunda costéla; na lesões abaixo deste limite ela é considerada ineficaz.

Assim nas cavernas apicaes em que se fez uma frenicectomia e que as lesões pouco melhoraram, uma escalenotomia virá reforçar a imobilidade deste apice. Tem sido observado frequentemente que em certos casos de frenicectomia se processa no apice pulmonar, uma

super-atividade funcional para compensar o deficit respiratorio da base, que é muito nocivo para a cicatrisação das lesões, e desta maneira a escalenotomia associada a frenicectomia vem se opôr a esta super-ventilação, e melhorar pelo silencio respiratorio, as cavernas desta região. A estas duas intervenções frenicectomia e escalenotomia os tisiologros aconselham acrescentar uma terceira que é a alcoolisação dos nervos intercostaes do egundo ao setimo, do lado afectado, associação esta que traz uma imobilisação mais acentuada da região apical. A escalenotomia póde ser aliada á freno-alcoolisação e a rececção do nervo sub-clavico; a freno-alcoolisação tem porem a desvantagem de tornar muito dificil a frenicectomia nos casos em que se procure uma paralisia definitiva do diafragma, pelas perturbações que o alcool produz nas relações anatomicas dos tecidos. Tem sido observado que a secção unicamente do escaleno anterior, traz um abaixamento pronunciado das duas primeiras costélas e da aboboda pleural; esta operação vimos praticar varias vezes em Buenos Ayres por Oscar Vacaresa, atravéz da mesma incisão da frenecectomia estetica. Assim a escalenotomia é uma intervenção que aliada a frenecectomia, e a alcoolisação dos intercostaes, pode trazer grande vantagem no tratamento das cavernas apicaes, imobilisando esta região, toda vez que um pneumotorax for impraticavel, e uma toracoplastia alta for contra indicada pelo estado geral do paciente.

ALCOOLISAÇÃO DOS NERVOS INTERCOSTAES

A injeção de alcool com o fim de paralisar os nervos intercostaes, tem sido empregada para imobilisar a caixa toraxica; os musculos intercostaes são motores do torax pois na inspiração elevam as costélas e as projetam para frente. Foi usado primeiramente por Wanstat em 1917 e retomado ultimamente por Leotta de Roma sendo hoje conhecido como processo desse autor. Este metodo requer como na freno-alcoolisação, um alcool absoluto ou a 90°; o ataque aos nervos intercostaes começa-se geralmente pelo segundo, por isto que a infeção de alcool no primeiro póde atingir o simpatico (ganglio servical inferior) e provocar o aparecimento do sindrome de Claude Bernard Hörner.

O contróle dos resultados da alcoolisação, é observado pelos cliches radiologicos, com a tecnica da dupla impressão ou processo de Tobbé, que consiste em impressionar duas vezes o film em expiração e inspiração, e assim observar antes e depois da alcoolisação o movimento assencional das costélas, que deve ficar prejudicado pelo processo de Leotta. Quanto a tecnica da alcoolisação descreveremos a de Olivier Monod relatada atravez de sua interessante obra; Tratamento cirurgico das cavérnas pulmonares. As injeções são feitas do segundo ao oitavo nervos intercostaes, age-se com duas agulhas, a primeira introduz-se no apice da apofise transversa no bordo inferior da costéla, e ahi se injéta 1 cc. de novocaina a 5%, e algumas instantes após injéta-se com a segunda agulha 2 cc. de alcool absoluto cerca de 3 centimetros para fora da primeira agulha. Este processo deve ser feito sempre com anestesia prévia, pois a injeção de alcool

produz dores intensas que muito fazem sofrer os pacientes. Monod aconselha colocar as agulhas sob o contróle radiologico, mas nos individuos magros este recurso é dispenavel.

A anestesia produz uma dor em meia cintura com irradiação external, que indica que o nervo foi atingido; a injeção de alcool produz uma sensação de queimadura que passa em poucos segundos. Este processo se efetua em 2 tempos, no primeiro alcoolisam-se 3 a 4 intercostaes e, na semana seguinte os 4 nervos restantes; o tempo da imobilisação segundo Leotta varia de 2 a 6 mezes. Pelo fato de imobilisar o torax a alcoolisação dos intercostaes tem indicação nos casos de caverna justa parietal como acessorio em certas toracoplastias em doentes com muita exudação bronchica, como processo auxiliar da escalenotomia nas lesões apicaes.

APICOLISE COM PLOMBAGE

A apicolise com plombage é uma operação indicada nas lesões do apice pulmonar, e consiste após rececção de alguns centimetros da terceira costéla, por via posterior descolar a aboboda pleural com o apice pulmonar portador de uma lesão cavernosa, e encher a séde do descolamento com uma substancia extranha como a parafina. O fim da plombage não é a compressão da lesão pelo bloco parafinado, mas favorecer a retração do tecido doente sobre si mesmo, o que constitue por si só a grande indicação em tisiologia dos processos de colapso; não resta duvida porem que a massa de parafina mantem essa retração, e auxilia a imobilidade do pulmão favorecendo a cura das lesões.

O material para plombage é a parafina misturado ao bismuto com um fim de opacidade e ao vioformio com antiseptico; a gordura, o musculo, esponjas, balões de borracha, etc. foram tambem empregados neste fim mas sem grande exito.

TECNICA: a via de acesso preferida é a posterior, a anterior foi abondonada pelas dificuldades apresentadas. A anestesia local com infiltração do segundo e terceiro intercostaes. Uma incisão vertical é feita no espaço inter escapulo expinhal após a travessia da péle e da aponevróse incisam-se as fibras dos musculos trapezio e rombóide, e com o dedo introduzido na ferida reparamos a terceira costéla que será ressecada na extenção de 6 a 8 centimetros a começar da apofise transversa. Após este primeiro tempo, introduz-se 2 dedos na brécha operatoria, e pratica-se o descolamento pleuro parietal, pela dissociação do fascia endo-toraxico. O descolamento depois de efetuado, nos casos de facil emprendimento, recalca-se para baixo o apice do pulmão com a lesão cavernósa; isto posto, introduz-se na cavidade assim formada 300 a 400 gramas de parafina; as cargas de mil a mil e duzentas gramas dos autores alemães estão hoje abondonadas pelos inconvenientes que apresentam. Após a colocação da parafina faz-se o fechamento cuidadoso da ferida operatorio com 3 planos de suturas, para evitar a sahida da massa pela incisão.

Quando não se consegue fazer o descolamento da pleura, devido a sinfises muito severas, deve-se abandonar este processo por um ou-

tro, pois a insistencia operatoria póde resultar num incidente grave, como a perfuração pleuro pulmonar.

INDICAÇÕES: a plombage que é o processo de colapso cirurgico mais electivo que se conhece, encontra indicação nos casos em que o pneumotorax foi impraticavel ou ineficaz e a toroclopastia contra indicada, assim este metodo não substituiu estas duas tecnicas, mas supre suas falhas. É aconselhada a apicolise com plombage, nos casos de caverna não muito extensas do apice pulmonar, e onde houver grande tendencia para retração expontanea; com este metodo devem ser tambem socorridos os enfermos fatigados, em estado de menor resistencia os renaes, cardiacos e hepaticos, ou os que tem lesões tuberculosas a distancia, visceraes ou osseas, e ainda os casos de lesões bi-lateraes ou bi-apicaes, onde a plombage feita em 2 tempos traz resultados bastante animadores.

Sauerbruch faz a indicação deste processo na hemoptise grave, das lesões apicaes escavada. **Contraindicações;** a plombage não é indicada nas cavernas volumosas, sub corticaes e superficiaes, nas lesões densas ao redor das cavernas, nas formas agudas e francamente evolutivas, e nos casos em que não se consegue fazer o descolamento parietal completo.

RESULTADOS; quando praticada dentro da tecnica perfeita, se consegue baixar o apice pulmonar com sua face mediastinal, comprendendo toda lesão, o resultado é grandemente satisfatorio; a fébre diminue, a expectoração e os bacilos desaparecem, e o estado geral se refaz; ha uma expurgação do fóco e uma desintoxicação do organismo. A caverna lesão principal, sendo colabada, observa-se que as lesões acessorias ou ubjacentes tendem rapidamente a regredirem. Nos casos felizes a parafina é aprisionada por um tecido fibrosos, que a mantem firmemente, e a torna muito bem tolerada pelos tecidos. Infelizmente este processo que póde dar resultados brilhantes em casos onde houver uma indicação precisa e criteriosa, é sugeito a uma série de complicações, que tornam seu emprego um tanto arriscado pela incerteza de seus fins. Assim entre as complicações que sobrevem durante o ato operatorio observam-se a ruptura da pleura, perfuração do pulmão, e da cavérna, hemorragia, etc. etc; quanto as complicações post operatorias citam-se a compressão dos vasos mediastinaes, quando a massa da parafina alcança a 1.000 e 1.200 gramas; as perfurações expontaneas do pulmão acarretando infecções graves da pleura, com grandes alterações do estado geral e expectoração com detritos de parafina; é por este motivo que nas cavernas muito superficiaes este metodo é contra indicado. Tem sido observado com certa frequencia ainda as supurações ao nivel da plombage com eliminação da massa parafinada. Outras vezes ainda a parafina deslisa ao nivel da pleura, e póde como móstram os raios, trazer compressões sobre os bronchios, produzindo estagnação da secreção septica, ou comprimindo uma auricula com graves perturbações cardiacas. Temos ainda a formação de liquido sero-hemorragico, que necessita punções evacuadores repetidas, e a complicação sempre temida em todos proces-

sos colapso terapicos, que é a contaminação post operatoria de outras regiões pulmonares. Desta maneira podemos dizer com a maioria dos autores que a apicolise com plombage, é um metodo que tem as suas indicações especiaes, e nos dá algumas vezes resultados satisfatorios, pela sua benignidade, produzindo uma fórma de colapso excessivamente eletivo, podendo ser aplicado nos casos de lesões bilateraes, e nos individuos enfraquecidos, melhorando os doentes para uma toracoplastia mais proveitosa, e constituindo por assim dizer uma operação de previdencia. Ultimamente Omodei Zorini de Roma, propoz a apicolise sem plombage, e para isto depois de fazer descolamento pleuro parietal fecha a ferida operatoria deixando esse espaço vasio: diz este autor que este processo favorece a retração espontanea dos tecidos patologicos e facilita a cicatrização das lesões; Zorini em 40 casos de apicolise sem plombage conseguio 60% de bons resultados que eram mais acentuados nos casos em que a radiografia mostrava grande tendencia retratil do tecido pulmonar patologico. Para consolidar mais o efeito terapeutico desse processo, Zorini recomenda fazer 2 a 3 mezes antes uma frenicectomia aliada á uma escalenotomia.

Proust, Maurer e Rolland propõem fazer a apicolise sem plombage com rececção por via posterior das 3 primeiras costélas, inclusive as apofises tranversas, o que ja entra no quadro das toracoplastias parciaes altas.

(Continua)

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

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A' base de papaverina, belladona, meimendro e boldo.

XX a XXX gettas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.rio Gross - Rio

INSTITUTO PEREIRA-FILHO

Praça Osvaldo Cruz, Esq. Pinto Bandeira

PÔRTO ALEGRE

FILPERINA (comprimidos)
Analgesico, sedativo, antipasmodico

TERBYL-Filper (comprimidos)
Expectorante, balsamico

TRICALCYL-Filper (comprimidos)
Recalcificante.

BACTERIOPHAGYL-Filper (via buccal)
Contra Dysenteria bacillar e para-bacillares, Colites dysenteriformes.

NEUROSYL-Filper (empôlas)
Tonico geral do systema nervoso, reconstituinte, anti-anemico.

GLYCO SALYL-Filper (empôlas)
Contra Rheumatismo articular agudo, rheumatismo chronico. Arthropathias gottosas, nevralgias ciatica.

CACODYL-Filper A. B. C. D. E. (empôlas)
Poderosa medicação tonica. Restaurador das forças do organismo.

HYDRARGYL-Filper A. B. (empôlas)
Soluto injectavel indolor e de efficacia real no tratamento da SYPHILIS.

POMADA VACCINA ANTI-PYOGENICA-Filper
Tratamento dos furunculos, anthrax, sycozes simples, pyodermites, blepharites, queimaduras infectadas, folliculites agudas, no impétigo e no erysipella. No acne juvenil inflamatorio. É um cosmetico ideal para conservar e embellezar a cutis.

TRICHOPHYL-Filper
Tratamento das alopecias, seborrhéas, affecções parasitarias, psoriasis e eczema do couro cabelludo.

APHYTYL-Filper
Contra os parasitos da pelle.

ANTI-ACNE-Filper

Formas clinicas de avitaminoses frustras no latente

Dr. Mario de Assis Brasil

A dietética ou ciencia de apropriar a alimentação ás necessidades do organismo são ou doente, assume cada dia maior importancia para o médico, porquanto está intimamente ligada á fisiologia e á clínica.

O equilíbrio e a regularidade das funções organicas, em todas as fases da vida, é complemento diréto do regimen alimentar, por isso a maneira de interpretar os fenomenos da nutrição e de organizar os sistemas de alimentação é questão fundamental da qual decorre o misterio da vida.

Quando pelos trabalhos experimentais se estabeleceu o valôr energético dos alimentos pareceu que, para instituir um regimen racional, bastaria fazer o calculo das calorias relativas ao caso em apreço.

Bem pronto se verificou a impropriedade deste conceito, pois se demonstrou não ser suficiente um regimen completo em proteinas, hidratos de carbono, gorduras e sais para assegurar o equilibrio organico, já que certos principios que entram em sua constituição, estão longe de ter todos a mesma constancia e ação.

Estes principios indispensáveis para a saúde e portanto para a vida mesma, outróra denominados fatores acessorias do crescimento e do equilíbrio, fatores acessorios da nutrição, estão hoje erigidos em fatores essenciais da nutrição.

Funk chamou-os Vitaminas, nome que, segundo o autor não prejulga sobre a sua natureza quimica ainda discutida.

Daí para cá longa série de constantes estudos, em cujo detalhe não podemos entrar neste suscinto trabanho, permitiram, segundo assinalam Albeaux-Fernet e Milliaud, compreender toda a transcendencia que no mecanismo íntimo da vida têm as Vitaminas.

Recebem o nome genérico de avitaminoses as enfermidades produzidas pela carência dos produtos denominados Vitaminas.

Depois do conhecimento de cada uma das diversas especies de Vitaminas, os investigadores se dedicaram intensamente ao estudo dos quadros experimentais que a carência de cada uma dêlas produzia sobre os animais.

Entretanto devemos assinalar que a maioria dos autores está de acordo que na clínica podem-se considerar como excepcionais os quadros completos de avitaminoses, isto é, as avitaminoses francas, indubitaveis, clássicas.

(*) Trabalho lido na Sociedade de Medicina de P. Alegre em 20 de Novembro de 1936.

O que geralmente se apresenta na clínica são as enfermidades produzidas pela carencia, não pela ausência absoluta de uma ou de várias Vitaminas.

No curso deste trabalho pretendo sintetizar, dentro de um critério prático, os quadros clínicos mais importantes das avitaminoses frustas do latente.

