

TANNAMINA

(Monotanninohexamethylenotetramina)

DIARRHÉAS - ENTERITES

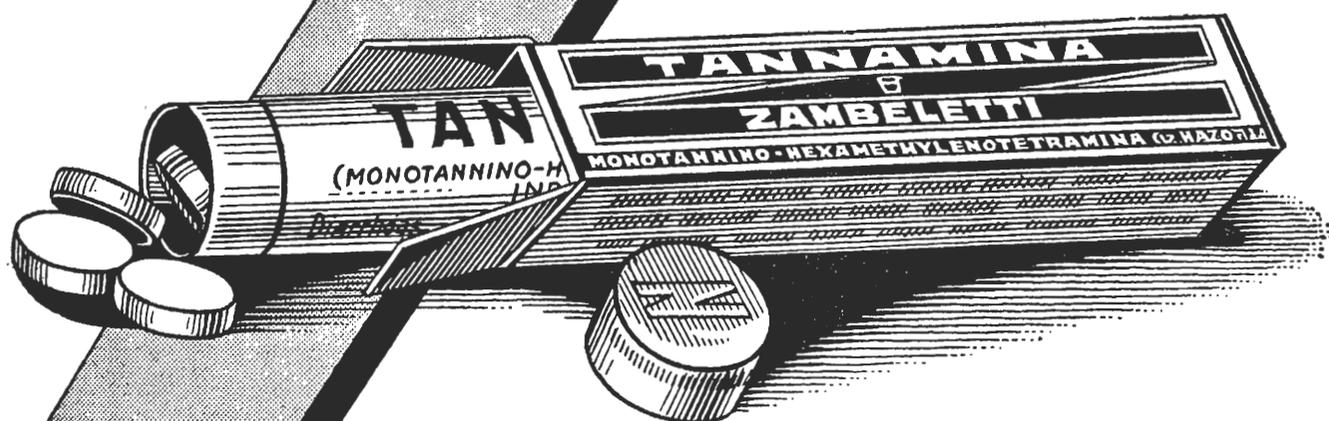
DYSENTERIAS

BACILLAR e

AMEBIANA

ENTERORRHAGIAS

HEMATURIAS



ZAMBELETTI

CAIXA



2069

SÃO PAULO

Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Pyorrhéa

ATESTADO

E' para mim um prazer atestar que venho empregando em minha clinica com os mais brilhantes resultados, o **Pyorrhon**, medicamento de escol para o tratamento da **Pyorrhéa Alveolar** e das Gengivites.

Tambem venho calorosamente recomendando o seu uso aos meus pacientes, porque assim fazendo estes teem assegurada a perfeita saude do seu meio bucal.

O **Pyorrhon** é um preparado que pela propaganda honesta com que é lançado e pelos seus meritos, merece da nossa classe a melhor acolhida.

São Paulo, 6 de Outubro de 1939.

Octavio Demacq Rosas.

Receite **PYORRHON** aos seus clientes

PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o especifico **PYORRHON**.

Consultas: 30\$000

Demonstrações praticas aos senhores medicos e dentistas.

DR. CLINEO PAIM

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 120 - 5.º ANDAR - SALAS, 505 e 506

(Casa Guatapará)

TELEPHONE 4-4050

SÃO PAULO

Liceu Pan-Americano

(PROPRIEDADE DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA)

EXTERNATO PARA AMBOS OS SEXOS

Sob o regime de inspecção federal permanente pelo dechr. 1.533 de
15 de março de 1937



DIRETORES:

Drs. Álvaro de Lemos Torres e Antônio de Carvalho Aguiar

CURSOS:

Pré-Primário (Jardim da Infância)

Primário (4 anos)

Admissão ao Ginásio (1 ano)

Ginásial Fundamental (5 séries)

Complementar Pré-Médico (2 séries)

Complementar Pré-Politécnico (2 séries)

Complementar Pré-Jurídico (noturno) (2 séries)

Curso de Preparação às Escolas Militares. (Escola Militar, Escola Naval, Esc. Prep. de Cadetes etc.)



MAGNÍFICOS LABORATÓRIOS DE FÍSICA, QUÍMICA E HISTÓRIA
NATURAL

ENSINO PRÁTICO INTENSIVO.

Ótimos resultados colhidos nos concursos de habilitação realizados na Fac. de Medicina, Escola Politécnica, Fac. de Direito e Escola Paulista de Medicina.



LICEU PAN-AMERICANO

R. Visc. de Ouro-Preto, 51 (Consolação)

Tel.: 4-1587

SÃO PAULO



Um ciclo perfeito
de absorção e de
eliminação;

Uma ação equi-
librada e cons-
tante;

Em doses tera-
peuticamente efi-
cazes.

Cx. 6 amps. de 3 cc

Tipo: { Fraco: 75 mmgrs.
de Bi-Metal
Forte: 150 mmgrs.

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO MENSAL DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ" DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FUNDADA EM 1916

Diretor: ATTILIO ZELANTE FLOSI
Redator-Chefe: DOMINGOS QUIRINO FERREIRA NETO
Redator: MANOEL MENDES

ADMINISTRAÇÃO E REDAÇÃO: Av. DR. ARNALDO N.º 1

VOLUME XXV

MARÇO DE 1941

NUM. 87

SUMÁRIO

A Liga de Combate à Sífilis — Ddo. Octavio A. Germek	9
O toque retal em clínica urológica — Dr. Augusto A. da Motta Pacheco	15
Glandulas suprarrenaes — Dr. D. M. Gonzalez Torres	31
Tratamento do reumatismo cárdio-articular — Dr. Reynaldo Chiaverini	51
A síndrome e raqueano — José Barros Magaldi	60
Síntese bibliográfica	62
Noticiário:	
Posse da nova diretoria do Departamento Científico	72
Publicações recebidas	74
Visita ao Sanatório Jabaquara	75
Prêmios "Torres Homem"	76

H O M E N A G E M



*Os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
associam-se com grato prazer às homenagens ao*

PROF. ANTONIO DE ALMEIDA PRADO

clínico excelso, professor emérito e humanista profundo

em comemoração ao seu jubileu professoral.

A LIGA DE COMBATE A SIFILIS (*)

Sua ação em vinte anos de atividade

Ddo. OCTAVIO A. GERMEK

Em 1918, os alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo, em virtude da inexistência de um serviço regular de tratamento gratuito da sífilis na Capital de São Paulo, resolveram criar um serviço de tratamento gratuito. Essa iniciativa concretizou-se em 8 de setembro de 1918 com a abertura do primeiro posto de tratamento na Santa Casa de Misericórdia, graças à valiosa cooperação do Serviço Sanitário, então sob a direção de Arthur Neiva.

Dois anos mais tarde, exatamente em 20 de Agosto de 1920, resolvia o novo diretor do Serviço Sanitário fechar os postos que os estudantes haviam fundado. Não conformados com essa decisão, resolveram os estudantes reabrir o serviço por sua própria conta, entregando a direção científica ao Prof. Aguiar Pupo, que ainda hoje mantem-se à testa do serviço. A reabertura dos serviços deu-se nove dias após seu fechamento, continuando o serviço ininterrupto até agora.

Até há alguns meses atrás a Liga de Combate à Sífilis possuía dois postos, um na Santa Casa de Misericórdia, designado Posto Arnaldo Vieira de Carvalho, e o outro no Instituto Clemente Ferreira. O primeiro funciona todos os dias da semana no período da manhã, nêle se fazendo as consultas aos domingos. O segundo destinava-se ao tratamento noturno e foi fechado em vista da Secção de Tuberculose do Departamento de Saude ter necessidade do local que ocupávamos no Instituto Clemente Ferreira para a ampliação dos seus serviços. Este posto será reaberto logo que tenhamos possibilidades (**).

A remessa contínua de novos doentes para a Liga é garantida por uma profusa distribuição de folhas de requisição de tratamento a todos os ambulatórios e enfermarias da Santa Casa além de a outros serviços de assistência médica gratuita da Capital. Além dos doentes encaminhados por outros serviços, existem os que vêm a conselho de outros doentes que se acham em tratamento.

(*) Trabalho apresentado pelo autor à 1.^a Conferencia Nacional de Defesa Contra a Sífilis. 1940.

(**) Graças a um auxílio extraordinário do Serviço de Medicina Social e da Prefeitura da Capital este posto foi reaberto em 28 de Outubro de 1940.

Para as consultas os doentes devem aparecer aos domingos pela manhã no Posto Arnaldo Vieira de Carvalho, onde são examinados e fichados. O doente recebe um cartão onde é indicada a série a ser aplicada, sendo em seguida enviado ao posto cujo horário mais lhe convier.

As reações de Wassermann para a elucidação diagnóstica e controle de tratamento são feitas no Laboratório Central da Santa Casa, com a colaboração do Dr. H. Cerruti, docente livre de Clínica Dermatológica da Universidade. A Liga dispõe de recursos técnicos para a pesquisa ultramicroscópica do *Treponema*.

O serviço de injeções de arsenobenzóis é feito exclusivamente no Posto Arnaldo Vieira de Carvalho aos domingos pela manhã. Antes das injeções de arsenobenzóis verifica-se sistematicamente a presença ou não de urobilinogenio e de albumina na urina. O registro das doses aplicadas a cada doente é feito num livro especial, dando-se ao doente uma ficha metálica onde se acha gravada a dose a ser aplicada. As injeções de salicilato básico de mercúrio são feitas só aos domingos e a série compõe-se de seis injeções. As injeções de salicilato básico de bismuto são feitas bissemanalmente. As restantes injeções são feitas três vezes por semana (iodeto de sódio, cianeto de mercúrio, biiodeto de mercúrio).

No fim de cada série de injeções, além de se assinalar no dorso do cartão que o doente traz consigo, lança-se a data, número de matrícula, nome do doente e série efetuada numa folha especial de onde êsses dados serão passados para a ficha de matrícula de cada paciente.

As soluções para as injeções são feitas pela própria Liga de Combate à Sífilis na farmácia da Santa Casa com material que a própria Liga fornece. As soluções ou suspensões são colocadas em frascos de vidro com rolha esmerilhada, de capacidade maior ou menor conforme o consumo de cada injeção, onde são esterilizadas e depois enviadas aos postos para o serviço de injeções.

O tratamento seguido na Liga de Combate à Sífilis obedece as normas estabelecidas pelo seu Diretor-Clinico, o Prof. Aguiar Pupo, baseadas em sua vasta experiência. No esquema geral, que não podemos apresentar com maiores detalhes em vista da premência do tempo e que vae anexo ao presente trabalho, existe um tratamento inicial e um tratamento de fundo, seguidos de um controle terminal. O tratamento inicial sempre é intensivo, durando 18 meses na sífilis primária pressorológica, até à negatificação sorológica nas outras formas. Esse tratamento inicial compõe-se de séries de arsenobenzóis e de preparados bismúticos solúveis. Mas formas terciárias associa-se o iodeto de sódio e emprega-se o mercúrio endovenoso, evitando-se os arsenobenzóis nas formas terciárias oculares, nervosas e viscerais (reação de Herxheimer). Os casos de neurolyes parenquimatosa são remetidos ao ambulatório de Neurologia da Santa Casa onde se providencia o internamento em uma enfermaria

da Santa Casa para a piretoterapia (malária ou Dmelcos, conforme o caso particular); os doentes são depois devolvidos à Liga de Combate à Sífilis para o prosseguimento do tratamento, que obedecerá às indicações do neurologista. A profilaxia pré-natal da sífilis é feita na Liga sob a orientação e controle dos serviços especializados de obstetrícia.

O tratamento de fundo compõe-se de séries de preparados bismúticos e mercuriais, de duração variável conforme a forma clínica (um ano na lues primária pressorológica, dois na lues primária sorológica, o mesmo tempo nas formas congênicas, nas latentes e nas pseudolatentes, três anos na lues secundária e terciária).

O controle terminal compreende a sorologia do sangue e do liquor durante um ano na lues primária pressorológica e durante dois anos nas outras formas.

O uso de preparados hidro e lipossolúveis de bismuto é ainda restrito devido à ausência dos respectivos compostos químicos como produto oficial à venda nas drogarias. Julgamos esse assunto de suma importância merecendo iniciativas da presente Conferência no sentido de incentivar a produção ou a importação em larga escala desses produtos oficiais.

O tratamento feito na Liga de Combate à Sífilis é inteiramente gratuito. Por outro lado o tratamento que efetuamos é relativamente pouco custoso. Isso é devido ao fato dos médicos não serem remunerados, o mesmo se dando com a maioria dos estudantes, muitos dos quais trabalham com a esperança de mais tarde serem incluídos no quadro dos estudantes remunerados.

O tempo não permite que entremos em detalhes de ordem estatística relativos ao movimento dos postos. Limitar-me-ei às apreciações ligeiras que posso fazer baseado nos relatórios anuais de movimento.

Desde 29 de Agosto de 1920, até 31 de Dezembro de 1939 foram matriculados na Liga de Combate à Sífilis nada menos de 21.717 sífilíticos, assim distribuídos: 5,80% com lesões primárias, 17,04% com lesões secundárias (portanto, 22,84% com sífilis recente), 11,91% com lesões terciárias, 1,32% com sífilis nervosa e 63,93% com sífilis latente (inclue-se nessa porcentagem as formas pseudo-latentes).

A extensão do serviço prestado pela Liga de Combate à Sífilis à população de São Paulo é considerável, pois chega a ser da mesma ordem de grandeza que o prestado pelos dispensários do Serviço Sanitário do Estado. Para se convencer disso, basta examinar os dados apresentados pelo Dr. Waldomiro de Oliveira (W. Oliveira. Alguns dados e aspectos da syphilis em São Paulo, *Archivos de Hygiene e Saude Publica*, Vol. 2). No quinquênio de 1931-1935 foram matriculados nos dispensários do Serviço Sanitário 9.541 doentes enquanto que no mesmo período foram matriculados 5.966 na Liga de Combate à Sífilis, o que representa a respeitável pro-

porção de 62% relativa à assistência oficial, a 38% relativa ao total dos dois serviços somados.

Pela análise estatística das médias das porcentagens de grupos de cinco anos verifica-se algumas modificações da composição dos doentes que se serviram da Liga de Combate à Sífilis, durante seus vinte anos de funcionamento.

Uma modificação é a relativa à nacionalidade, cuja média das porcentagens anuais passou de 55,4% de nacionais no primeiro quinquênio de funcionamento da Liga para 78,3% no último, com um erro padrão da diferença das médias de 2,4%, sendo a diferença, portanto, mais de nove vezes superior ao erro padrão. Entre os grupos de cinco anos intermediários as diferenças também são bastante elevadas e não devidas a uma simples flutuação da amostra.

Também em relação ao sexo houve considerável modificação, pois no primeiro quinquênio a média era de 56,6% de homens, 41,2% de mulheres e 2,2% de crianças e no último quinquênio, de 40,7% de homens, 53,5% de mulheres e 5,8% de crianças, com erros padrões das diferenças das médias de 3,2%, 3,4% e 0,66% respectivamente, o que comprova que essa variação não depende do acaso.

A porcentagem de casados e solteiros que se matricularam modificou-se durante os vinte anos, pois no primeiro quinquênio a média das porcentagens anuais foi de 49,8% de casados, 44,8% de solteiros e 5,4% de viúvos, para passar, no último quinquênio, a 54,2%, 39,0% e 6,8% respectivamente. Os erros padrões das diferenças são respectivamente de 1,3%, 2,0% e 6,89%, sendo, portanto, 3,4, 2,9 e 1,6 vezes inferiores às diferenças das médias correspondentes.