Quando apenas se conheciam as carências clássicas, era natural que não se concedesse nenhuma importancia ás formas frustras; hoje porém este assunto interessa muito ao clínico, pois conhece-se perfeitamente a possibilidade de deficiencias qualitativas de regimens aparentemente normais.

Efetivamente a experimentação e observação clínica demonstraram que, se em pequenas doses as Vitaminas são ativas, não é seguro que a mesma dose seja suficiente em todas as circunstancias e para todos os organismos.

E' justamente uma das principais aquisições da Vitaminologia a demonstração de que o elemento quantidade tem enorme importancia no que respeita ás Vitaminas que são, como dissemos, fatores qualitativos por excelencia.

A antiga concepção da ação oligodinamica das Vitaminas não prevalece mais.

Ao contrário, hoje está perfeitamente demonstrada a importancia da quantidade destes fatores.

Assim não devemos esquecer que o organismo exige quantidades variaveis de Vitaminas, conforme os estados fisiológicos e patológicos em que se encontre: gravidez, lactação, convalescença de enfermidades infeciosas, diabéte, etc., ou conforme se encontre em período de desenvolvimento ou na idade adulta.

A fórmula geral de Plimmer $\frac{\text{quantidade de alimentos}}{\text{quantidade de Vitaminas}} = \text{Constante}$, mostra ainda que a necessidade de Vitaminas varía em relação com a natureza do regimen.

Parece que, segundo a fórmula de Plimmer, não seria dificil, com um regimen médio completo, satisfazer a exigencia vitaminica quotidiana, mas na prática muitas particularidades podem determinar um desiquilíbrio no seu aproveitamento.

Além das circunstancias individuais, fisiológicas ou patológicas, acima referidas ou da constituição do regimen, sabe-se que a riqueza vitamínica dos alimentos é suscetivel de sofrer grandes oscilações, segundo as condições de cultura, de irradiação solar, de conservação ou de manipulação que os mesmos sofrem.

Hipovitaminose, disvitaminose e avitaminose relativa são estados mórbidos que correspondem, cada um, a um quadro clínico especial.

Segundo Lorenzini, estes estados não são definitivos, sinão provisórios, pois que se referem ás maneiras diversas com que se origina o deficit de Vitamina.

Vimos já que o fator quantidade é de grande importancia em vitaminologia, desde que o organismo necessita determinada quantidade para o seu normal funcionamento. Assim, quando um regimen é constituido

de alimentos que contêm pequenas quantidades de Vitaminas podem-se apresentar transtornos na saúde da criança que se classificam como hipovitaminoses.

Por outro lado vimos tambem que o organismo póde se achar em determinados estados fisiológicos ou patológicos nos quais requer maior quantidade de Vitaminas na alimentação, dahí surgiram perturbações, que não sendo originadas por um deficit real, senão por uma necessidade maior de Vitaminas, levam a denominação de avitaminoses relativas.

Finalmente intervêm outros estados que têm enorme importancia na clínica. Referimo-nos á incapacidade do organismo para utilizar, pelo menos parcialmente, as Vitaminas que lhe são administradas. Esta incapacidade, que póde ser constitucional ou adquirida, chama-se, conforme propuzeram Mancini e Ganassini — disvitaminose.

A escola franceza, seguindo a orientação de Bertoye e Mouriquand classifica a disvitaminose como carência endogena e distingue duas fórmas clínicas: a carência endogena digestiva, por falta de absorção de Vitaminas e a carência endogena nutritiva por falta de aproveitamento das Vitaminas pelas celulas.

Como exemplo do primeiro grupo (carência endogena digestiva) Mouriquand, Ribadeau-Dumas citam casos de lactentes nos quais aparecem manifestações carenciais não obstante a farta administração, de caldo de laranja e de limão.

No segundo grupo os autores incluem os casos em que as manifestações carenciais dependem exclusivamente de verdadeira incapacidade constitucional do organismo para se beneficiar com as doses ordinarias de Vitaminas; não cedendo os sintomas carenciais neste caso sinão mediante o uso de fórtes doses de Vitaminas por via para-enteral.

Adotando o critério patogênico podemos dividir as deficiências vitamínicas em dois grandes grupos: as avitaminoses exogenas e as avitaminoses endogenas.

Passando por alto sobre este aspéto teorico da questão, para não alongar o tempo, queremos focalizar a importancia que estes estados apresentam para o médico, pela sua frequencia, pela sua sintomatologia e pelas dificuldades de diagnostico.

Estes conceitos, relativamente recentes, modificaram profundamente as idéias que até bem pouco tempo prevaleciam sobre as avitaminoses, e abriram um amplo campo de indagações clínicas, mostrando que as formas frustras ou formas latentes de avitaminoses, isto é, as hipovitaminoses e as disvitaminoses são muito mais frequentes do que e julgava.

O patrimonio vitamínico que o recem-nascido recebe com o sangue materno permite-lhe suportar durante os primeiros mêsses regimens multi-deficientes em Vitaminas. Porém a partir do terceiro e quarto mês em que se exgota ésta reserva, começam a se manifestar, com toda a gama de desordens do desenvolvimento — do simples estacionamento do peso e do talhe á verdadeira atrofia, ás desordens digestivas, á anemia etc. — as consequencias dos regimens defeituosos.

A partir desta idade os principais sindromos da patologia do latente (*vômitos, estacionamento ou diminuição da curva do peso e da altura,* anorexia, constipação alternando em diarréias, hipertonia alternando

com flacidez, insomnia, episodios febris, infeções da pele, infeções das vias aereas superiores, infeções das vias urinárias) emfim uma sintomatologia que abrange a maior parte das formas mórbidas da primeira infancia, devem fazer pensar em uma patogenia carencial.

As hipotrofias essenciais dos latentes, p. exemplo, estão perfeitamente individualizadas como disvitaminoses e segundo Mouriquand, não devem ser confundidas com a hipotrofia descrita por Variot, que se manifesta mais tardiamente e que é devida a uma alimentação desiquilibrada sob o ponto de vista energético.

O termo de precarência adotado por alguns autores para designar estes estados mórbidos não parece bem exáto, visto que não se trata de um estado prodrômico, mas dum sindromo carencial já estabelecido, ainda que com sintomas ligeiros e incompletos.

Convem se ter presente as considerações gerais acima expostas sobre as circunstancias que facilitam a descoberta da deficiencia, exogena ou endogena, absoluta ou relativa em Vitaminas, e sobre as condições que tornam o organismo mais sensivel a um deficit vitamínico.

Não interessam aqui os sindromos carenciais clássicos, beri-beri, escorbuto, xeroftalmia que são bem conhecidos e que além disto tem pouca importancia na prática em razão das suas raridades.

Vamos examinar sob o ponto de vista clínico as avitaminoses segundo a forma específica da deficiencia que apresentam na criança.

Estes estados oferecem grande interesse prático na vida do latente como já vimos, porque quando não são tratados oportunamente podem conduzir a situações graves.

As avitaminoses relativas (hipovitaminoses e disvitaminoses) manifestam-se, no latente, em geral sob a forma de sindromos distróficos: distrofias angio-hematicas, distrofias do crescimento, distrofias complexas e disergia.

DISTROFIAS ANGIO-HEMATICAS

Os autores que primeiro estudaram essa forma, consideraram-na, a principio, como uma manifestação de avitaminose C, porém observações mais completas mostraram que quando não se intervem oportunamente começam a associar-se sinais típicos de raquitismo, sobretudo nos ossos da cabeça, o que leva a considera-la atualmente como fórma mixta de avitaminoses C e D.

Caraterizam-se as distrofias angio-hematicas por estados anemicos e estados hemorragicos. Para Mouriquand e Bertoye palidez e aspéto edematoso da face podem ser as unicas manfestações objetivas deste sindromo anêmico.

O tipo de anemia é variavel desde a fórma simples, com valor globular menor do que um, com a cifra dos globulos vermelhos ligeiramente diminuida, sem apresentar modificação considerável dos leucocitos, ainda que, ás vêses exista ligeira leucocitose com predominancia dos linfocitos.

Além désta anemia simples encontram-se formas graves acompanhadas as vêses de alterações ósseas. O numero de eritrocitos diminue consideravelmente, podendo chegar 900.000 (Tixier e Benoit); constata-

se nisocitose, poiquilocitose, policromatofilia, presença de numerosos normoblastas, megaloblastas, reticulocitos que revelam a profunda alteração da função critropoietica.

Em certos casos existe leucocitose que unida a uma esplenomegalia constitue um quadro clínico dificil de diferençar da anemia pseudo-leucemica. Sómente a prova terapeutica afirmará o diagnóstico.

Aron descreveu uma fórma clínica com o nome de anemia alimentar do latente. Trata-se de uma entidade nosológica devida a falta de alimentos frescos.

Ha nestes casos além da diminuição da quantidade de hemoglobina, palidez, edemas, angiodistrofias com hemorragias puntiformes da pele e esplenomegalia. E' propria do latente alimentado artificialmente.

Aron considerou este estado como uma manifestação de avitaminose C, pois aparece em condições semelhantes ás de outras formas.

Mais tarde se verificou que quando não se intervem no inicio das manifestações clínicas começam a agregar-se sinais típicos de raquitismo, sobretudo nos ósses da cabeça, pelo que se considera atualmente como uma fórma mixta de avitaminoses C e D. Em muitos destes estados anêmicos não basta o emprego do suco de limão ou de laranja para se obter a cura. Trata-se de uma incapacidade constitucional ou adquirida para utilisar as Vitaminas.

O diagnóstico precoce torna-se dificil nessas fórmas mono-sintomáticas que não se acompanham de hemorragias, sobretudo para diferenciala-las de outros estados anêmicos: anemia de Biermer, anemias secundárias tóxicas ou infeciosas.

Outro sindromo das distrofias angio-hemáticas está representado pelas hemorragias capilares (cutaneas, periosticas, sub-periosticas, musculares, mucosas e viceraís) que é devido a uma fragilidade vascular latente e localisada (Aschoff e Koch). Estas formas se caraterizam pela normalidade da massa sanguínea, pois o tempo de coagulação é normal, com retração fisiológica do coágulo e cifra de trobocitos normal.

A fragilidade vascular é facilmente verificada pela prova do garrote e da ventosa.

As hemorragias cutaneas surgem tanto sob o aspeto de patequias como de extensas equimoses. As petequias se apresentam na face, no no pescoço, sendo mais raras em outras regiões; oferecem a aparencia de finos pontilhados, as vêses, só verificaveis em uma inspeção minuciosa.

Quanto ás equimoses expontaneas, mais raras no inicio, não deixam de se manifestar aos ligeiros traumatismos. Nas crianças maiores não se deve deixar de examinar a extremidade do polegar e do indicador porque, pelo hábito de chupar os dedos, adquirem comumente, nesses pontos, equimoses que podem se transformar em bolhas sanguíneas.

Convem se ter presente que essas hemorragias cutaneas podem ser o primeiro e unico sintoma de uma vitaminose parcial.

As mucosas da boca e aparelho digestivo podem tambem ser séde de pequenas hemorragias, por isso oferece grande importancia a presença de sangue nas fézes como sintoma dos mais precoces. Alguns autores julgam que se deveria procurar sempre sangue oculto nas evacuações dos lactentes entre 6 e 12 mêses.

Ratoff encontrou frequentemente sangue oculto nas evacuações de lactentes sob regimes carenciais.

Antes do aparecimento dos dentes podem ser encontradas manchas purpuricas nas gengivas. Depois da saída dos prmeiros dentes processam-se em torno dêles elevações violáceas que sangram aos traumatismos.

Comby chama atenção para a significação das hematurias aparentes ou microscópicas como sintoma de grande importancia para o diagnóstico diferencial entre as avitaminoses frustras e as nefrites hemorrágicas.

Tambem fazem parte do quadro clínico em fase mais adiantada, as epistaxes, sobretudo quando acompanham a anemia, os hematomas profundos ou superficiais: hematoma intra-orbitário, hemorragias meningeas, hematoma da rotula, etc.

Em resumo, todo o sindromo hemorrágico, com fragilidade vascular e integridade da massa sanguínea, que se apresenta no lactente deve fazer suspeitar a possibilidade de uma avitaminose ligeira e investigar cuidadosamente a carência correspondente na alimentação.

DISTROFIAS DE CRESCIMENTO

Sabe-se, graças aos estudos experimentais, a enorme influencia da Vi tamina C, na evolução da curva dos crescimento e do peso. Por isso é razoavel considerar que uma criança, embora de aperencia normal, que cessa de aumentar em peso e altura, sem ter sofrido nenhuma outra enfermidade, possa estar sob as consequencias de um regimen pobre em Vitamina C.

Quando estas anormalidades se acompanham de palidez, edema da face, mau humor, anorexia, deve-se considerar como manifestação das mais típicas de avitaminose C.

Outro sintoma que tem grande importancia nestas formas de avitaminoses é a anorexia; algumas vêses é completa para todos os alimentos, outras vêses o apetite apenas se acha diminuido e caprichoso. E' um sintoma dos mais típicos que se comprova administrando alimentos ricos em Vitamina C.

Segundo Uhlman e Lumiére, as avitaminoses gozam papel excito-secretor sobre as glandulas do tubo digestivo e deste modo influem no apetite.

A deficiencia de Vitaminas C e D provoca má formação ou retardamento no desenvolvimento dos dentes, seja sob a forma de lesões raquíticas, seja sob a forma de calcificações irregulares. Cavallaro mostra a relação que existe entre a má formação dentária e a carência vitamínica; diz este autor que quando a carência vitamínica provem da mãe, os dentes que se formam na vida intra-uterina (particularmente o primeiro e o segundo molar provisório, bem como o primeiro molar permanente) são lesados; e que quando a carência se processa na vida extra-uterina os primeiros molares são lesados, emfim se a carência foi grave durante a lactação todos os dentes provisórios podem ser danificados. Estas noções mostram a importancia do tratamento vitamínico pre e post-natal para se processar um desenvolvimento corréto do esqueleto.

DISTROFIAS COMPLEXAS

As carências frustras são comumente complexas e multiplas.

Segundo Mouriquand quasi sempre se associam carências mais ou menos relativas de outras Vitaminas ou mesmo de proteinas, sais minerais, gorduras, etc.

Os latentes alimentados com caldos de farinhas esterelizadas com uma pequena quantidade de leite, tambem esterelizado ou submetido a regimens preparados com alimentos de qualidade inferior, durante longo tempo, apresentam transtornos varios cuja natureza só é possivel determinar exatamente com a instituição de regimes racionais.

Naturalmente, em todos estes casos é necessário que regime deficiente se prolongue por algum tempo, por várias semanas ou mêses, para que se manifestem os primeiros sintomas devidos a hipovitaminoses.

Até hoje a patogenia das avitaminoses C não está bem esclarecida.

A complexidade de suas causas explica as dúvidas. Para alguns autores ela é multipla e depende não de um, mas de varios factores contidos todos na Vitamina C. Mouriquand, Ribadeau-Dumas e R. Clement afirmam que a anemia não depende das hemorragias, pois que aparece antes déla e póde constituir o único sintoma ostensivo da avitaminose; não se deve tão pouco a uma hemolise, como se havia pensado, sinão a uma perturbação na função eritropoietica.