Apresentamos êsses dados acima como simples constatação e sem nos aprofundarmos em maiores comentários, pois nos falta o elemento principal para a discussão, ou seja, a composição de nossa população e a sua variação durante o mesmo período.

O auxílio que a Liga de Combate à Sífilis recebe dos serviços oficiais absolutamente não corresponde ao inestimável serviço que ela presta. Em geral o auxílio do Governo fica aquém de vinte contos anuais. No ano de 1939 o auxílio prestado pelo Governo não chegou a sete contos em todo o ano, e, no entanto, nêsse mesmo ano foram matriculados 1.159 doentes novos, foram aplicadas 34.717 injeções, das quais cerca de 10% era representado por injeções de arsenobenzóis, de custo muito elevado. O restante da verba tem que ser conseguido pelos estudantes por esforço próprio, organizando festivais, muitas vezes reduzindo os gastos com a suspensão do pagamento da escassa remuneração a que oito estudantes de justiça merecem.

Não resta a menor dúvida que muito maior seria a nossa eficiência e a extensão dos nossos serviços si os auxílios que o Governo nos dispensa pudessem ser aumentados. O que fizemos até agora com o pouco que pudemos conseguir é o melhor testemunho do que poderemos fazer quando aumentarem os nossos recursos.



5 ampôlas de 2 cc.

SLOCORT

Combinação dos hormônios do cortex suprarrenal e vitamina C

Cada ampôla contém: 1.000 (U. I.) de ácido ascórbico (Vitamina C cristalizada) = 0,05 gr. e 50 unidades cão do cortex suprarrenal, correspondentes a 25 grs. de glandula suprarrenal fresca, em solução aquosa

ENDOCHIMICA S/A
Rua do Paraíso N. 745 - São Paulo





Mesmo os casos mais graves de
Leucorréia.

que resistiram a todos os recursos terapêuticos, são curados pelo

Devegan

O Devegan tem ação desinfetante e, por outro lado, normaliza a flora vaginal completando as reservas de glicogenio. Sob sua influencia os bacilos lacticos se multiplicam e crescem normalmente.

Tratamento a seco em lugar das injeções vaginais e, além disso, modo de emprego pratico e comodo.

Apresentação:

Vidro com 30 comprimidos

Cincoenta Anos

1888  1938

PRODUTOS
FARMACÊUTICOS

CLINICA UROLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO — SERVIÇO DO PROF. DR. LUCIANO GUALBERTO

O TOQUE RETAL EM CLINICA UROLOGICA

DR. AUGUSTO A. DA MOTTA PACHECO

3.º Assistente

Na semiotica urologica não instrumental, o toque retal aparece como um método propedeutico de uma notavel importancia. Embora isso seja perfeitamente estabelecido e reconhecido entre os urologistas, na pratica corrente não é tão utilizado quanto devia ser. Isso acontece não somente entre os clínicos gerais, mas também, entre os cirurgiões, embora em menor escala. E si o especialista, com tal método propedeutico obtém dados de grande valor para o diagnóstico, do mesmo modo o pratico geral deveria estar capacitado para saber usar tal método e obter tais dados.

O pratico geral, quer clínico quer operador, aquele que labuta na clínica numerosa e trabalhosa do interior, aquele que não pôde contar com o concurso de um especialista proximo e que na maioria das vezes é o único a precisar resolver tudo, tem necessidade de conhecer bem a pratica do toque retal. O auxílio e os ensinamentos advindos, orientariam para diagnósticos certos, as vezes faceis; para os quais ele mesmo poderia instituir terapeutica segura e criteriosa, fazendo prognósticos razoaveis.

E' muito comum o especialista receber doentes portadores de lesões genito urinarias, sem diagnóstico certo, às vezes até já com um prognóstico sombrio, em que depois de uma anamnese bem esmiuçada, no exame clínico não instrumental o toque retal conduz ao diagnóstico ou á exames complementares que irão esclarecer e identificar o caso com certeza.

Não significa pelo que foi dito que ele seja mal conhecido. Simplesmente achamos que ele é um pouco esquecido.

Desejamos frisar a sua importancia, o seu valor e a necessidade de uma utilização frequente, como uma rotina de exame. O estudante que na Cadeira de Clínica Urológica recebe ensinamentos eminentemente praticos em relação ao toque retal deveria não esquecer o seu uso e o seu valor.

Sendo um método de exame tão simples, não necessitando praticamente de instrumental algum, todo o medico deveria faze-lo como rotina.

Ha pouco tempo tivemos a oportunidade de examinar três doentes, todos eles portadores de tumor da prostata, provavelmente sarcoma, cujo sintoma inicial, ao lado de um emagrecimento acentuado e rapido, era uma obstrução intestinal aguda e posteriormente crônica. Pois bem, esses doentes fizeram numerosos exames de laboratório, especializados e radiológicos, correram varios medicos, ficaram sem diagnóstico, sem ao menos ter sido feito um simples toque retal, que haveria de revelar, como de fato revelou o diagnóstico. Do mesmo modo está a grande maioria daqueles doentes portadores de gota matinal, rebeldes á tratamento, que um simples toque faria diagnosticar prostatite crônica.

O pratico geral muitas vezes não conseguindo estabelecer o diagnóstico pelo toque retal, poderá encaminhar o seu doente com mais acerto para o especialista.

Parece extremamente exagerada esta introdução ao estudo do toque retal. Somos sinceros em emitir tal juizo, e todos aqueles que fazem a clinica diaria especializada estarão de acordo com o nosso ponto de vista.

Encarecida como generalizada a sua importancia para o pratico geral, clinico ou cirurgião, para o especialista, urologista, protologista e em menor grau ginecologista, a pratica do toque retal torna-se fundamental como já referimos.

Comtudo nós sómente vamos encarar quais os ensinamentos que o toque retal poderá dar ao urologista, e atravez deste prisma aos outros praticos.

O toque retal deverá ser feito na seriação habitual do exame do paciente. Após uma anamnese cuidadosa, um exame clinico geral, chega-se ao exame clinico não instrumental do aparelho urogenital, onde o toque retal está colocado.

Como dissemos, este metodo propedeutico deve ser indicado como rotina.

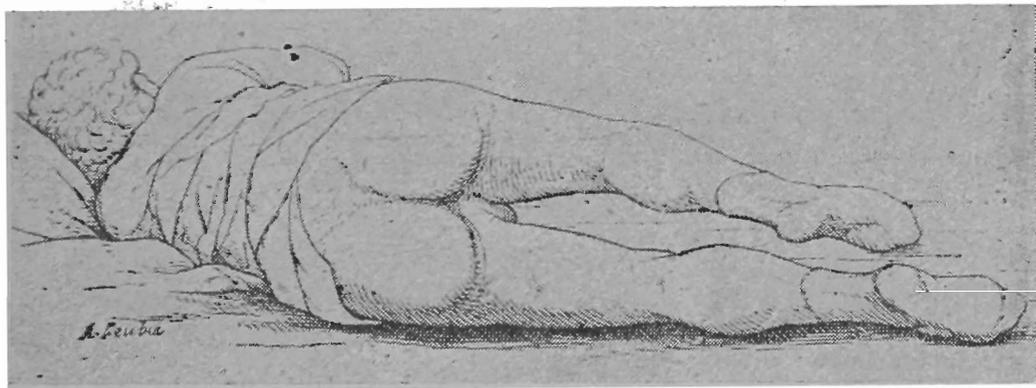
Não ha contraindicação á pratica do toque retal. Mesmo nos processos agudos intensos, ele poderá ser usado sem dano algum para o paciente, desde que sejam simples e unicamente examinadas as estruturas subjacentes com doçura e não seja feita a expressão de órgão algum. A expressão sim, tem a sua contraindicação nos processos agudos acentuados.