Bessnoff confere á Vitamina C uma ação diréta sob a formação da hemoglobina; outros autores pensam que tenha a Vitamina anti-escorbutica influencia sobre o metabolismo do ferro; emfim, alguns comparam sua ação á que exerce o fígado na anemia perniciosa.

Sabe-se que as hemorragias não dependem de uma discrasia sanguínea, senão de lesões das paredes nos vasos, porém em relação ao mecanismo íntimo destas lesões ainda ha divergencias.

DISERGIA

Bem antes das manifestações patológicas proprias das avitaminoses parece crear-se um terreno favoravel ao desenvolvimento das infeções.

As observações clínicas são bastantes numerosas e concludentes para assegurar-se que a predisposição dos latentes alimentados artificialmente, ás infeções, é a expressão de um estado carencial.

Nassau e Zingher procuraram precisar o grau de resistencia ás infeções, utilisando o indice infecioso de Mayer, que consiste em contar o numero de estados infeciosos e o numero de dias com febre, sobrevindos em 100 dias, e concluiram que nas avitaminoses do latente o índice infecioso é maior que nas crianças normais.

Sobresae a relação entre as avitaminoses parciais e a tuberculose dos lactentes.

Mouriquand e Bieling mostraram que efetivamente a tuberculose evolue mais rapidamente nos animais sujeitos a regimens carenciados em Vitamina C do que nos testemunhas; pensam que não se trata de um progresso mais rápido nem mais intenso das lesões tuberculosas mas que a avitaminose agrava os efeitos tóxicos da tuberculose.

Como contribuição de tudo que foi dito acima sobre o diagnóstico das avitaminoses frustras, devemos acrescentar que em certos casos sómente a prova terapêutica poderá por em evidência um estado de carência vitamínica relativa. Julgamos que se deve levar a cabo ésta prova em todos os estados hemorrágicos, anêmicos e distróficos dos lactentes que não tenham uma explicação exáta, assim como naqueles que são pouco resistentes ás infecções.

Não serão poucas as oportunidades em que seja coroada de êxito a tentativa.

A proflaxia e a terapêutica das avitaminoses reside no regimen suficiente, compléto, harmonioso e adequado.

O organismo infantil em contínua evolução, tem desde o nascimento até o desenvolvimento compléto, uma série intermedia de gráus de necessidades nutritivas que reclamam, — e convem sublinhar isto, — modificações e substituições graduais e progressivas, da alimentação para que essa evolução não seja interrompida.

Quando instituido o regimen que corresponde ao desenvolvimento aparente da criança, não se verificar a harmonia funcional, cabe pensar que circunstancias inherentes ao poder funcional do indivíduo, estão em causa.

Devido a noções de puericultura que tanto se difundiram se tem feito abuso da alimentação artificial mal orientada que é fonte segura de avitaminoses relativas. Certamente ha crianças nutridas esclusivamente com leite, até os 12 ou 15 mêses, que toleram essa alimentação de modo satisfatório; mas isto é a exceção. Em regra geral as perturbações se manifestam mais ou menos acentuadas: se o peso é suficiente, ou mesmo superior ao normal, a palidez, a anorexia, a constipação, o retardamento e a má qualidade da dentição, o retardamento da marcha, revelam imperfeita nutrição.

A pobreza do leite em ferro, em sais assimilaveis, em vitaminas, em fermentos e diástases, demonstra que o regimen láteo exclusivo não proporciona os elementos indispensaveis ao perfeito desenvolvimento da criança de mais de 6 mêses, cujas necessidades são incessantemente progressivas. Cumprirá ajuntar á dietetica, nessa época da vida, alimentos frescos, ricos em vitaminas variadas, gorduras em quantidades próprias, proteinas escolhidas etc.

Para formular a indicação de um regimen não é possivel tomar como base apenas o peso e a idade, mas sobretudo observar a côr dos tegumentos, a tonicidade dos musculos, a fórma dos ossos, o estado dos dentes, a atividade, a alegria, o despertar da inteligencia, a qualidade do sono e a resistencia ás infecções.

O puericultor que apreciar devidamente o estado funcional da criança, não se deixará encerrar num programa esquematico estreito, suscetivel de aniquilar as iniciativas úteis baseadas na experiencia clínica, mas procurará colocar o regimen alimentar dentro do expoente funcional organico, isto é, adatará o regimen á criança e não a criança ao tipo standard relativo á idade e ao peso.

BIBLIOGRAFIA

Clement Robert — Formes dystrophiques de l'avitaminose C du nourrisson. Revue de Médicine, Avril 1934.

Lorenzini G. — Nóvos Aspects cliniques des avitaminoses. Paris Medical, Juillet 1936, n.º 24.

Lorenzini G. — Dez lições sobre as vitaminas.

Nasso Ivo — As vitaminas no desenvolvimento do lactente (Dez lições sobre as vitaminas).

Preti Luigi — Discrasias hematicas de origem avitaminica (Dez lições sobre as vitaminas).

Moet V. — Estado atual del problema de las avitaminosis. El Siglo Medico. Tomo 92, Set. 1933.

Garza Lozano — La Avitaminosis C en el lactente; Revista Mexicana de Puericultura n.º 53, 1935.

Montagna C. — Escorbuto infantil. La Semana Medica n.º 40; 1936.

Excipiente gelosado - Vehiculo perfeito (Não gorduroso)

RHINOGENOL
EM TUBO CANULA DE ESTANHO

AFFECÇÕES
Rhino-Pharyngeas

UMA ASPIRAÇÃO

EGUALA

UMA PULVERISAÇÃO

LABORATORIOS LUTSIA - Paris - Rouen.

Amostras e Litteratura: SEYS, PIERRE & CIA. LTDA. - C. Postal 489 - Rio

Dismorfóse Congenita Bilateral do Punho
(Molestia de Madelung)

por

E. J. Kanan

Docente-Livre de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica.
1.° assistente da 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica da Fac. de Medicina da Universidade de Porto Alegre.
Prof. de Biologia do Curso Complementar do Ginásio do Estado.

O motivo principal da publicação da presente observação é a sua raridade.

A Molestia de Madelung tem servido como matéria de inumeras publicações. Constituiu assunto de grande interêsse nas Jornadas Ortopedicas de Bordeaux (junho de 1935). Entretanto, não se chegou a um acôrdo ainda na interpretação da anatomia-patalógica, da etiológia, da patogenia e mesmo das imagens radiograficas desta interessante deformidade do punho.

Antes de mais nada vou descrever o caso de minha observação pessoal.

OBSERVAÇÃO.

Em 1° de abril do corrente ano, apareceu-me no consultório, enviada por um distinto coléga, a menina D. K., com 14 anos de idade, de côr branca, natural deste Estado, colegial. O motivo precipuo da consulta era uma deformidade existente nos dous punhos.

Conta que, de poucos anos para cá, começou a notar o crescimento duma saliencia dura na face dorsal dos dous punhos. A deformação não era dolorosa, permitindo o uso normal das mãos, e fazendo facilmente todos os moviments ao nivel do punho. Ultimamente, porém, começou a sentir um pouco de dôr, em nada lhe prejudicando os movimentos. Nega qualquer traumatismo, ou outra qualquer lesão, ao nivel dos punhos. A deformidade originou-se insidiosamente, aumentando paulatinamente.

Sempre gozou bôa saude. Não ha nada de importancia nos seus antecedentes morbidos pessoais. Não ha nenhum caso da mesma natureza entre os seus parentes.

Os dous punhos apresentavam na face dorsal duas saliencias duras, imóveis, e indolores, constituidas pelas cabeças cubitais luxadas. Imediatamente abaixo notava-se uma depressão produzida pela pro-

(*) Trabalho lido nas Jornadas Médicas da Sociedade dos Docentes-Livres em 14 de outubro de 1936.

jeção da mão para diante. Vista a região de perfil, tinha-se a impressão dum dorso de garfo. A mão achava-se em leve hiperextensão; não estava desviada lateralmente. Os movimentos estavam ligeiramente limitados, preponderantemente os de supino-pronação. Musculatura normal. Nenhuma perturbação trófica ou vascular.

Não apresentava nenhum estigma de sifilis. Não pôde ser feita a reação de Wassermann. A dosagem da calcemia acusava a taxa de 10mgr.4 por mil.

Em resumo, é uma menina de 14 anos portadora duma deformação dos dous punhos, impressionada pelo aumento progressivo da lesão, desejava saber si havia um meio ortopedico para a restauração estetica dos dous punhos.

Afastada a hipotese duma luxação posterior, de origem traumatica ou infecciosa, da extremidade distal do cubito, orientei o diagnostico para o de uma deformidade congenita da articulação radiocubital inferior, solicitando imediatamente uma radiografia. As radiografias revelam nitidamente as imagens das lesões da Molestia de Madelung, confirmando integralmente as minhas suspeitas. (Figs. 1, 2, 3 e 4).

A terapeutica, que seria a osteotomia cuneiforme do radio encurvado, estava contraindicada por estar o processo em evolução, a deformação se reproduziria inevitavelmente após a intervenção. Não querendo, doutra parte, submeter-se a um tratamento ortopedico conservador, aliás de resultados aleatórios, a paciente ficou de voltar mais tarde, quando estivesse em melhores condições de ser operada.

DEFINIÇÃO. — A Molestia de Madelung é uma deformidade congenita do punho causada por uma hemiatrofia radial inferior.

SINONIMIA. — A Molestia de Madelung é conhecida ainda pelos seguintes nomes:

Subluxação Expontânea Do Punho (Madelung),
Radius Curvus (Duplay),
Manus Valga (Schultze),
Carpus Curvus (Delbet),
Luxação Progressiva Do Punho Nos Adolescentes (Kirmisson),
Subluxação Congenita Do Punho (Estor),
Carpocifóse (Putti),
Mão Tórta Expontânea Dos Adolescentes (Mauclaire),
Dismorfóse Congenita Bilateral Dos Punhos (Rocher).

Depreende-se da variedade da nomenclatura a complexidade dessa deformação. Conforme a particularidade anatomica mais deformada, cada autor deu uma denominação, atribuindo-lhe determinada causa. Até bem pouco tempo, o estudo dessa deformidade foi encarado sob um ponto de vista unilateral, até que Rocher, Roudil, Canton e outros, num trabalho de sintese, procuraram explicar todas essas lesões, denominadas diferentemente, por uma mesma origem.

HISTORICO. — As primeiras observações foram publicadas por

Dupuytren (1834), Malgaigne (1855), e Jean (1875). Poucos anos depois é que se seguiu a descrição de Madelung (1878), ficando essa deformidade conhecida pelo seu nome. Gangolphe, Renard, e, depois, Lenormant (1907), chamaram a atenção dos estudiosos quanto ao papel exercicio pela cartilagem de conjugação na Molestia de Madelung. Broca e Marmonteil (1921) foram mais incisivos, afirmando haver sempre uma lesão da cartilagem conjugal radial inferior. Rocher, Roudil e Canton (1930—1935), retomaram a questão sob este mesmo ponto de vista, considerando a hemiatrofia da epifise radial inferior como a lesão primordial e constante dessa interessante deformação do punho.

ETIOLOGÍA. — É uma afecção óssea rara, conhecendo-se relativamente poucos casos.

Ataca ambos os sexos, com uma leve preponderancia do sexo feminino.

É geralmente bilateral.

Aparece, segundo Potel, depois do segundo ano, levando mêses e anos para se instalar. É na adolescencia que as lesões se tornam mais manifestas.

SINTOMATOLOGÍA. — A Molestia de Madelung póde manifestar-se por perturbações funcionais ou por lesões morfológicas. Geralmente são associadas, preponderando as ultimas.

Acontece, algumas vezes, que a sintomatología assume um aspecto larvado, sendo necessário um exame radiológico que, então, apresenta lesões ósseas insuspeitadas pela clinica. Não é demais acentuar o valor da radiología, como elemento decisivo ao diagnostico da Molestia de Madelung.

FÓRMAS CLINICAS. — Póde apresentar-se sob duas fórmas clinicas.

FÓRMA COMUM. — É caracterizada pela inflexão palmar da extremidade inferior do radio, exagerando assim uma incurvação que existe normalmente. A extremidade inferior do cubito, não seguindo o movimento do radio, se luxa para trás, formando uma saliencia dura na face dorsal. Abaixo desta saliencia existe uma depressão consecutiva á projeção da mão para diante, que, além de ocupar um plano mais anterior, póde deslocar-se lateralmente, principalmente em inclinação cubital. Os musculos cubital anterior, grande palmar e os tendões dos flexores dos dedos pódem fazer saliencia anterior. O antebraço mostra-se, ás vezes, encurtado.

Os movimentos dos dedos são pouco alterados. A flexão do carpo geralmente é normal. Contudo, a extensão é prejudicada, algumas vezes, porque encontra um obstaculo oferecido pelo bordo posterior espessado do radio. Os movimentos de pronação e supinação são limitados. Os metacarpicos para compensarem uma atitude viciosa se colocam, algumas vezes, em hiperextensão.

A musculatura geralmente é normal, e a força muscular está conservada.

As perturbações funcionais são variaveis. O processo mórbido póde manifestar-se com dôr, exacerbando-se por ocasião dos movimentos, assim como póde ser indolor durante muito tempo. A dôr persiste durante o periodo evolutivo, para cessar quando a deformidade está definitivamente instalada.

FÓRMA INVERSA. — Muito mais rara que a precedente. É carecterizada por uma inflexão dorsal da extremidade inferior do radio. Os sináis tomam uma feição justamente contrária a da fórma habitual. A luxação cubital é para diante, fazendo saliencia na face palmar. A mão está desviada para trás, ficando em hiperextensão sobre o antebraço, e os tendões extensores dos dedos fazem saliencia na face dorsal. A dôr é inconstante.

DIAGNOSTICO. — O diagnostico precoce de tal deformidade só é possivel com o auxilio da radiografia, que então levantará todas as duvidas.

A LUXAÇÃO POSTERIOR DA EXTREMIDADE INFERIOR DO CUBITO, não tendo sido reduzida, oferece um aspecto clinico semelhante. As imagens radiograficas são, porém, diferentes. (Figs. 5 e 6).

Em 12 de março do corrente ano, foi consultar-me, acompanhada pela sua mãi, a menina Nadia J. S., com 11 anos de idade, branca, e natural da Siria. Ha dous anos e meio, mais ou menos, sofreu uma quéda sobre a mão esquerda, vindo a luxar para trás a cabeça cubital.

Nota-se uma saliencia dura, pouco dolorosa e pouco movel, sobre a face dorsal do punho. A mão encontra-se deslocada para o lado do cubito. Movimentos limitados, principalmente os de supino-pronação. Ligeira atrofia muscular do antebraço.

As radiografias revelaram uma luxação posterior da epifise cubital inferior, com uma descalcificação dos óssos do punho. Não houve ascenção carpica, e nem rutura do arco romano do contorno carpico superior. Os óssos do carpo estão bem individualizados. A extremidade inferior do cubito está mais baixa que de costume, longe da cavidade sigmoide, a linha bistiloidéa passa na extremidade inferior do semilunar, que não se interpõe na articulação radiocubital inferior.

ANATOMIA PATOLÓGICA. — Os resultados fornecidos por alguns casos submetidos á autópsia, assim como as lesões manifestadas pelas imagens radiograficas, permitiram conhecer os diversos aspectos anatomao-patalógicos da Dismorfóse Congenita Bilateral Do Punho.

A lesão primordial e constante desta afecção óssea é a hemiatrofia radial inferior, conseqüente á um processo de aberração osteoformadora da cartilagem de conjugação. E', em ultima analise, uma Discondroplasia Congenita.

As outras lesões ósseas, ou as assestadas sobre os musculos e os ligagamentos, são de caráter secundario, inconstante. Não se apresentam com uma freqüencia regular, de maneira a fazer um todo patógnostico dessa deformidade do punho.

Apresentam-se com as seguintes caracteristicas:

a) A extremidade inferior do radio (epifise, metafise, terço inferior da diafise) póde apresentar-se, freqüentemente, com uma incurvação palmar, constituindo o radius curvus, ou, raramente, um incurvamento dorsal, caracterizando a fórma inversa; o radio achava-se, geralmente, incurvado lateralmente, de concavidade dirigida para o cubito; póde estar, realmente, com uma diminuição no comprimento, e, aparecer com um aspecto irregular.

b) O cubito está, via de regra, com a cabeça luxada para trás, e, raramente, para diante; tambem, póde estar com um aspecto irregular, e o bordo que serve para a inserção da membrana interóssea é espessado, assim como pódem existir exóstoses.

c) Os óssos do corpo encontram-se modificados na fórma e na disposição, a alteração é bem nitida, com a segunda fila óssea em hiperextensão sobre a primeira; pela ascenção do condilo carpico, o semilunar se interpõe na articulação radiocubital inferior, afastando as duas superficies articulares.

d) Os musculos estão, geralmente, em condição normal, guardando a sua força muscular.

e) Os ligamentos pódem estar afrouxados, permitindo a sua lassidão o deslocamento anormal dos óssos.

Estas lesões osteo-musculo-ligamentosas manifestam-se com graus variaveis de freqüencia e intensidade.

E' entretanto, através a radiografia que se pódem apreciar as lesões ósseas.

RADIOGRAFIA. — O exame radiológico deve ser feito em duas posições: de face e de perfil.

Na posição de face, as imagens radiograficas revelam as seguintes lesões:

a) Ha uma dehiscencia da articulação radiocubital inferior, permitida pelo relaxamento dos ligamentos.

b) Póde haver um espessamento do bordo externo do cubito, em conseqüencia da tração exercida pela membrana interóssea aí inscrida.

c) Observa-se uma incurvação lateral da extremidade inferior do radio, com a concavidade dirigida para o cubito.

d) A extremidade inferior do cubito póde apresentar-se com uma conformação mais saliente.

e) Existe constantemente uma aplasia da metade interna da epifise inferior do radio, objetivada por uma inclinação de 45° da face articular radial. A cartilagem de conjugação da epifise inferior do radio, como se póde ver nos punhos dos adolescentes, não atravessa transversalmente como uma faixa clara a metafise, mas toma uma direção obliqua de cima para baixo e de fóra para dentro, indo perder-se na crista rombuda que divide em duas a superficie articular. Póde-se, ainda, ve-la na metade interna, a pouca distancia da superfcie articular, como si tivesse produzido uma insignificante porção óssea (Rocher e Canton).

f) A epifise cubital inferior está luxada para trás, geralmente,

evidenciada pela projeção da massa piramido-pisiforme sobre a imagem da cabeça cubital.

g) Observa-se uma deformação dos ósses do carpo que se apresentam modificados na sua estrutura anatomica e na sua posição.

h) O maciço carpico experimenta uma ascenção, procurando penetrar entre a articulação radiocubital inferior.

i) Nota-se a rutura do arco romano do condilo carpico, que é substitudo por um ogival, cujo apice é ocupado pelo semilunar.

j) Si se traçar a linha bistiloidéa, esta passará pela extremidade inferior do semilunar, e não no seu terço superior como é normal.

As radiografias tiradas na posição de perfil mostram as seguintes imagens:

a) Existe uma luxação posterior da cabeça cubital inferior; raramente é anterior.

b) Vê-se uma superficie triangular clara sobre a face interna do radio, de apice superior.

c) O condilo carpico, em conseqüencia da sua ascenção, apagou a interlinha articular existente entre o radio e o semilunar.

d) O semilunar se acha projetado sobre a imagem triangular clara.

e) As duas filas dos ósses carpicos, em virtude duma disposição divergente, formam um angulo diedro de abertura voltada para diante.

f) Finalmente, póde haver um incurvamento frontal da extremidade inferior do radio, de concavidade voltada para a face palmar, facilitando dest'arte a projeção da mão para diante, e caracterizando nitidamente o chamado radius curvus.

PATOGENÍA. — Diversas foram as teorias para a explicação da Molestia de Madelung, apontando-se a traumatica, a infecciosa, a raquítica, a muscular, a nervosa e a endocrinica. Nenhuma delas é, não obstante, completa e capaz de satisfazer plenamente.

Atualmente, a hipotese mais verosimil, e em condições de fornecer uma explicação de todas as lesões, é a que considera esta deformidade como uma Distrofia Congenita Da Articulação Radiocubital Inferior, semelhante á Distrofia Subluxante Da Anca, á Luxação Congenita Da Anca, e de outras articulações. A causa primeira desta ósteodistrofia não é ainda conhecida, como acontece aliás com todas as malformações congenitas.

E', entre todas as teorias, a mais racional e consentânea, na elucidação das lesões determinadas por essa afecção do punho.

Essa deformação é uma verdadeira Discondroplasia, causando uma hemiatrofia da apofise radial inferior. A cartilagem de conjugação é séde duma aberração osteoformadora, causa da deformidade.

A hemiatrofia radial inferior é caracterizada por uma modificação na orientação da superficie articular, cujo plano fórma com o eixo longitudinal antibraquial um angulo de 45°, e não de 90° normalmente. A radiografia demonstra uma imagem da epifise radial reduzida a um blóco de fórma duma piramide triangular, cuja face inferior, articular, está inclinada, confundindo-se com o bordo interno do radio. O abortamento da metade interna da epifise radial determina, duma

parte o desaparecimento da cavidade sigmoide, doutra parte a rutura da articulação radiocubital. A cabeça cubital não mais se articula com o radio.

O tonus e as contrações musculares, auxiliados por uma tal disposição anatomica anormal, e facilitados pela lassidão dos ligamentos, provocam a ascenação do condilo carpico, interpondo-se na articulação radiocubital inferior graças á insinuação do semilunar. Esse deslocamento carpico para cima é, contudo, frenado pela membrana interóssea, que então resiste num certo limite, e pela superficie articular radial inferior, ao passo que a outra metade do condilo não encontra resistencia do lado da extremidade cubital luxada. A ascenação carpica é, ás vezes, num sentido longitudinal, parecendo uma verdadeira luxação central da articulação radiocubital inferior. Outras vezes, desloca-se lateralmente, principalmente para o lado do cubito, que oferece aliás menor resistencia; daí a formação da mão torta cubital.

Em seguida, essa ascenção acarréta a luxação da cabeça cubital, que escorréga sobre o dorso do carpo, carregando consigo o bloco piramido-pisiforme. Por sua vez, rompe-se o contorno superior do carpo, transformando-se o arco romano em arco ogival, com o semilunar no vertice. Os óssos carpicos sófrem com tal deslocamento, perdendo as sua relações anatomicas reciprocas, e repercutindo desfavoravelmente no desenvolvimento, evidenciado por uma alteração morfológica e topógrafica, a começar pelo hemilunar que avança na articulação radiocubital inferior, procurando afastar as duas extremidades articulares.

A distensão da membrana interóssea, imposta pelo afastamento dos ramos do compasso radiocubital, provoca com o tempo fenomenos de prióstose, caracterizados por espessamentos e irregularidades nos bordos de inserção, e o aparecimento dumo incurvação lateral do radio, com a concavidade orientada para o cubito.

A inflexão palmar da extremidade inferior do radio (para alguns é o exagero da incurvação normal causada pelo raquítismo) corre por conta da preponderancia dos musculos flexores, que determinam uma hiperpressão anterior, e uma hipopressão posterior ou dorsal. O bordo posterior da superficie articular radial se espessa, em virtude da lei de Delpech. O bordo anterior póde apresentar uma saliencia na palma da mão, chamando Schneck a extremidade inferior radial em fórma de consólo.

Ora, em conseqüencia da dupla inclinação da extremidade distal do radio, a mão é projétada para diante e a cabeça cubital é luxada para trás. Quando a inflexão frontal do radio é para trás, o aspecto da deformidade do punho é inteiramente inverso.

O radio póde estar realmente encurtado. A mensuração deve fazer-se sobre todo o comprimento do osso, e não se limitar á medição do arco.

A impotencia de certos movimentos é produzida por uma articulação cujas superficies estão alteradas, mal orientadas na direção, não permitindo um jogo articular normal. Graças á essa má disposição articular surgem, posteriormente, fenomenos de artrite deformante,

como em qualquer outra articulação em condições analogas, acompanhados de dôr.

E' possivel que outras lesões, diferentes da hemiatrofia radial inferior, póssam acarretar uma luxação da cabeça cubital, com um aspecto clinico semelhante á deformação de Madelung. Assim, por exemplo, a Osteite Fibrosa Quística da metade interna da epifise radial inferior (Toraren Bjorkrorn), e as fraturas do tipo Goyrand, foram apontadas como causas da Molestia de Madelung.

A mesma Discondroplasia póde ser causada por infecções, segundo Darcourt.

....

A DISMORFÓSE CONGENITA BILATERAL DO PUNHO E A MOLESTIA DE MADELUNG. — Si se percorrer a bibliografia sobre a Molestia de Madelung, há-de se verificar a variabilidade das lesões. A Molestia de Madelung ou Radius Curvus caracteriza-se pela inflexão frontal do radio (para diante ou para trás), acompanhando-se, ás vezes, do desvio da mão para o lado cubital. As outras fórmas têm de comum com a Molestia de Madelung a hemitrofia radial, a luxação cubital e a ascenção carpica. Eis porque todas são denominadas como sendo uma Dismorfóse Congenita Bilateral Do Punho, sendo a Molestia de Madelung uma sua variedade, uma fórma mais complexa.

TRATAMENTO. — O tratamento divide-se em ortopedico ou incruento, e o cirurgico.

O primeiro utiliza-se de todos os meios conservadores, com o fito de fazer estacionar o processo deformante, mas sem eficacia na restauração morfológica do punho, uma vez definitivamente estabelecidas as lesões.

..

O tratamento cirurgico consiste numa osteotomia cuneiforme do radio, de base dorsal. O membro deverá, logo após, ser imobilizado em aparelho gessado até que se dê a consolidação óssea.

A intervenção, que é benigna e de resultados satisfatórios quando preenchidas as necessárias condições, só deverá ser feita quando o processo mórbido não estivér em evolução.

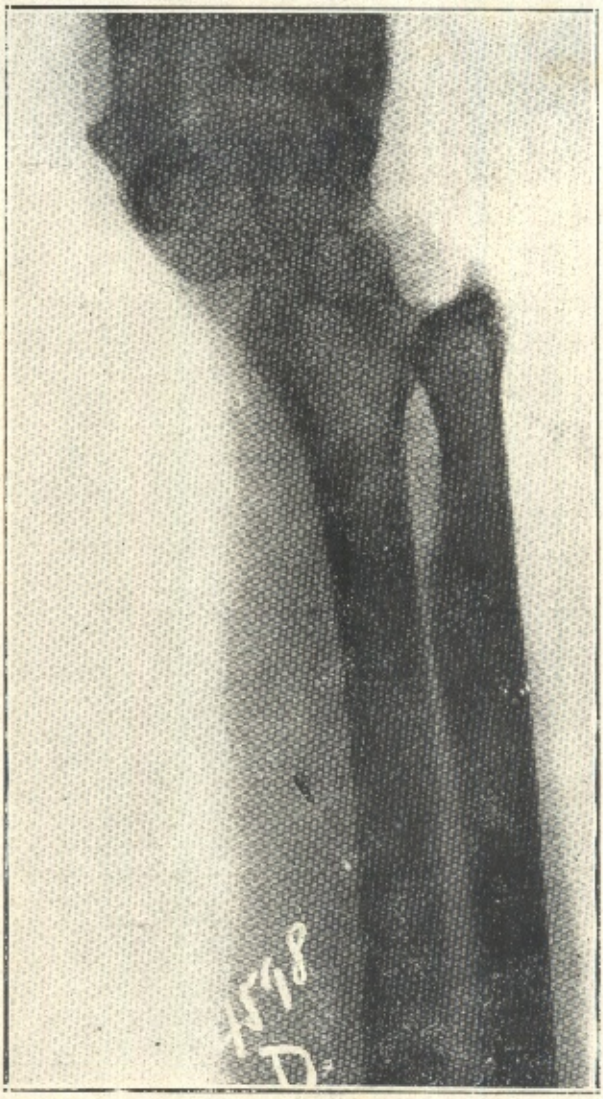


Fig. 1
Radiografia de face do punho direito
Molestia de Madelung
(obs. pessoal)

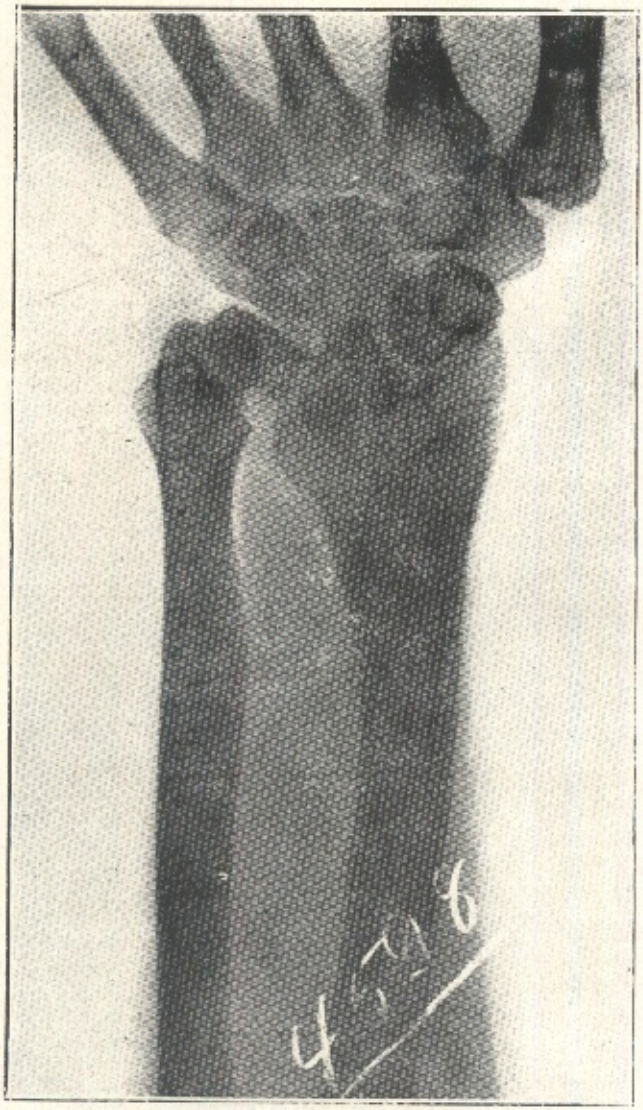


Fig. 2
Radiografia de face do punho esquerdo
Molestia de Madelung
(obs. pessoal)