Além das características objetivas apreendidas pelo dedo que palpa e os fenomenos subjetivos produzidos, pelo toque retal poderemos fazer a expressão das secreções prostaticas, vesiculares e da glandula de Cowper, sua colheita posteriormente e exame bacterioscopico e bacteriologico. Os exames dessas secreções que poderemos assim fazer, são de grande importancia no diagnostico dos processos inflamatórios desses órgãos, principalmente nos processos cronicos. Do mesmo modo são usados como criterio de cura. Após uma lavagem da uretra anterior, ou uretro vesical, ou simplesmente após a micção, fazemos a expressão prostato-vesicular e colhemos o material

no meato uretral. Mas em certos casos a secreção se coleta na bexiga de sorte que nada chega ao meato uretral. Será melhor então, fazer uma cuidadosa lavagem uretro vesical, deixar liquido na bexiga, fazer a expressão prostato vesicular e colher o liquido da micção em vaso esteril, para centrifugação e exame do sedimento. Comtudo para um maior criterio de certeza poderemos usar os metodos de WOLBARTS, dos 4 calices ou o de YOUNG dos 7 vasos. O de WOLBARTS é mais simples e preferivel. Lava-se a uretra anterior, colhendo-se a agua de lavagem que encerra as secreções dessa porção da uretra. Cateterisa-se a bexiga colhendo-se a urina ahi contida pela sonda. Enche-se a bexiga com uma solução. Retira-se a sonda, o paciente urina, eliminando a secreção da uretra posterior. Por fim faz-se a expressão prostato vesicular, e o paciente novamente urina, para exame das secreções ahi contidas. Deve-se fazer a expressão prostatica, sempre da periferia para o centro esvasiando os ductos prostaticos.

Além de sua valia como metodo de diagnostico, pelo toque retal atinge-se prostata e vesicula seminal para tratamento, pela massagem prostato-vesicular e consequenté drenagem dos dutos prostaticos e da vesicula seminal.

Varias são as *posições* em que o paciente é colocado para ser submetido a este metodo semiologico. WILDBOLZ e EISENDRATH são partidarios do decubito lateral, com as coxas bem flectidas sobre



Decubito lateral (BAILEY)

o abdomen, asseverando que nessa posição as vesiculas são bem atingidas e ha maior comodidade para o paciente, principalmente quando ele se encontra enfraquecido. Demais, si ele tiver um desfalecimento, uma lipotimia, nada sofrerá, pois está perfeitamente apoiado. Na posição ginecologica, em decubito dorsal, as coxas bem flectidas e afastadas tambem atinge-se bem as estruturas que se pretende examinar. Posição desfavoravel é a de pé com o tronco flectido. A posição genupeitoral é excelente por se poder atingir profundamente, mas tem o inconveniente de queda do paciente em caso de lipotimia.



Decubito dorsal, coxas bem flectidas. (BAILEY)

Deve-se usar para *proteção do dedo*, ou uma luva bem ajustada ou uma dedeira, fácil de ser carregada pelo clínico. O dedo indi-



De pé, tronco flectido. (BAILEY)

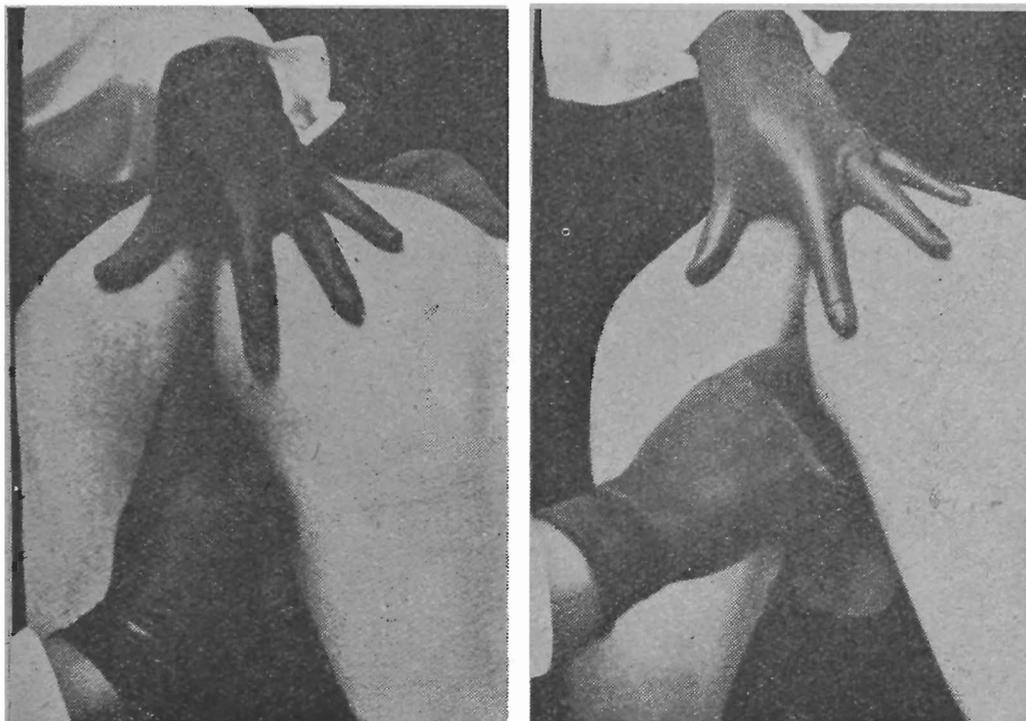
cador, que é o usado, deverá estar bem lubrificado para uma introdução fácil, suave e que portanto não cause mal estar ao paciente.

Deve-se ao introduzir o dedo, afastar as nadeegas, franquear docemente o esfíncter anal, procurando não arrastar durante a sua introdução os pelos circumjacentes.

Ha necessidade do examinador se adaptar á palpação com qualquer uma das mãos, pois nem sempre é possível a palpação só com a mesma. Não só em relação a posição do proprio doente, mas

tambem em relação ao órgão a ser palpado que é mais facilmente atingido por esta ou aquela mão.

O toque retal nunca deverá ser demorado. O medico deverá adquirir uma pratica tal que com certa rapidez ele faça um exame seguro de todos os órgãos atingíveis, e guarde o resultado, fazendo



Posição genu peitoral. (BAILEY)

mentalmente um esquema. Feito o toque ele deverá descrevel-o imediatamente ou melhor, esquematizá-lo. Para esse fim ha modelos, cujo tipo é o diagrama de YOUNG sobre o qual se fixará o achado digital.

Não somente nos casos de diagnostico duvidoso, deve-se fazer mais de um toque retal, mas tambem para uma avaliação segura da

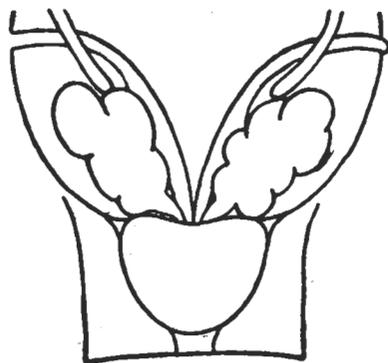


Diagrama de YOUNG. (EISENDRATH)

evolução de um caso que já tenha diagnostico estabelecido. Ha casos em que se deve emitir o diagnóstico depois de varios exames espaçados, e em alguns sómente após tratamento de prova.