Fig. 3
Radiografia de perfil do punho direito
Molestia de Madelung
(obs. pessoal)

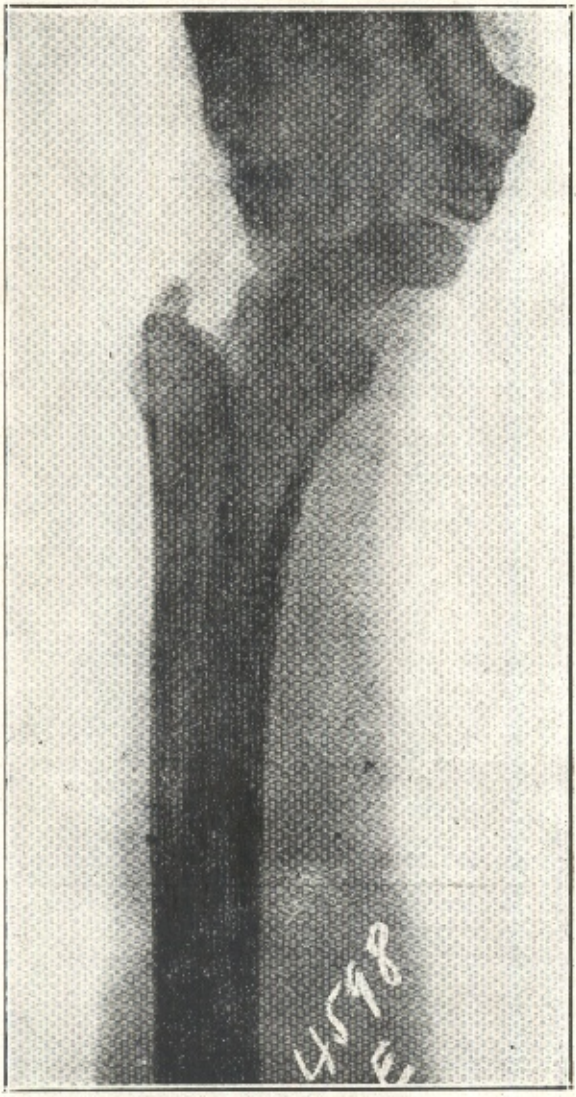


Fig. 4
Radiografia de perfil do punho esquerdo
Molestia de Madelung
(obs. pessoal)

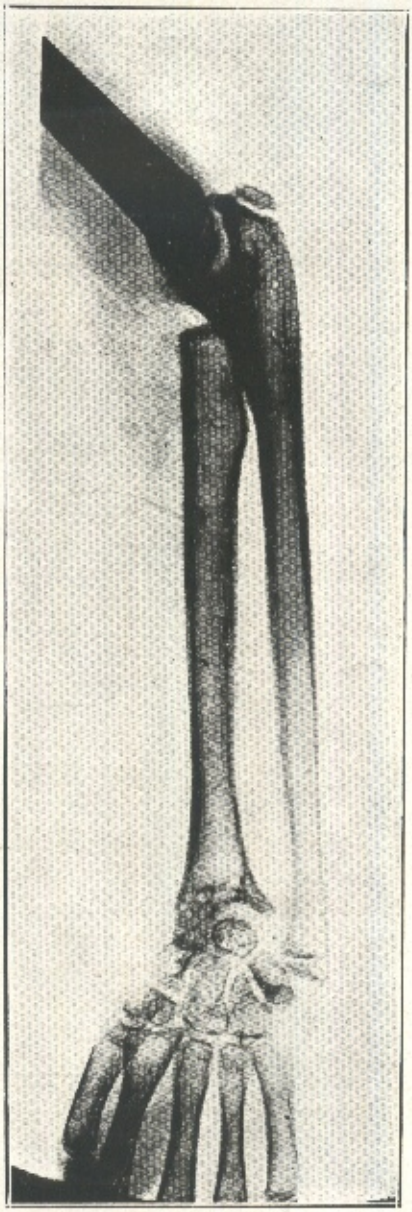


Fig. 5
Radiografia de face do antebraço e punho esquerdoa
Luxação posterior da extremidade inferior do cubito
(obs. pessoal)

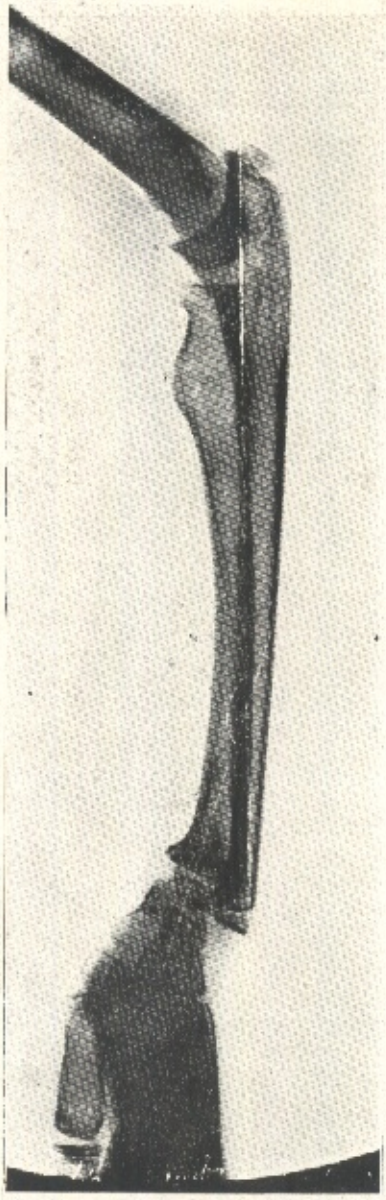


Fig. 6
Radiografia de perfil do antebraço e punho esquerdos
Luxação posterior da extremidade inferior do cubito
(obs. pessoal)

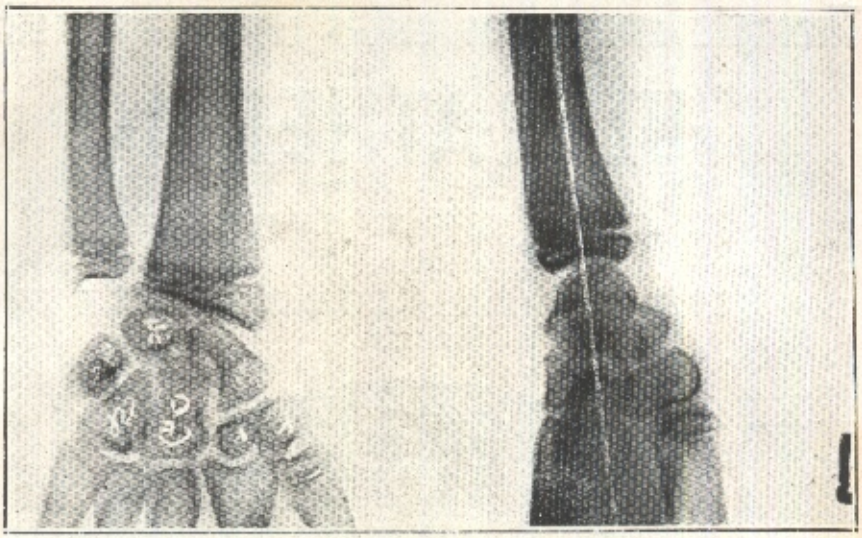


Fig. 7 Fig. 8

Radiografias de face e perfil do punho direito, da mesma paciente da luxação post. cubital. Aspecto normal para ser comparado com as outras radiografias (obs. pessoal)

BIBLIOGRAFIA.

Albee. — Orthopedic and Reconstruction Surgery.

Campbell. — Orthopedic Surgery.

Whitman. — Orthopedic Surgery.

Jones and Lovett. — Orthopedic Surgery.

Da Costa. — Modern Surgery.

Babcock. — Surgery.

Keen. — Surgery.

Potel. — Traité d'Orthopédie.

Ombrédanne. — Chirurgie Infantile.

Kirmisson. — Chirurgie Infantile.

G. Roudil. — Dysmorphose bilatérale des poignets. Maladie de Madelung. — Bullet. et Mém. Soc. de Chir. de Marseille, oct. 1935, pg. 407.

J. Canton. — Un cas de Dyschondroplasie radio-cubitale inférieure avec hémiatrophie épiphysaire radiale. — Revue d'Orthopédie, t. 22, nº 1, janvier-février 1935, pg. 58.

G. Roudil. Drevon, Mourgues. — Dysmorphose congénitale bilatérale des poignets (Maladie de Madelung). — Journal de Radiologie, t. 20, nº 4, avril 1936, pg. 241.

H.-L. Rocher, G. Roudil. — Dysmorphose congénitale bilatérale des poignets par hémiatrophie épiphysaire radiale. — La Presse Médicale, nº 65, 13 août 1930, pg. 1089.

H.-L. Rocher, J. Canton. — Pathogénie de la difformité de Madelung. — Jornées Orthopédiques de Bordeaux (Juin 1935). — Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, 112e. année, nº 25, 20—30 sept. 1935, pg. 678.

Therapia com ondas curtas com o apparelho

«ULTRATHERM»

TRANSMISSOR COM VALVULA

DA

SIEMENS-REINIGER-WERKE

BERLIN

CASA LOHNER S. A. - São Paulo - Rio

REPRESENTANTE TECHNICO:

HUGO GOETZE PORTO ALEGRE

Caixa postal 859

A reação de Weltmann na tuberculose pulmonar

por

Carlos M. Carrion

Baseada na coagulação térmica das albuminas do sôro sanguíneo, a reação de Weltmann nos fornece dados precisos quanto às formas clínicas da tuberculose pulmonar e seu modo de evoluir, orientando assim a terapêutica.

Estudada por muitos investigadores essa reação sòmente veio adquirir valor prático depois dos trabalhos de Weltmann que, no ano 1930, firmou suas bases, precisou sua técnica e interpretou com exatidão os resultados obtidos.

Sobre a referida reação, fez ultimamente pormenorizado trabalho o Dr. Ignacio J. del Villar, chefe do Laboratório Químico do Instituto de Tisiologia da Universidade de Córdoba (Diretor Prof. Sayago), na "Revista Medica". Ano XXIII, N.º 12.

Resumindo êsse trabalho, tivemos por objetivo tornar a reação de Weltmann mais bem conhecida por todos aqueles que ainda não tiveram oportunidade de a experimentar.

Bases experimentais

As albuminas naturais são colóides hidrófilos com determinada carga elétrica, que se encontram em estado de suspensão no sôro sanguíneo e coagulam pelo calor, em presença de sais minerais (eletrólitos).

Partindo dessas bases, fez Weltmann as seguintes experiencias:

1 — Diluindo progressivamente um sôro em agua distilada, chegou à diluição de 1/50, onde não mais foi possivel a coagulação da albumina pelo calor : eletrólitos (do sôro) em quantidade insuficiente para favorecer a coagulação.

2 — Fazendo a mesma operação, mas empregando agua corrente em vez de distilada, chegou à diluições acima de 1/100, obtendo coagulação : quantidade suficiente de eletrólitos mantida pelos sais da agua potável.

3 — Na primeira experiência, quando os sôros ainda estavam quentes, Weltmann adicionou uma gota de uma solução fraca de cloreto de cálcio e os sôros, então límpidos, coagularam-se imediatamente.

Fica assim provada a necessidade de um sal mineral para que a coagulação se produza.

O poder floculante dos sais em relação às albuminas, já foi estudado por Hofmeister, que verificou estar essa propriedade intimamente

ligada à carga elétrica que suporta cada iônio, sendo que o poder coagulante é tanto mais acentuado quanto maior o numero de cargas elétricas. Assim os iônios sódio e potássio, que têm sómente uma carga elétrica, são apenas precipitantes; os de cálcio e bário, que têm duas, são bem coagulantes e muito mais ainda o são os de alumínio, p. ex., que têm tres. Assim, para o fenomeno da coagulação, a quantidade minima necessária de um eletrólito é tanto menor quanto maior sua carga elétrica.

A reação de Weltmann consiste, finalmente, em verificar os diferentes graus de coagulação de um sôro em presença de quantidades determinadas de um sal.

Técnica

Inicialmente teremos que preparar a solução-mãe de cloreto de cálcio.

Não é indiferente empregarmos o cloreto de cálcio cristalizado ou amórfo, pois, em um mesmo pêso, este ultimo representa quasi o dobro do primeiro.

Sendo êsse sal muito higroscópico, é conveniente, embora tenhamos que preparar inicialmente maior quantidade de solução, usarmo-lo sempre de um vidro original, que ainda não tenha sido aberto. Esta exigência, entretanto, na prática, não necessita ir a tal ponto; o que não se deve, é empregar um sal que já esteja se liquefazendo.

Prepara-se então a solução-mãe de cloreto de cálcio, a dez por cento, pesando-se exatamente 10 gr. do cristalizado, ou 5 gr.,16 do amórfo, para q.s. 100 cc. de agua distilada, pois estas soluções se eqüivalem.

Partindo de uma delas, prepara-se a definitiva, à um por mil : 1cc. para 90 cc. de agua distilada.

— Dispor uma série de 10 tubos de ensaio, pequenos, com a capacidade de mais ou menos 10 cc. e de diametro igual. Os de vênulas são excelentes.

Colocar nos tubos a solução à 1 por mil de cloreto de cálcio, do seseguinte modo: 5cc. no primeiro tubo; 4,5cc. no segundo; 4cc. no terceiro; 3,5cc. no quarto e assim por diante, diminuindo sempre 0,5cc. em cada tubo, de modo a ficarem sómente 0,5cc no ultimo. Após isso, completar com agua distilada o volume de 5cc. em cada tubo, ou sejam: 0.5cc. no segundo tubo, 1cc. no terceiro, 2cc. no quinto, etc., e 4,5cc. no ultimo. Isso feito, adicionar 0,1cc. sôro sanguíneo límpido, livre de hemoglobina, em todos os tubos e agitar. Coloca-los em seguida em banho-maria, com ebulição suficientemente enérgica, para que a introdução dos tubos não a interrompa, e aí os deixar durante 15 minutos.

Pelo seguinte diagrama, poderemos mais facilmente gravar o que acima ficou dito:

Tubos	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	7.º	8.º	9.º	10.º	tubo
Sol. o/oo de Cl_2Ca	5,0	4,5	4,0	3,5	3,0	2,5	2,0	1,5	1,0	0,5	cc.
H_2O		0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	cc.
Sôro sanguíneo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	cc.

Agitar, levar ao banho-maria durante 15 minutos e fazer a leitura.