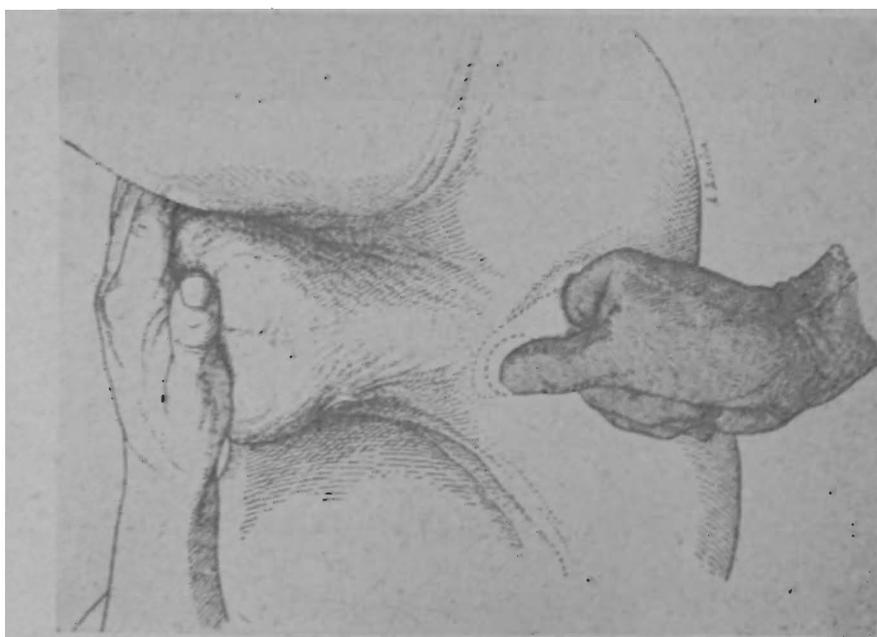
No toque retal vamos examinar a mucosa retal, a prostata, vesículas seminais, uretra posterior, trigono e fundo vesical, extremidade inferior do ureter, canal deferente e glandula de Cowper.



Palpação da glandula de COWPER. (BAILEY).

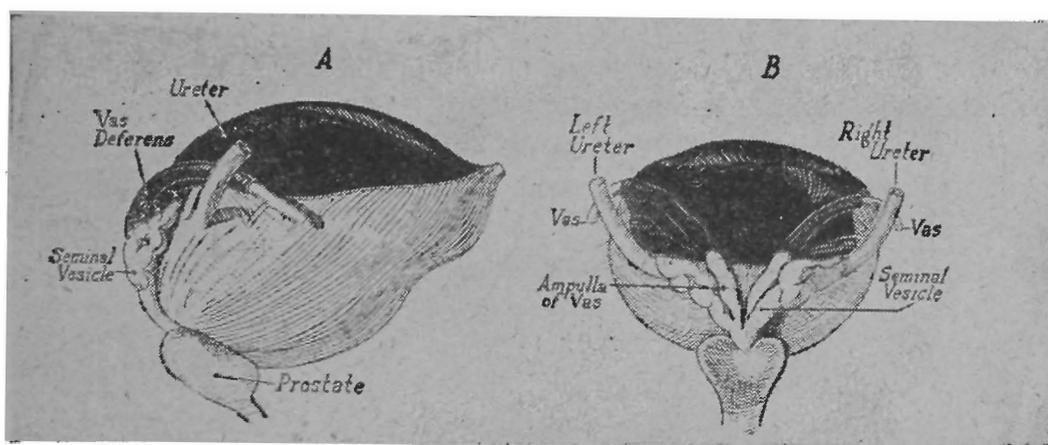
Para a palpação *das glandulas de Cowper* usamos o metodo bi-digital. Introduce-se o indicador no réto e com o polegar no perineo anterior procura-se sentir de cada lado da linha mediana, do bulbo uretral, simetricamente, cada uma das glandulas de COWPER. Em estado normal elas não são palpaveis.

O dedo introduzido no réto, após sentir as características *da mucosa retal*, na parede anterior do réto e também nas laterais, palpa



Palpação da glandula de COWPER. (BAILEY).

na parede anterior, indo de baixo para cima. A *prostata* situada a 4 ou 5 cms. do orificio anal, sob a forma de dois lobos ovoidais, obliquamente dirigidos de cima para baixo e de fóra para dentro, nitidamente limitados em relação aos tecidos circumjacentes, de consistência elastica e firme, fazendo discreta saliencia na mucosa retal, simetricos, unidos em sua parte inferior, separados na superior por um espaço triangular de apice inferior, o chamado sulco mediano, medindo mais ou menos no conjunto 3 cms. x 4 cms. O dedo que explora atinge-a em todo o contorno. A *prostata* normal é indolor á palpação. A *uretra posterior*, na parte mediana pre-prostatica e acima da próstata, em que sómente nos estados patolicos poder-



Resenha anatomica. (EISENDRATH)

se-há notar alterações objetivas e produzir perturbações subjetivas no paciente. Vesiculas seminais. Muitos autores acham que as vesiculas seminais quando normais não são palpaveis. Desse modo toda vesicula palpavel é considerada patologica. Outros, comtudo, acham que a vesicula seminal poderá ser palpada em estado normal, como um corpo alongado, divergente, acima e nos angulos da prostata, mole, elastico, delgado, liso, sem infiltração e não doloroso. *Canal deferente*. Acima e para dentro da vesicula seminal sómente nos casos patolicos ha autores que dizem ter palpado o canal deferente como um cordão divergente. *Ureter*. Para fóra das vesiculas poder-se-ha palpar embora raramente, nos casos patolicos, o ureter. Mas o que se produz em geral é a dôr situada no chamado ponto ureteral inferior, que corresponde á entrada do ureter na bexiga, havendo até a produção do reflexo uretero vesical de BAZÝ. *Trigono e fundo vesical*. Para cima da prostata póde-se atingir o trigono e o fundo vesical. Neste particular é conveniente associar ao toque retal o palpar hipogastico.

Seguindo a mesma seriação ao atingir os diferentes orgãos em estado normal, tambem vamos passar em revista os caracteres semio-

ticos dados pelo toque retal de cada um deles nos diferentes processos patológicos. Vamos referir unicamente sinais semioticos dados pelo toque retal, procurando fazer o diagnostico diferencial só com estes sinais, e principalmente com os que forem mais característicos. Não pretendemos fazer o diagnostico diferencial completo das diversas lesões patológicas desses órgãos. Chamamos a atenção mais uma vez para o fato, que si o toque retal é um notavel metodo semiotico, ele na maioria das vezes é um exame complementar, como o é quasi todo metodo semiologico. Ele deverá sempre estar relacionado com a anamnese, com o exame geral, com o exame do aparelho urinario e com o exame do restante do aparelho genital. Demais si o diagnostico nesse ponto ainda não estiver ou estabelecido ou completado, ele deverá, juntamente com os dados anteriores, orientar para exames mais completos e mais complexos, exames instrumentais, tais como o cateterismo uretral, cistoscopia, uretroscopia, e radiografia em suas diversas modalidades. A nossa finalidade no presente artigo é chamar a atenção para o valor do toque retal, expor os seus principios e tecnica e estabelecer os elementos fundamentais que ele fornece ao diagnostico.

Glandula de Cowper — Com o metodo palpatorio que já assinalamos podemos localizar os processos inflamatorios agudos e chronicos da glandula de Cowper. *Nas cowperites agudas* ha uma tumefação um pouco visivel, que eleva ligeiramente a pele do perineo, atraz do escroto, ao lado da linha mediana, alongada de diante para traz que é perfeitamente identificada pelo indicador no réto e o polegar perineal. Ha ás vezes certa dificuldade em se diferenciar a cowperite aguda do abcesso urinario perineal. *Na cowperite cronica* percebe-se nitidamente uma pequena massa do tamanho mais ou menos de um grão de ervilha, situada lateral ao bulbo uretral e atraz da raiz do escroto. *A tuberculose da glandula de Cowper* apresenta o mesmo quadro palpatorio da cowperite cronica.