THERAPEUTICA DA SYPHILIS

SPECIA

CORRESPONDENCIA: Rhodia CAIXA POSTAL 2916 . S. PAULO

200
MAMMADEIRA
MARCA NESTLÉ RESIST.
Eledon
Leitelho em pó
UM PRODUCTO
NESTLÉ
Na pediatria moderna o leitelho assumiu um dos mais importantes papeis como alimento dietetico.
O ELEDON, fabricado pela Nestlé, é o leitelho mais empregado pelos pediatras de todo o mundo.
O ELEDON é indicado, tanto para os lactentes sãos ou doentes, normaes ou anormaes, como para adultos.
Eledon
UM PRODUCTO NESTLÉ
PRODUCTOS GARANTIDOS
NESTLÉ
PRODUCTOS PREFERIDOS
69-El-m-G

E' a leitura, sem duvida, o tempo mais delicado da operação, sendo necessária certa prática para se apreciar o grau de precipitação e de turvação em cada tubo.

Weltmann classifica os diferentes graus de coagulação e de turvação, do seguinte modo:

ZONA DE COAGULAÇÃO:

Coagulação completa: — Representada gráficamente por um *G* maiúsculo, inicial da palavra alemã Gerinung (coagulação), é quando o líquido se apresenta límpido e com um coágulo sedimentado no fundo. Às vezes êsse coágulo sobrenada, mas cai facilmente pela simples agitação.

Coagulação parcial: — Representada por um *g* minúsculo, a coagulação parcial corresponde aos tubos em que, apesar da existência de coágulo no fundo, nota-se pequena quantidade de albumina coagulada que, não sedimentando, dá ao líquido um aspecto leitoso característico.

Vestígios: — Dizemos que ha vestígios de coagulação, quando os tubos não apresentam coágulo sedimentado, mas têm acentuada turvação leitosa e, sendo agitados, mostram pequenas partículas em suspensão, perfeitamente visíveis. Este grau de coagulação representa-se gráficamente pelas iniciaes *Sp*, da palavra alemã Spuren (vestígios).

ZONA DE TURVAÇÃO:

Embora não tenha valor para o diagnóstico, é necessário conhece-la. A turvação é classificada em seis graus : de 6 a 1.

6, corresponde ao aspecto completamente leitoso e opaco do líquido.
5, corresponde à turvação que dificilmente permite distinguir algumas letras pretas impressas, quando vistas através do conteúdo do tubo.
4, quando as letras aparecem acinzentadas e um pouco mais visíveis que no caso anterior.
3, quasi o mesmo que o n.º 4, mas as letras já mais negras.
2, letras bem negras e líquido levemente opalescente.
1, líquido opalescente sómente quando olhado sobre fundo escuro.

Poderemos, ainda, representar por um *0* (zero) o líquido completamente claro e sem deposito.

De acôrdo com a classificação de Weltmann, uma reação normal corresponde, por exemplo, aos seguintes quadros:

G-G-G-g-g-g-Sp-6-4-2

e

G-G-G-G-g-g-g-6-5-3

Quer dizer: Coagulação completa nos tres ou quatro primeiros tubos; coagulação parcial nos tres seguintes; um vestígio de coagulação, ou turvação mais ou menos pronunciada nos tubos restantes.

As reações que se desviam do normal, Weltmann classifica em duas

categorias: aquelas em que a coagulação se estende em maior numero de tubos, e aquelas onde a coagulação ocorre em menos tubos. No primeiro caso, diz-se que a reação é desviada para a direita, e, no segundo, para a esquerda.

Para simplificar essas expressões e abreviar o modo de dizer, Weltmann adotou as iniciais K. B. de "Koagulation Bandes" (bandas de coagulação).

Assim, quando uma reação estiver desviada para a direita, diremos "K. B. aumentado"; quando para a esquerda, "K. B. reduzido". Nas reações normais, poderemos dizer "K. B. normal".

Como exemplos de desvio para a direita (K. B. aumentado), teremos os seguintes diagramas:

G-G-G-G-G-g-g-g-6-3
e
G-G-G-G-G-G-G-g-g-Sp

Os desvios para a direita são encontrados nas tuberculoses puras, produtivas, e nas originariamente abertas, porem fechadas no momento lações, que ha casos onde a coagulação falta por completo em todos os tubos. Um desvio para a direita raramente passa de um a dois tubos acima do normal.

Como exemplos de desvio para a esquerda (K. B. reduzido), representaremos um caso onde a coagulação ocorre em menos de seis tubos, e um caso extremo onde ha ausencia completa de coagulação em todos os tubos:

G-G-g-g-g-6-6-6-3-1
e
6-6-6-6-6-6-5-4-3-2

Neste ultimo exemplo verificamos que não houve coagulação em nenhum tubo, notando-se sómente uma turvação mais ou menos acentuada.

Interpretação

Os desvios para a direita são encontrados nas tuberculoses puras produtivas e nas originariamente abertas, porem fechadas no momento da investigação; nas tuberculoses não ativas e com preponderancia à fibrose.

Todos os investigadores insistem em que os desvios para a direita acompanham sempre uma tuberculose fibrosa ou com tendencia à fibrose.

Weltmann diz: "Nas formas fibrosas ha sempre uma tendencia de desvio para a direita, como tambem em todo o processo que implique a formação de tecido conjuntivo". Um desvio para a direita é sempre de bom prognóstico, pois alem das formas fibrosas, êle tambem aparece nas formas crônicas estacionárias, nas formas fibrosas produtivas e não ativas, e nas tuberculoses fibrosas e cirróticas pronunciadas.

Os desvios para a esquerda são, segundo Weltmann, um fiel reflexo

de todos os processos exsudativos, tendo encontrado sempre na pneumonia, no pleurís exsudativo, no reumatismo articular grave, com inflamação das articulações, e, sobretudo, na tuberculose exsudativa. Um exemplo típico é o da pneumonia, em cujo periodo de estágio encontra-se uma forte redução do K. B., e quando o processo vai regredindo, observa-se como o K. B. vai aumentando até chegar à sua extensão normal, com a cura da doença.

Diversos investigadores encontraram sempre o K. B. reduzido nas tuberculoses exsudativas e nas formas crônicas destrutivas progressivas. Outros, depois de haverem seguido a evolução de tuberculoses em diferentes estados, chegaram à mesma conclusão definitiva de Weltmann: "O que se encontra unido ao desvio do K. B. para a esquerda, é sempre a exsudação e a inflamação", chegando mesmo a afirmar que "essa circunstância é sempre obrigatória, não havendo desvios para a esquerda sem processos inflamatórios nem exsudativos".

E' interessante citar-se um caso de Imrid Friedmann, em que, apezar de se tratar de um evidente processo exsudativo, foi encontrado um K. B. normal. A autópsia, entretanto, revelou que, no mesmo doente, havia processos de outra ordem que, dando um desvio para a direita, produziam uma aparente reação normal.

Dismann encontra grandes desvios para a esquerda em casos de pleurís exsudativo e mesmo de exsudatos de pneumotorax, tendo notado o desvio mais extremo em um caso de tuberculose pulmonar com peritonite da mesma origem.

Quanto ao mecanismo intimo da reação de Weltmann, até ao presente momento nada se sabe. Julgou-se, a principio, que a percentagem em albumina ou em cloretos dos sôros poderia influir na reação, mas, experiências feitas pelo proprio Weltmann demonstraram claramente que, nem o excesso e nem a carência dêsses elementos, alteram os resultados da reação.

CIRURGIA

INSTRUMENTOS
MOVEIS ASEPTICOS
APPARELHOS EM GERAL
ARTIGO DE BORRACHA
FILMS RAIO X

Na Casa Especialista:

Carlos Herrmann & Cia. Ltda.

PORTO ALEGRE — SANTA MARIA

Optica Moderna

Andradas 1504 — Fone 6474

Foernges Irmãos

DEPOSITARIOS
LENTES ZEISS
PUNKTAL

Especialistas no preparo de Oculos conforme prescripção dos Senhores Medicos — Oculistas.
Lentes Bifocaes para longe e perto. Lentes Crookes para a protecção dos Olhos.

*

Thermometros Casella.
Olhos artificiaes.

LABORATORIO DE PESQUISAS CLINICAS

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305 - Altos da Livr. Americana - TELEFONE 6596

HEMATOLOGIA, SÔROLOGIA
PARASITOLOGIA
BACTERIOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA
QUIMICA BIOLOGICA
VACINAS AUTOGENAS

Serviço noturno Tel. 5188

Revistas

REVISTA DAS REVISTAS

Priv. Doz. Dr. M. Müller, Münsingen — *"Die insulinschocktherapie der Schizophrenie"* (A terapeutica da Esquizofrenia pelo choque insulinico). In "Schweizerische Medizinische Wochenschrift", n.º 39 de 26 de Setembro de 1936, de uma conferencia pronunciada pelo autor em 13 de Fevereiro de 1936 na med. Bezirksverein Bern — Stadt.

Além da importancia pratica do assunto, uma serie de questões no dominio da hipoglicemia desperta a atenção tambem dos médicos não psiquiatras.

A origem de semelhante terapeutica da Esquizofrenia remonta aos trabalhos da Escola de Sakel, de Viena, que introduziu a insulina no tratamento de abstenção dos morfinomanos, tendo sido observado que o estado hipoglicemico não inteiramente removido teria uma influencia calmante sobre a excitabilidade motora. O passo estava então dado para utilizar o efeito daquele estado que o internista deve evitar no tratamento do diabetes mellitus como principio terapeutico.

Compõe-se o tratamento de quatro fases, cuja duração varia com o caso.

Numa primeira fase, dá-se uma inj. de insulina pela manhã em jejum, de 12 a 25 cc. segundo o peso do corpo e o estado de nutrição do paciente. O efeito insulinico (sem administração de hidratos de carbono) deve durar 4 horas, findas as quaes são dadas 200 grs. de assucar em chá ou leite, e uma refeição em seguida. Excepcionalmente, em casos de forte instabilidade motora, se repete a mesma dose de insulina, mas então já duas horas depois será dada a mesma quantidade de assucar sem esperar os sintomas hipoglicemicos. A' excepção do domingo, é a dose de insulina aumentada cada dia de 5 a 10 unidades. Pouco a pouco se estabelecem os primeiros sintomas hipoglicemicos e a dose de insulina necessaria para os produzir varia de individuo a individuo e, segundo Sakel, os casos antigos de Esquizofrenia seriam mais insulino-resistentes que os novos, o que não é confirmado pela experiencia do autor.

A segunda fase começa com os fatos assinaladores do choque hipoglicemico. E' o coma profundo ou a determinação de um ataque epilético, no qual o doente é por si incapaz de se administrar o liquido assucarado.

A interrupção do choque tem logar pela administração do liquido assucarado pela sonda nasal, ou injecção endovenosa de 20 a 100 cc. de

solução a 33%, ou, em estados mais ameaçadores, especialmente em casos de ataques epiléticos, pela inj. de 1 cc. de adrenalina.

Esta segunda fase se compõe de choques diarios tantas vezes provocados quanto necessario para se conseguir o desejado efeito terapeutico ou ocorram no caso considerado motivos de desistencia.

A quantidade de insulina provocadora do choque seria a mesma cada vez que se quizesse determinar o mesmo efeito. Entretanto o autor encontrou com frequencia uma *sensibilização* á insulina, permitindo muitas vezes provocar o choque com doses correspondente á metade da dose primitiva.

A terceira fase, considerada hoje superflua, era uma fase de pausa de alguns dias.

A quarta fase é acrescentada nos casos em que uma remissão ou uma melhora tenha sido observada. Consiste na continuação do tratamento com doses relativamente pequenas de insulina de 10 a 30 u., evitando os sintomas hipoglicemicos. Esta fase deve continuar até a baixa do doente do estabelecimento onde se achar internado.

Referindo-se ás dificuldades e perigos do metodo exposto em bem fundamentadas considerações, diz o autor que eles não são de molde a proibir a sua introducção — prestando-se um cuidado especial áqueles casos de prognostico grave ou máu.

A conferencia termina com considerações criticas de ordem estatistica, algumas observações ilustrativas e conclue: O metodo não representa apenas uma muito abundante experiencia na pesquiza dos efeitos da hipoglicemia, mas tambem um progresso grande e indubitavel no tratamento da Esquizofrenia. A sua realisação exige uma instalação tecnica relativamente grande e um cuidado extraordinario, mas os perigos foram até agora com frequencia exagerados. Muitos fatos fazem crêr que o efeito se relaciona com uma disposição hormonal especifica.

M. Karacik.

F. Georgi, Yverdon — *"Humoralpathologische Bemerkuneen zur Insulinschocktherapie bei Schizophrenen"* (Observações de ordem humoral-patologica sobre a terapeutica das esquizofrenias pelo choque insulinico). In "Idem", trabalho do laboratorio quimico-sôrologico da clinica psiquiatrica da Universidade de Waldau, Diretor Prof. Dr. J. Klaesi — nota de discussão por motivo da conferencia comentada do Priv. Doz. Max Müller.

Dr. W. Hadom, Bern — *"Das Herz im Insulinschok"* (o coração no choque insulinico) — Da secção de medicina do Nosocomio do Estado. Tiefenau — Nota previa. In "Idem" Dr. Schmid, nota previa *"Zur Histopathologie der Sakel'sche Hypoglykämeschockbehandlung der Schizophrenie"* (Sobre a histopatologia do tratamento da Esquizofrenia pelo choque hipoglicemico de Sakel), do Sanatorio de tratamento das doenças nervosas Wyss, Münchenbuchsee — In "Schweizerische Medizinische Wochenschrift de 3 de Outubro de 1936.

Dr. med. Gert Heilbrunn — *"Zur frage der parasympathitonische Umstellung des Organismus oder sympathikotoniken während der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie* (Sobre a questão da disposição parasimpaticotonica ou simpaticonica do organismo durante o tratamento da Esquizofrenia pelo choque insulinico — In "Idem".

Resumo: As *curvas glicemicas* tomadas de 32 pacientes mostraram uma queda durante o tratamento da manhã.

Em relação ao *quadro hematologico,* observou-se um leve desvio para a esquerda. Os *leucocitos* se apresentaram com um aumento continuo, até depois da interrupção do tratamento (13 casos). Em 6 casos foi observado, fazendo-se contagens cada quarto de hora após a inj. de insulina dentro dos 5 primeiros quartos de hora, depois de um pequeno aumento uma leve diminuição com posterior reaumento.

A *velocidade de sedimentação* dos eritrocitos permaneceu constante em todas as fases (20 pacientes).

A dose de insulina não tece influencia na importancia das alterações citadas.

O pulso (cerca de 2500 curvas de 46 pacientes), a pressão diferencial (25 pacientes) e o metabolismo basico (25 pacientes) aumentaram com o augmento da hipoglicemia e mostraram um nitido paralelismo com o quadro clinico.

As pesquizas falam não por uma *vagotonização* pela hipoglicemia, mas ao contrario, por uma *simpaticotonização,* que se poderá muito bem explicar por uma descarga compensadora de adrenalina.

M. Karacik.

Drogaria Gavioli & Cia.

Rua Uruguay 303 e 307

Especialidades farmaceuticas

Nacionaes e Estrangeiras.

Productos chimicos dos melhores fabricantes.

Hervas medicinaes.

Sociedade de Medicina

Atas

Áta da sessão realizada em 27—XI—1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Presentes os seguintes socios: Drs. Carlos Bento, Borba Lupi, Mario C. Staedter, Luiz Faiet, Alvaro B. Ferreira, Manoel Rosa, Hugo Ribeiro, M. Cauduro, Luiz Barata, Valentim, Alfredo Hofmeister, Florencio Ygartua, Brito Velho, Batista Hofmeister, Henrique Failace, V. Niemeyer, Ricaldone e Manoel Karaciek.