Mucosa retal — A mucosa retal apresenta alterações nos processos dos órgãos situados em sua frente. Assim nas supurações agudas intensas da prostata ou da prostata e das vesiculas seminais, ela se apresenta edematosa. Nas fistulas uretro retais ou uretro prostato retais de longa duração pôde-se reconhecer a presença de um orificio, quando de póрте relativamente grande, ou então uma zona em que ha um botão de granulação bem saliente. Nas neoplasias da prostata, principalmente na chamada carcinose prostato-pelviana, a mucosa retal encontra-se infiltrada e aderente, e a parede retal fixa. Esta infiltração estende-se de cada lado na direção de cada fossa isquio retal.

Prostata — Devido a frequencia espantosa das lesões da prostata, no jovem os processos inflamatórios e no velho os de hipertrofia e neoplasia, torna-se muito difficil em doentes de um ambulatorio de molestias do aparelho urogenital, encontrar um que apresente uma prostata perfeitamente normal. Si muitas vezes o doente ao ser examinado não apresenta processo algum em evolução, ele, comtudo póde ter um processo cicatricial de uma lesão anterior. Demais ha uma variação grande em relação aos caracteres normais da prostata. Desse módo torna-se necessario que se procure palpar prostata normal, para se poder perceber nitidamente uma lesão inicial. Óra, muitas vezes tal não acontece, e é bem comum aqueles que já fazem a pratica do toque retal com desembaraço relativo e que ainda não tiveram a oportunidade de fazer uma unica vez um toque em individuo isento de lesão prostato-vesicular. Julgamos de real interesse e absolutamente necessario: tocar anexos normais.

As diversas entidades nosologicas produzem alterações na glandula prostatica que poderão ser unicas, mais raras, ou associadas, mais frequentes. Estas alterações estão em relação ao volume, forma, consistencia, superficie, limites, sensibilidade e mobilidade. Só o volume é aumentado na atonia prostatica simples, naqueles que já sofreram uma prostatite, diminuido na atrofia congenita da prostata. O volume e a consistencia encontram-se alterados no adenoma da prostata que atinge somente as glandulas periuretrais laterais, em que ha aumento dos lobos e a consistencia é carnosa (adenoma puro) ou dura (fibroadenoma). O mesmo acontece no calculo prostatico (consistencia petrea), mais nitida quanto maior e unico, e no quisto em que ora é dura ora flutuante. O volume, a consistencia e a fórma estão juntamente alterados no adenoma das glandulas periuretrais laterais e sub-cerviciais, em que além do aumento do órgão da consistencia carnosa ou dura, ha tambem um apagamento ou desaparecimento do sulco mediano. O volume, a consistencia, a superficie e a sensibilidade encontram-se alterados na prostatite aguda e cronica, no neoplasma localizado ainda, no calculo prostatico, no quisto e na tuberculose. Aqui a superficie poderá apresentar-se com irregularidades em um unico lóbo, formando um nodule, ou nos lóbos, e em varios pontos apresentando-se cheia de pequenos nodulos, óra mais óra menos confluentes. O volume, consistencia, superficie, sensibilidade, fórma, limites, e mobilidade estão todos alterados no neoplasma da prostata, e de uma maneira acentuada no esquirro da prostata. O volume, a consistencia, a forma e a sensibilidade estão alterados no abcesso da prostata, no adenoma associado á prostatite aguda ou cronica, no abcesso e no quisto.

Vistas no conjunto estas alterações, vamos procurar esquematizar, na medida do possivel, o que as diferentes molestias fornecem ao toque retal.

ANOMALIAS — *Atrofia da prostata.* Diminuição mais ou menos acentuada do órgão, tão intensa ás vezes que para a percepção da

prostata pelo dedo que palpa é necessario colocar um cateter metalico curvo na uretra. Às vezes esta atrofia atinge sómente um dos lóbos.

Agencia da prostata. Nada se palpa na agenesis total. Palpa-se somente um dos lóbos na agenesis parcial.

Processos inflamatorios. Na *prostatite catarral aguda*, ha um aumento discreto do volume do orgão, que é amolecido e um pouco doloroso. Na congestão da prostata nos individuos masturbadores o achado é o mesmo. Na *prostatite folicular aguda*, ha um aumento de volume do orgão, com areas de maior consistencia, localizadas ou confluentes, em um ou ambos os lóbos, e com acentuada dôr á palpação. *Prostatite parenquimatosa aguda*, apresenta um aumento acentuado do orgão, que está duro, ás vezes com pontos menos consistentes e muito doloroso. No *abcesso prostatico* ha um aumento acentuado da glandula, que faz salientar a parede anterior do réto, que se torna achatada, elastica, depressivel, tensa e extremamente dolorosa, ás vezes até pulsatil. O abcesso constituindo-se torna-se móle e flutuante. O abcesso poderá atingir toda a glandula ou se localizar em um lóbo. Quando ele se esvasia pela uretra reconhece-se perfeitamente uma depressão nesse ponto devida a perda de tecido prostatico. Isso torna-se muito mais evidente quando o abcesso se instala em uma prostata adenomatosa. Quando o abcesso está aberto no réto, reconhece-se não sómente a ulceração da parede retal como tambem a presença de sangue e pus no réto. Deve-se nos processos supurativos agudos fazer o toque com grande delicadeza. Na *prostatite cronica folicular*, ha leve aumento da glandula, com asimetria, ás vezes aumento de consistencia em toda a glandula ou em certos pontos, com zonas amolecidas e ligeiramente dolorosa. Na *prostatite cronica supurativa*, ha aumento de volume, com zonas amolecidas, ás vezes até de tamanho de uma avelã, em geral multiplas, circumdadas por zonas de tecido duro e bastante dolorosa. Na *prostatite cronica esclerosante* nota-se pouco aumento de volume ou a prostata tem o tamanho normal, consistencia dura, lisa ou levemente loculada e discretamente dolorosa.

Devemos acentuar mais uma vez que nos processos inflamatorios prostata, ha uma variação notavel do quadro de dia para dia, o que é um precioso meio de diagnostico.

Tuberculose da prostata. O toque é de valor tanto nas fases tardias como nas precoces, onde é excepcional encontrar-se uma glandula normal. Nota-se infiltrações nodulares individualizadas, de tamanho variavel, de grande consistencia e de fórmula constante, sem variação alguma. Ha uma diminuição da mobilidade da glandula, que por conseguinte está ligeiramente fixa. Algumas vezes ha ao lado dos nodulos um endurecimento difuso do resto do orgão. Outros vezes a glandula apresenta-se como uma massa dura, difusa, com numerosos pontos amolecidos correspondentes ás cavernas.

Na *sifilis*, na *actinomicose* e na *bilharzioze* não ha quadro caracteristico. Assemelham-se, em geral, á prostatite cronica folicular ou do tipo escleroso

Litíase prostática. Quando são muito pequenos, e pouco numerosos, ha um aumento de volume, da consistencia e ligeiramente da sensibilidade, não havendo portanto nada de característico. Pelo contrario quando são numerosos, ha um aumento de volume do órgão, que é duro, simulando a dureza de pedra, e ás vezes nota-se a crepitação que é típica. Sendo um unico calculo grande em um lóbo, chega-se até a perceber os seus caracteres de corpo estranho, de consistencia petrea, e mesmo as irregularidades de sua superficie, porque a prostata fica reduzida a uma verdadeira casca.