A áta da sessão anterior não sofreu emendas.

Foram aceitos como socios efetivos os seguintes facultativos: Walter Lützen, Caio Neves Coelho, Pedro Rosa, Rafael Cabeda e Armando Lanes Xavier.

Foram propostos socios:

Como efetivos: Drs. Dino Damiani, Amarilio Macedo e Raul Manso Sayão F.º, pelo Prof. Mario Tota.

Como correspondentes: Dr. Eurico Branco Ribeiro, de S. Paulo, Prof. Lopo de Carvalho, de Lisbôa, e Prof. Julio Palacio, pelo Dr. Carlos Bento.

O Dr. Bento apresentará, conforme requer o regulamento da Sociedade, na proxima sessão os titulos respetivos.

Em seguida foi dada a palavra ao dr. Borba Lupi que proferiu interessante conferencia.

Continuando sobre o tratamento cirurgico da tuberculose, o dr. Borba Lupi disserton sobre Frenicectomias, estudo anatomo-patologico de suas indicações, esplanando o historico daquele processo operatorio põe em relevo trechos da tese que a miudo descrece do dr. Wilde, médico argentino, que já em 1869 propõe a frenicotomia para tratamento do soluço iscoercivel, usando a tecnica em tudo semelhante a de hoje universalmente adotada. Cita o trabalho do Prof. Ricardo Finochieto em que este reivindica para a sua patria, com justa razão, a prioridade no que concerne a frenicotomia terapêutica e que em homenagem a essa genial concepção, propõe que se dê á operação o nome de Wilde. Assim tambem cabe ao Brasil os primeiros ensaios de toracoplastia, pois já em 1850 Bompani, na Santa Casa do Rio de Janeiro, tentava o metodo, defeituoso então pela deficiencia na resecção (Tese Fleury da Silveira).

Voltando novamente ao trabalho da tuberculose pulmonar, falando a esta assembléia de tão elevada cultura só nos anima divulgar os metodos e processos cirurgicos eficientes para tratamento das lesões pulmonares de origem bacilar que repousa em ultima análise numa equação já resolvida, cujas incognitas não são mais indeterminadas:

Cicatriz de lesões — repouso. E' um principio geral de terapêutica marchando do mais geral para o mais especializado, em nenhum orgão ou sistema pode haver melhora e restabelecimento quando lesados, fóra de uma atmosfera tranquila.

Assim o repouso domina a vida do tuberculoso fisico: geral e local, moral e sexual. Domina a vulgaridade da incurabilidade da tuberculose. Para aquêles que vivem em contacto desses doentes ou que fizeram demorada observação de doentes em ambiente sanatorial, fortifica-se o velho aforismo de que a tuberculose é a mais curavel das doenças crônicas. O que é preciso é descobri-la de começo, quando dificil o diagnostico e facil a cura.

E' preciso enfrentar resolutamente a equação; já longe vai a epoca em que se dizia: serra e calcio! Hoje a terapêutica ativa impõe suas regras.

Nos mais variados climas póde se obter a cura da tuberculose pulmonar; o essencial é que ela seja bem tratada (Sayago).

Schröder diz: o que importa é saber como se trata a tuberculose e não onde se trata! A arte no tratamento determina a regra: repouso das lesões pelo colapso, sempre que possivel. A compressão gasosa em primeira linha se aderencias tornam o pneumotorax isoperante ou nocivo, a pleurolise (operação de Jacobus); a paralisia do diafragma pelas operações sobre o frenico, primitivas autonomas, associadas ou secundarias; os diversos tipos de neurolise por alcoolisação, as toracoplastias, tudo enfim em suas indicações para determinar o colapso que socorre as lesões pelo repouso.

Para tanto orienta e ilustra o profundo conhecimento da forma clínica da molestia e da estrutura anatomo-patologica das lesões, que é a luz na obscuridade, levando ao caminho da mais segura e eficaz escolha. Em alguns metodos sofre o pulmão a influencia do agente colapsante, o parenquima é elemento passivo; noutros, como nas operações sobre o frenico, o parenquima age como elemento ativo.

Daí mais rigores na determinação das lesões e mais detida escolha no caso. Nas toracoplastias o pulmão sofre a influencia do agente que colaba; nas frenicoexerese, o parenquima contribue com todas as possibilidades decorrentes da estrutura de sua lesão pela força de sua elasticidade e tendencia retratil, para aginger o colapso.

O mecanismo intimo de ação do reposo pulmonar para influir sobre a cicatrização das lesões segundo Prado Valladares, não encontra cabal definitiva e indiscutivel explicação das vantagens terapêuticas do colapso pulmonar.

Casares diz que nem a imobilização do parenquima, nem a estase venosa de Bier, tampouco a estase linfatica, ainda menos a reação fibro-

plastica dos tecidos, esplicam suficientemente a tendencia á fibrose e acha maior fator a escassez do oxigenio, empacando o desenvolvimento e a capacidade toxigena do bacilo que é estritamente aerobio.

E' pela anaerobiose forçada, dos germens, que o colapso vem em auxilio da transformação produtiva das lesões!

Assim: repouso do órgão para cicatrizar as partes doentes, pela escolha do melhor metodo, pelo acurado conhecimento da estrutura das lesões!

O conferencista falou longamente sobre a estrutura anatomo-patologica das lesões pulmonares para indicação das operações sobre o frenico. Discutiu o mecanismo de ação para cura das lesões tuberculosas pelo colapso; sobre a dupla frenicectomia; sobre os beneficos resultados deste tratamento na infancia, citando o que viu no Sanatorio Infantil de Saint-Bois em Montevidéu, serviço do dr. Pedro Cantoset, sobre a frenico alcoolização; sobre frenico-pressura; tecnica de Mario Bréa, do Sanatorio Tornú de Buenos Aires; sobre processos para avaliar previamente a eficacia de uma frenico-exerese; sobre frenicectomias autonomas e complementares; estatistica; resultados imediatos e remotos; fazendo uma larga exposição especialmente sobre os bons resultados obtidos na infancia.

Na criança as condições de maior flexibilidade do torax, boas condições de paredes abdominais, elasticidade dos tecidos da cupola, ausencia em geral de aderencias, são condições que favorecem a mais facil diminuição dos diametros do torax e mais facil e maior ascensão do diafragma. Ha menos perigo de que se restaurem os movimentos do diafragma pelo menor desenvolvimento de conexões nervosas entre o sistema nervoso autonomo e cerebral, sendo as vias de suplencia mais escassas.

Assim, de tudo se infere que não estamos desarmados para o tratamento da tuberculose pulmonar. A hemiplegia do diafragma para determinar o repouso das lesões, diminuindo ou apagando o traumatismo respiratorio, é um eficaz processo operatorio, benigno que quanto ao estado geral do paciente poucas contra-indicações oferece.

Por qualquer dos metodos operatorios para atingir aquêle fim, quer a secção e extirpação do nervo, ou a sua alcoolização, ou — pisçamento, todos agem para o fim colimado, variando unicamente, se se desejam uma paralisia definitiva ou temporaria do diafragma.

Já tivemos ocasião de dizer no seio desta associação, que o tuberculoso já não ouve a noticia do seu estado com arrepios de pavôr, pois sabe que para o seu tratamento já se conta com recursos, que lhes diminue os sofrimentos, lhes mitigam as dôres e muitas vêses, as mais numerosas, lhe trazem a cura.

Recursos que se encadeiam numa sequencia sucessiva, todos coordenados para a mesma finalidade; fazendo a profilaxia individual pela vacina; o isolamento pelo sanatorio e hospital; a educação pelo preventorio escolar; o diagnostico precoce e o tratamento ambulatorio pelo dispensario; a assistencia á infancia pela casa maternal; pela colocação em cam-

panha das crianças debeis; pelas colonias maritimas e sobretudo pela terapêutica ativa médica e cirurgica, aliados ao regimen e ao repouso.

O que é preciso é que a tuberculose seja despistada no seu inicio, quando os recursos ainda pódem vir em socorro do doente, com possibilidades de êxito.

Acabou-se a éra em que o clima era tudo e nada o tratamento. Os resultados de uma cura metodica são os mesmos na maioria dos climas não excessivos tanto na planicie como na montanha, afirma a autoridade de Kuss. A tuberculose é curavel quando o tem de ser, o essencial é que ela seja tratada cientificamente (Aloysio de Paula).

Tratar cientificamente a tuberculose quer dizer trata-la tecnicamente.

Domina atualmente o conceito científico generalizado entre todos os tisiologos de que o tratamento ativo, médico e cirurgico não póde ser prescindido por outros conceitos que só admitiam como uteis: clima e altitude.

Nos Estados Unidos, Knoff, um dos maiores nomes da tisiologia afirma: "se eu tivesse de escolher entre o dilema de ter um doente sob controle médico especialisado, com repouso físico e mental, em sua propria casa, ou manda-lo mesmo para um clima "ideal" onde êle apenas fosse fazer o que entendesse, preferiria a primeira alternativa, acreditando que assim o meu doente teria uma melhor oportunidade de curar-se".

As idéias neste particular, se avolumam e tomam cada dia maior prestigio; no 3.º congresso pan-americano de tuberculose, realizado em Montevidéo, a delegação brasileira afirmou: os tuberculosos que querem e podem curar-se, curam-se em toda parte, e a tuberculose é tão curavel no Rio de Janeiro como em toda a parte, desde que seja tratada cientificamente.

Não esqueçamos, para finalizar, a opinião de Dumarest: "mais vale um bom especialista num máu clima, que um mediocre no melhor clima do mundo".

Passando-se á discussão do original trabalho do dr. Borba Lupi, foram feitas interessantes e oportunas considerações em torno do assunto que a casa acabava de ouvir. Neste sentido usaram da palavra os drs. Ricaldone, Henrique Fallace, Carlos Bento, Florencio Ygartua, Hugo Ribeiro, Alvaro B. Ferreira, João Valentim e Brito Velho. Estes comentarios foram feitos em termos altamente elogiosos para o conferencista. Logo após o prof. Mario Tota, dado o adiantado da hora, levantou a sessão.

Porto Alegre, 4 de dezembro de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 20—XI—1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.
Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Acham-se presentes regular numero de associados.

Foi procedida a leitura da áta da sessão anterior que não sofreu emendas.

Pelo Prof. Mario Tota foram propostos os seguintes socios: Drs. Walter Francisco, Hugo Lützen, Caio Neves Coelho, Pedro Rosa, Rafael Cabeda e Armando Lannes Xavier.

Tomou a palavra o dr. E. J. Kanan que proferiu interessante conferencia subordinada ao titulo "osteodistrofia congenita e hereditaria das mãos e dos pés".

Trata-se de uma malformação óssea congenita muito rara, cuja publicação é de grande interesse. E' caraterizada, ao exame clinico, por um encurtamento dos dedos das mãos e dos pés, que um homem de 42 anos, natural da Lituania, apresentava por ocasião de baixar a enfermaria por um flegmão da coxa.

As outras partes das mãos e dos pés apresentam um contraste evidente pelo encurtamento dos dedos.

Os movimentos executam-se normalmente. Os musculos e os ligamentos não apresentam nenhuma lesão. Ademais existia uma saliencia óssea localizada, congenita e hereditaria, caraterizada por uma fusão que a epitroclea aumentada de volume. Todos os movimentos eram possiveis. Musculatura normal do braço e do antebraço. Nascera desta maneira, herdando da mãe os mesmos defeitos físicos, portadora tambem de dedos curtos nas mãos e nos pés, e de braços tortos. Acentuava ainda o paciente que na mesma localidade em que nascera muitas pessoas tinham a mesma deformidade que passara por ser comum.

As radiografias revelaram a ausencia de uma das falanges, ficando os dedos reduzidos a duas, produzindo o aspecto normal do dedo polegar.

Os óssos do corpo e do tarso, perdendo sua individualidade anatomica, pois que estão fusionados entre si formando um verdadeiro bloco ósseo. O exame radiografico denuncia outras pequenas lesões ósseas interessantes.

Em virtude da ausencia de uma das falanges, poderia parecer um caso de ectromelia.

Entretanto, o carpo e o tarso apresentam malformações congenitas que se enfileiram entre as perturbações da segmentação óssea, constituida precisamente por fusões anormais dos óssos e do tarso.

Tudo leva a crer que a ausencia de uma das falanges dos quatro ultimos dedos é determinada por um processo identico. O conferencista chega a conclusão que se trata do fusionamento da primeira com a segunda falange.

Em resumo: as lesões acima descritas correspondem a uma distrofia óssea localizada, congenita e hereditaria, caracterizada por uma fusão anormal dos óssos das mãos e dos pés.

Em seguida, o dr. Valdemar Niemeyer apresentou um doente portador de lente de contáto, que foi aplicada sobre o olho direito miope, conseguindo deste modo uma acuidade visual de 65%, ao passo que com o melhor vidro até agora usado só foi possivel obter uma agudeza de 25% devido ao forte astigmatismo irregular.

Mostrou a face de introdução e retirada do vidro pelo próprio doente, bem como a tolerancia durante 12 horas por dia. Em seguida o dr. Niemeyer passou a fazer o historico das lentes de contáto, citando a sua primeira aplicação por Herschel em 1827. Referiu-se ainda a Fick e Lohnstein. Diz ainda que tipos diferentes melhorados grandemente são fabricados hoje pelas casas A. F. Mueller, C. Zeiss e Mueller Welt, todos na Alemanha.

As suas indicações são: a miopia e hiperopia alta, o astigmatismo forte (regular e irregular) e o queratocone, além de outras mais raras. O autor extende-se sobre a teoria da ótica dos vidros de contáto, demonstrando o efeito de refracção da finissima camada de lagrimas acumuladas entre a córnea humana e o vidro, que forma uma lente teorica, cujo efeito pode ser exatamente calculado pela medição dos raios tanto da córnea como da parte transparente do vidro. Formando-se destarte uma nova córnea, desaparece por completo qualquer astigmatismo. A vantagem das lentes de Mueller está em seu tamanho bem variavel e individualmente diferente, levando em conta os raios tambem da esclerotica e qualquer anomalia anatomica.

O conferencista passou a citar os casos por ele tratados, referindo-se que no Brasil foi um dos primeiros a aplicar estas lentes, tendo neste sentido feito já em 10 de fevereiro de 1930 uma comunicação pela imprensa local.

A tolerancia individualmente mui diferente é que não permite uso mais generalizado das lentes. Casos ha porém em que os beneficios são extraordinarios. Quanto aos perigos, pode-se dizer que não existem.

Antes constituem uma proteção para os olhos. Um traumatismo, por exemplo, que for capaz de quebrar uma lente de contacto é de natureza de fazer tambem perder um olho normal desprotegido.

Quanto aos pequenos traumatismos (fumaça, pequenos corpos estranhos etc.) constituem verdadeiros meios de proteção.

Antes de encerrar a sessão o Prof. Mario Tota marca a proxima ordem do dia uma conferencia do Dr. Borba Lupi que dissertará sobre "Tratamento cirurgico da tuberculose pulmonar.