Adenoma. Devemos inicialmente assinalar que ha casos, embora excepcionais, nos quais as massas adenomatosas se desenvolvendo unicamente para dentro da bexiga, não se poderá reconhecer alteração típica pelo toque retal. Na maioria das vezes, contudo, reconhece-se o adenoma pelo aumento de volume do órgão, ás vezes tão acentuado, que não se poderá atingir o seu limite superior, com apagamento e até desaparecimento do sulco mediano, limites bem definidos, mobilidade nitida, superficie lisa, assimetria quando o processo se assenta mais acentuadamente em um dos lóbos, consistencia carnosa, discretamente mais firme que o órgão normal (adenoma) ou então ligeiramente endurecida (fibroadenoma), uniforme e indolôr. No adenoma puro não ha dôr, mas no adenoma associado a uma prostatite aguda ou cronica ou a um abscesso prostático, ha dôr ao lado das características palpatorias que já assinalamos. Embora rara, poderá haver coexistencia de adenoma com tuberculose de prostata o que poderá dificultar o diagnostico. Na degeneração carcinomatosa do adenoma, tendo sido feito o exame previamente, notar-se-ha uma modificação em relação aos limites que se tornam imprecisos, á mobilidade que desaparece e á consistencia que ficará lenhosa.

Quisto. Prostata aumentada de volume, ás vezes notavelmente, com flutuação, sem fenomenos inflamatórios e de superficie lisa.

Carcinoma. Ha aumento de volume, dôr, dureza lenhosa, superficie muito irregular, lobulada ou não lobulada, com nodulos mais firmes que os tecidos adjacentes, desaparecimento da nitidez dos contornos, invadindo as estruturas circumvisinhas até a fossa isquio retal, principalmente as vesiculas seminaes, como um blóco tumoral unico, completamente fixo, com enfartamento dos linfáticos da visinhança mais os da extremidade superior das vesiculas seminaes e paredes laterais da pelvis.

Sarcoma. Aumento de volume desusado, deslocando a bexiga e empurrando a parede retal anterior, de consistencia duro elastica, variando do móle (não flutuante como no abscesso) ao duro (não tão acentuado como no carcinoma), superficie irregular, fixo. A variação é sempre para aumento nitido no proximo toque tempos após.

Vesiculas seminaes — Já referimos a discordancia entre os autores em relação a possibilidade de serem as vesiculas normais pal-

paveis. Repetimos que vesículas normais, com certa atonia e distensão, ou nos indivíduos que são continentes por algum tempo, são palpaveis.

ANOMALIAS. Ausencia uni ou bilateral.

Processos inflamatorias. Vesiculite aguda. Tumefação irregular, muito dolorosa, com séde característica latero supraprostatica. Havendo perivesiculite os limites são imprecisos. Nos processos menos intensos ha simplesmente um discreto endurecimento e sensibilidade. Poderão ambas serem envolvidas pelo processo ou unicamente uma delas. *Vesiculite cronica.* Infiltração firme da parede vesicular, que se apresenta tensa e sensível á pressão.

Tuberculose. Infiltração consistente, pouco sensível, com forma tuberosa do órgão que se apresenta fixo. Às vezes juntamente com a prostata, e os linfaticos infartados, a vesícula fórma um bloco espesso, irregular, fixo e pouco doloroso.

Calculose. Embora rara, nota-se um corpo de consistencia petrea na séde habitual da vesícula seminal.

Cancer e sarcoma. A vesícula, em geral, é uma parte do bloco prostato vesicular assinalado.

Uretra posterior — Nos processos agudos de uretra posterior sem ainda lesão dos anexos, póde-se notar uma dôr mediana intensa para cima da prostata, devida á compressão da uretra contra a sinfise pubiana. Na litiase da uretra posterior, a litiase prostatica exogena, tambem poder-se-ha notar um corpo estranho, de consistencia petrea, mediano e pré ou supra prostatico.

Canal deferente — Nos processos inflamatorios agudos ou chronicos do canal deferente, nota-se para dentro da vesícula seminal e para cima, ou uma zona dolorosa ou um cordão, espessado, duro e doloroso.

Ureter — O ureter poderá ser atingido em sua porção justa vesical pelo dedo introduzido no réto, sempre para fóra das vesículas seminais. Comtudo, raramente consegue-se ter uma sensação palpatoria do proprio ureter a não ser que ele se encontre muito espessado, ou muito dilatado, ou ainda que nesse ponto esteja detido um calculo em sua migração para a bexiga. Mais frequente, embora muitas vezes enganadora, é a pesquisa da sensibilidade nesse ponto justa-vesical. Nos processos inflamatorios agudos, principalmente, do tracto alto, ele se apresenta doloroso, aparecendo tambem uma necessidade imperiosa de urinar, que constitue o reflexo uretero vesical de Bazy.

Trigono e fundo vesical — Na retenção aguda de urina o trigono e fundo vesical são sentidos fazendo saliencia no réto. Na

pericistite nota-se quer um espessamento dessa zona com intensa dôr, quer mesmo a presença de flutuação revelando uma coleção. Do mesmo modo nos tumores vesicais poder-se-ha notar uma zona de espessamento, de infiltração no fundo, muitas vezes associada a lesão semelhante prostato-vesicular. Melhor comtudo será associar ao *toque retal o palpar hipogastrico*. Deste modo pode-se perceber corpos estranhos mais ou menos volumosos entre os dois dedos. Foi deste modo que mostramos a uma das ultimas turmas de alunos da cadeira de Clinica Urologica, volumoso calculo vesical nitidamente perceptivel. Da mesma maneira até residuo vesical abundante poderá ser igualmente percebido assim como uma prostata de tamanho exagerado.

Associamos tambem o *toque retal ao palpar intravesical* com a bexiga aberta, no exame do conteudo prostatico, para melhor reconhecimento de litiase prostatica.

Tambem no descolamento do adenoma prostatico á Freyer, o dedo introduzido no réto para apoiar a prostata é de grande auxilio.

Já referimos á combinação entre o *toque retal e o cateterismo uretral* com sonda metalica curva.

Devemos assinalar ainda que nós traumatismos intensos da bacia, com lesões osseas acentuadas, pelo toque retal poderemos reconhecer fragmentos osseos bombeando no réto, o que é de importancia como subsidio ao diagnóstico das lesões do aparelho urogenital nesses casos. Demais tambem com o dedo no réto poderemos ter um ponto de apoio na tentativa de redução dos referidos fragmentos osseos.

Toque vaginal — Como simples adenda vamos referir o que o toque vaginal poderá revelar nas lesões do aparelho urinario. Nem queremos fazer alusão ao toque vaginal nas lesões do aparelho genital que é de tão grande importancia para o diagnostico dessas lesões, porque escapa á finalidade do presente trabalho que abrange somente as lesões do aparelho urogenital do homem e urinario da mulher. Frisamos, comtudo, que a intima relação entre as lesões do aparelho urinario e genital da mulher, exige que o exame do aparelho genital feminino seja obrigatorio nas afecções do aparelho urinario.

O *toque retal na mulher* não traz dados suficientes para conclusões diagnosticas das lesões do aparelho urinario.

Posto isto, pelo toque vaginal vamos examinar a uretra, a bexiga e o ureter inferior.

A *uretra* é atingida pelo indice introduzido na vagina com a polpa voltada para o pubis. Pela sua expressão obtem-se a secreção no meato, pela sua palpação notar-se-ha espessamento da parede uretral, orificio de fistula, corpos estranhos e tumores.

A *bexiga* é examinada pelo fundo de sacco vaginal anterior, palpando-se o trigono e o fundo vesical, onde se notará corpos estranhos

e calculos, cistoceles, orificios de fistulas vesico-vaginais e tumores. Pode-se tambem fazer a *palpação combinada vagino hipogastrica*.

Pela vagina tambem atinge-se a *extremidade inferior do ureter*, obtendo-se os mesmos dados já assinalados.

Finalisamos *este artigo didatico*, em que espusemos sucintamente o que o toque retal nos poderá fornecer de util, deixando mais uma vez consignado com clareza que esse metodo propedeutico deverá ser um exame de rotina.