Porto Alegre, 27—XI—1936.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 6 de novembro na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Com a presença dos seguintes socios, o presidente declarou aberta a sessão: Drs. Adair Figueiredo, Brito Velho, Mario C. Staedter, Alfredo Hofmeister, Sadí Hofmeister, Luiz Rothfuchs, Alvaro B. Ferreira, Florencio Ygartua, Villeroy Schneider, Antéro Sarmento, M. Karacick, Antonio Botini, Armin Niemeyer, Valentim, Vieira da Cunha, Manuel Ro-

sa, Bruno Marsiaj, Oton Freitas, E. J. Kanan, Saverio Truda, Hugo Ribeiro e Borba Lupi.

A áta da sessão anterior não sofre emendas. Os socios propostos em sessão anterior foram aceitos por unanimidade.

Foi proposto como socio o Dr. José Steidler pelo Prof. Mario Tota.

Em seguida foi dada a palavra ao Prof. Ulisses de Nonoái, inscrito na ordem do dia que dissertou sobre "Esboço da psicopatologia do contagio da tuberculose".

O professor Ulisses de Nonoái começou dizendo que, já estando maduros para a comunicação ao mundo médico os seus estudos sobre os travesseiros como fócos externos ao individuo mais frequentes — quiçá unicos — do contagio das infecções respiratórias, ia lêr o sexto capítulo do seu próximo livro sobre o assunto.

Os outros constituem a primeira parte, quanto ás infecções em geral, dois anteriores examinam tambem o problema da Tuberculose sob o ponto de vista da patologia geral e o ultimo, emfim, trata da profilaxia — tudo na confirmação da tese que defende.

São trabalhos de Higiene, de Medicina Social, em que já ha muitos anos se vem desvelando, na convicção de que já é tempo dos médicos irem ao encontro da grande Revolução, que tende, cada vez mais, a colocar a ciencia médica dentro da sociologia."

Em seguida o professor Nonoái começou a lêr o seu trabalho, mostrando como Lumiére, apoiado por grande numero de autores, e sob fortes argumentos, demonstra a falta de contagiosidade da Tuberculose entre os adultos.

Depois de contestar largamente o exagero destas conclusões apressadas, o professor Nonoái mostra como a Tuberculose é a mais frequente das infecções, atingindo cerca de 98% das populações civilizadas.

Felizmente sucede que na grande maioria das vezes o organismo consegue fixar o Mal, que fica de todo latente, apenas atestado pela tuberculino-reacção positiva.

Em outros casos, porém, a infecção apresenta o seu quadro comum, clássico.

Entre estes dois extremos, ha numerosos casos intermediarios, em que a Tuberculose póde ser inteiramente ignorada, citando neste sentido os trabalhos de Bezançon.

Fixada, ignorada ou activa, porém, a Tuberculose, intermitente ou continuamente elimina os seus germens, os quais contaminam o ar e os objetos.

Depois de mostrar largamente como os bacilos encontram dificuldades e resistencias, ás vezes invenciveis, para invadirem o organismo, o professor Nonoái demonstra que o numero de germens é tudo na infecção tuberculosa.

Nestas condições, é preciso que haja, para efetividade do contagio, acumulação de germens em um meio externo aos individuos e onde êles se depositem e venham, através de superinfecções sucessivas a vencer as resistencias organicas.

Nenhum objeto apresenta maiores facilidades para isto que os tra-

vesseiros, onde diariamente os germens, cuja biologia só se faz bem dentro do organismo, são depositados e onde se conservam admiravelmente, conforme as experimentações feitas no laboratorio do professor Pereira Filho.

Toda a vasta argumentação do professor Nonoái é apoiada na mais extensa bibliografia, terminando por afirmar que a Tuberculose é feita de superinfecções, que, quando pequenas, fixarão a doença, creando a alegria: maiores, farão a doença explodir com mais ou menos violencia.

Concluindo, o professor Nonoái diz que "entrega todas estas hipoteses á observação, confirmação ou informação médicas. Toda a conquista científica nunca é, nem pode ser, exclusiva: tem a colaboração das gerações passadas, cresce com as presentes e serão a presa das futuras."

Posto o assunto em discussão emitiram comentarios em torno do mesmo os drs. FlorencioYgartua, Brito Velho e Borba Lupi.

Em seguida o professor Mario Totta encerrou a sessão.

Foi marcada ainda a proxima ordem do dia para a qual inscreveu-se o Dr. Mario de Assis Brasil que falará sobre: "Formas clinicas das avitaminoses frustas no latente".

Porto Alegre, 13—XI—1936.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Áta da sessão realizada em 13—XI—1936 na séde do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Estavam presentes os seguintes socios: Drs. Mario C. Staedter, Sadí Hofmeister, Laurete, Eduardo de Assis Brasil, Valentim, M. Karacick, Rebelo Horta, Maximiliano Cauduro, Alfredo Hofmeister, Corrêa Meyer, Hugo Ribeiro, Mario de Assis Brasil, Kanan, Batista Hofmeister, Villeroy Schneider e Borba Lupi.

A áta da sessão anterior não sofreu emendas.

O Dr. José Steidler foi aceito como socio efetivo por unanimidade.

A seguir foi dada a palavra ao Dr. Mario de Assis Brasil que apresentou interessante trabalho subordinado ao titulo: "Formas clinicas de avitaminoses frustas no latente". O conferencista prendeu a atenção da casa com oportunas considerações em torno das avitaminoses, sendo seu trabalho comentado elogiosamente pelo Dr. Rebelo Horta.

Pelo 1.º secretario foi lida ainda uma monografia do Dr. Delfino Barbosa, na qual foi abordada a questão da brucelose.

Em seguida o Sr. Presidente levanta a sessão.

Porto Alegre, 20—XI—1936.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Bibliotéca Thomaz Mariante

Franqueada aos socios, diariamente das 10 ás 12 horas e das 15 ás 17 horas, na séde da Sociedade, á rua General Camara, 261. Acham-se á disposição para consultas, as seguintes revistas, que são recebidas regularmente:

Porto Alegre

Justiça
Boletim da Sociedade de Engenharia

São Paulo

Anais da Faculdade de Medicina da Universidade
Anais Paulista de Medicina e Cirurgia
Arquivos de Biologia
Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia
Caderno de Pediatria do Hospital Humberto
Folia Clinica e Biologia
Gazeta Clinica
Letras Medicas
Medicina Pratica
Novoterapia
Pediatria Pratica
Publicações Medicas
Revista da Associação de Homeopatia
Revista da Associação Paulista de Medicina
Revista de Leprologia de São Paulo
Revista da Cruz Azul
Revista Oto-Laringologica de S. Paulo
Revista Paulista de Tisiologia
Resenha Clinica-Scientifica

Rio de Janeiro

Atas Ciba
Anais do Instituto Ortopédico
Arquivos de Higiene
Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria
Arquivos Brasileiros de Medicina
Arquivos de Medicina Legal
Arquivos de Pediatria
Boletim do Sindicato Medico Brasileiro
Boletim da Secretaria Geral de Saude e Assistencia
Brasil Medico
O Hospital
Ilustração Medica
Imprensa Medica
Jornal de Sifilis e Urologia
Laboratorio Clinico
Medicamenta
Revista Brasileira de Cirurgia
Clinica e Farmacia
Revista Ginecologica e Obstétrica
Revista de Medicina Militar
Revista Medico-Cirurgica do Brasil
Revista Sinatrica, Medicina, Farmacia, Ciencias Naturais
Revista da Sociedade de Medicina e Cirugia do Rio de Janeiro
Revista Terapeutica
Revista Fluminense de Medicina
Resenha Medica
Jornal de Pediatria

Baía

Revista Medica da Baia
Baía Medica

Pernambuco

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia
Jornal de Medicina de Pernambuco
Revista Medica de Pernambuco

Minas Gerais

Minas Medica

Uruguái

Accion Sindical
Anales del Ateno de Clinica Quirurgica
Archivos Internationales de la Hidadoses
Archivos de Pediatria del Uruguay
Archivos Uruguayos de Medicina Cirurgia y Especialidades
El Dia Medico Uruguayo

Revista Uruguaya de Dermatologia y Sifilografia
Revista de Tuberculose del Uruguay

Argentina

Actualidad Medica Mundial
Archivos de la Association del Hospital Pirovano
Archivos Argentinos de Pediatria
Boletin del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y tratamento del Cancer
El Dia Medico
Facultad de Ciencias Medica
La Prensa Medica
Psiquiatria y Criminologia
Revista de la Associacion iBoquimica Argentina
Revista de la Associacion Medica Argentina
Revista Medica Latino-Americana
Revista Medica del Rosario
Revista Medica
Revista de la Sociedad Argentina de Biologia

Perú

La Cronica Medica
Revista Medica Peruana

Equador

Anales de la Sociedad Medico-Cirurgica del Guayas

Colombia

Revista Medica de Bogotá

Estados Unidos da America do Norte

Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana
Buletin de la Societe Medical des Hopitaux Universitaires de Quebec
Laval Medica
Maine Medical Journal
Public Health Reports
Revista del Instituto Medico Suero
Transaction of the College of Physicans of Philadelphia

Mexico

Anales del Instituto de Biologia
Caceta Medica de Caracas
Caceta Medica de Mexico
Labor Medica
Pasteur Revista Mensual de Medicina
Revista de Gastro Enterologia de Mexico
Revista Mexicana de Puericultura
Revista Mexicana de Biologia
Revista de la Policlinica Caracas

Habana

Boletin de la Sociedad Cubana de Pediatria
Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana

Portugal

Arquivos do Instituto Bacteriologico
Lisboa Medica

Paraguay

Revista de Sanidad Militar

Espanha

Actas de la Sociedade de Cirurgia de Madrid
Annales
La Clinica
Ecos Espanholes de Dermatologia y Sifilografia
El Siglo Medico
Investigacion y Progresso
Revista Espanhola de Urologia

Rumania

Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Bucarest

França

J'Analyse
Le Nouvel Argus Médical
Archives Hospitalières
Bulletin e Memoire de la Sociètè Medicine
Bulletin Medical
Bulletin de l'Academie de Medicine Roumaine
Causeries
Concours Medical
Gazette Hebdomadaire des Sciences Medicales de Bordeaux
Gazette Hopitaux
L'Information Medicale
Journal des Sciences Medicales de Lille
Journal de Medicine de Bordeaux et du Sud Ouest
Journal de Medicine de Lyon
Marseille Medical
La Medicine
Paris Medical
Revue Medicale de l'Est
Revue Belge des Sciences Medicales
Revue Moderne de Medicine et de Cirurgie
Revue Terapeutique Alcaloides
Revue Medicale de Nancy
Strasbourg Medical

Belgica

Bruxelles Medical
Le Scapel

Suissa

Praxis Schweiz. Rundschau für Medizin
Bulletin des Eidgen. Gesundheitsamtes
Revue Medicale de la Suisse Romande
Schweizerische Medizinische Wochenschrift

Italia

Bolletino dell'Istituto Sieroterapico Milanese
La Pratica Pediatria
Rassegna Medica
La Rassegna de Clinica Terapia e Scienze Affini
La Riforma Medica
La Rivista Medica
La Rivista di Terapia Pratica

Paraná

Revista Medica do Paraná

Dinamarca

Acta Orthopaedica Scandinavica

Alemanha

Münchener Medizinische Wochenschrift

Injecções indolores de
MERCURIO-GLYCEROPHOSPHATO-CACODYLATO
PHOSPHARGYRIO
A associação tonica corrige a acção depressora do mercurio e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injecção diaria ou em dias alternados.
Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

GLYCOSORO
O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada
Uma injecção diaria ou em dias alternados
SÔRO GLYCOSADO PHOSPHO-ARSENIADO COM OU SEM ESTRYCHNINA
Laboratorio Gross
Rio de Janeiro

Noticiario

JUBILEU KNOLL

Outubro de 1936 assinala o jubileu da Knoll A. G.

Fundada em 1886, essa fábrica de produtos quimicos teve como iniciadores Albert Knoll, Hans Knoll e Max Daege, havendo progredido sempre e produzindo uma quota régia dispensada em favor da evolução da terapeutica sintomatica e etiologica.

Comemorando o cincoentenario da fundação da firma, seu órgão oficial — INFORMAÇÕES MÉDICAS KNOLL — apresentou-se em edição especial que, a mais da excelente apresentação tipografica, oferece a seus leitores abundante materia de indiscutivel valor científico.

Desejamos destacar, principalmente, o artigo com que Albert Knoll abriu a edição jubilar e onde o autor rememora a evolução da casa, desde a fundação.

Ao registrarmos tão auspicioso acontecimento, rejubilamo-nos em apresentar á Knoll A. G. as nossas congratulações muito sinceras, augurando prosperidade ininterrupta á empresa.

ESTANCIA DE AGUAS MINERAIS DE IRAÍ

PARTICULARMENTE INDICADA

nos estados dispépticos;

nos padecimentos do duodeno;

na litíase bilear;

nas colites crônicas;

na litíase úrica;

nos eczemas;

nas piodermites;

nos reumatismos;

na diabete;

na sífile;

para restauração orgânica.

Iraí está ligada á Santa Bárbara, estação da viação férrea mais próxima, por ótima estrada de rodagem. Além dos automóveis particulares, ha luxuosos e confortáveis ônibos que correm diàriamente entre essas duas localidades, cobrando apenas 30$000 por passagem simples e 54$000 por passagem de ida e volta. De qualquer estação da V. F. R. G. S. se podem comprar passagens diretas a Iraí, com direito a 45 dias de permanência. Iraí tem luz elétrica, água e exgôto, e conta com ótimos hoteis, cujas diárias oscilam entre 9 e 16$000. Ha serviço médico gratuito para o uso das águas. Finalmente ha em Iraí grandioso balneário, notavel obra da engenharia nacional, cujo custo ascendeu a quasi 1.000 contos de réis.

Dr. recomende uma cura em Iraí a seu cliente

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

Medicados pela illustre classe medica

Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
Néo-Vitamin — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
Insulina — Diabetes.
Synergon A. B. C. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
Fermento tridigistivo — Perturbações digestivas.
Sôro Lipotonico (Mef) — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
Sôro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
Ovariomastina — Dysmenorrhea (comprimidos e amp.)
Glandula Pituaria — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
Gl. Thyreoide — Insufficiencia thyreoidiana.
Cholelactina — Desordens intestinaes.
Encephalina — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
Polyendocrinico — insufficiencias das glandulas associadas.
Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
Pancreas — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
Suprarenal — Insufficiencia da gl. suprarenal.
Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
Extracto hepatico — Insufficiencia hepatica.
Lipocarbisan (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
Quinoparsen — Impaludismo.
Panlaxil — Prisão de ventre.
Biotoxil — Opotherapia associada nos estados toxi-infecciosos.
Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opotherapico digestivo glycerinado. Arteriosclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
Thyroluteina — Perturbações da menstruação.
Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
Vitamina — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitaminoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
Extracto Hepatico — Injectavel. Opotherapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorrhagicas etc.
Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infecções, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
Ioformil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardio-nephro-esclerose, toxi-infecções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
Néohemosteno — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopoterapia.

Direcção scientifica:

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

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609