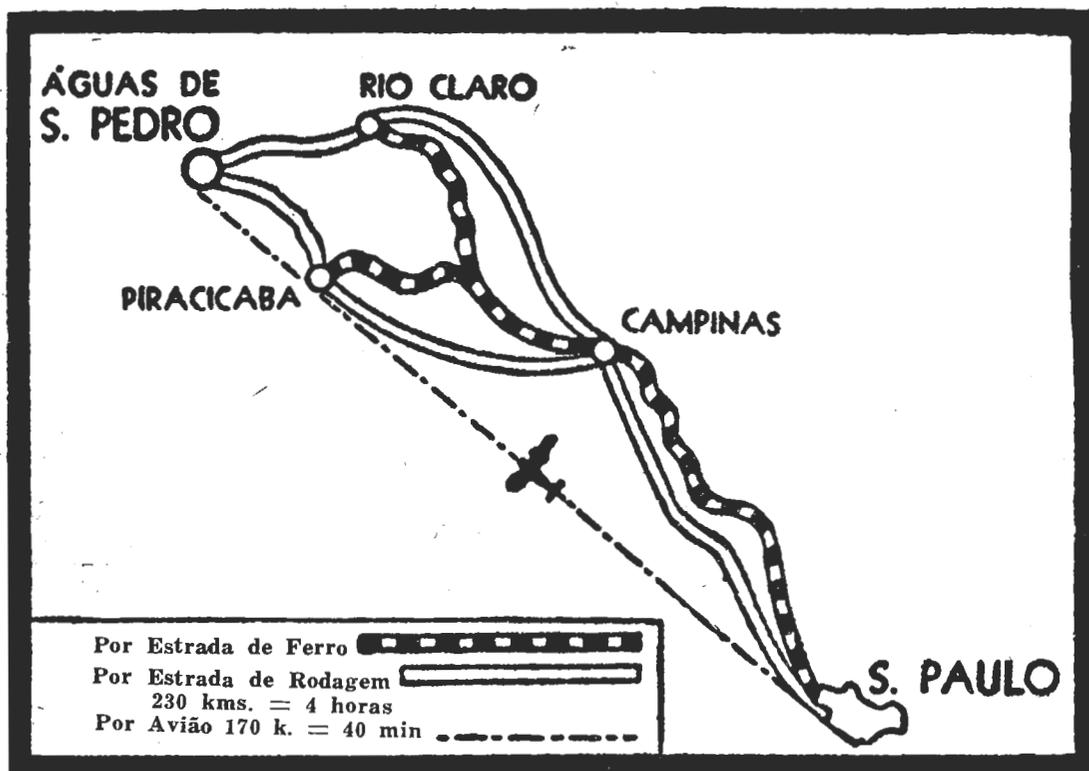
TOSTÃO A TOSTÃO FAZ UM MILHÃO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL de S. PAULO

GARANTIDA PELO GOVERNO DA UNIAO PARA
SEGURANCA E ESTIMULO DAS ECONOMIAS POPULARES

A 4 HORAS DA CAPITAL
encontram-se as
ÁGUAS DE SÃO PEDRO
a maravilha hidro-climática do Brasil

Com suas 3 fontes de águas — sulfídrica, bicarbonatada e sulfatada — para tratamento do **DIABETE, REUMATISMO, MOLESTIAS DA PELE, DO FÍGADO, DOS RINS, DOS INTESTINOS E DO ESTOMAGO.**



As ÁGUAS DE SÃO PEDRO possuem confortável HOTEL com 180 apartamentos e com cosinha dietética para os hóspedes em regime, sob controle do médico da Estância, além de magnífico CASSINO, recentemente inaugurado. Faça, pois, uma estação nesse aprasível e saudável recanto do Estado de São Paulo hospedando-se no

GRANDE HOTEL

Reserve seus aposentos por intermédio do escritório em São Paulo:

LARGO DA MISERICORDIA, 23 — 11.º ANDAR

(Edifício "Ouro Para o Bem de São Paulo")

TELEFONE, 3-5712

EXCESSO DE TRABALHO

exige alimento e estímulo à célula nervosa

Nergofon

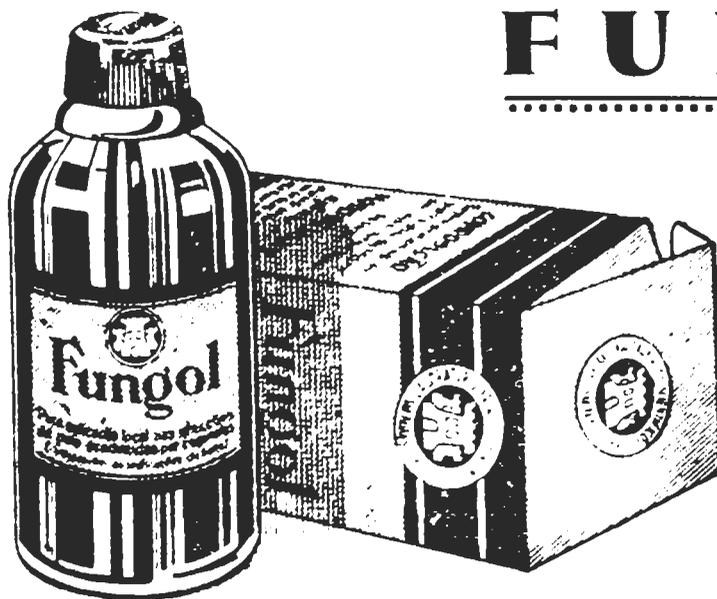
hexapentanolcarboxil-hipofosfito de cálcio

encerrando 35 mg de fósforo elementar por ampola de 2 cmc., em combinação organocálcica, exerce essa dupla ação de maneira rápida e duradoura.

AMOSTRAS à disposição dos Srs. Médicos



INSTITUTO MEDICAMENTA
ESTABELECIMENTO CIENTÍFICO INDUSTRIAL
FONTOURA & SERPE • SÃO PAULO — BRASIL



FUNGOL

|||
Frieiras
Empigens
"Acido Úrico"
dos pés
"Athletic Foot"
etc.



LABORATORIO TORRES

RUA GLYCERIO, 429
SÃO PAULO

GLANDULAS SUPRARRENAES (1)

DR. D. M. GONZALEZ TORRES

ANATOMIA

Situadas acima do pólo superior do rim e aplicadas contra a parede posterior abdominal pelo peritônio, têm a forma de uma meia lua, e pesam de 10 a 11 grs. no adulto.

Nelas se descrevem duas partes apesar de que seus limites não sejam nítidos pois que ambas se unem: a cortical e a medular, e a esta dualidade anatómica corresponde também uma dualidade funcional e de origem.

A cortical — E' formada por células sustentadas por uma fraca rede de tecido conjuntivo vascular proveniente da cápsula que rodeia o órgão.

As células estão dispostas em tres zonas indo da superficie para a profundidade: a *zona externa* de células redondas, a *média* ou *fasciculada* de células em cordões, a *interna* ou *reticular* de células em rede com granulações pigmentárias.

Estas células da cortical contem grânulos lipoides de lecitina e cefalina.

A Medular — E' composta por células dispostas irregularmente em rede, em meio de um tecido conjuntivo de sustentação, muito vascularizado. São células cromafinicas, assim chamadas porque tratadas pelo ácido crômico ou cromatos, coloram-se em amarelo-escuro (com o cloreto de ferro coloram-se em verde). São células poligonais, de 15 a 35 micras, e de protoplasma basófilo.

A cortical deriva do mesoderma (epitélio celomático), de um bróto formado perto do corpo de WOLFF, isto é, tem a mesma origem que o aparelho urogenital. Mais tarde, agregam-se células cromafinicas e fibras simpaticas que formarão a medular. As células da medular derivam das simpatogonias (derivado ectodérmico) que além da série cromafinica, é origem da série simpatica.

Existem em outras regões além da renal, formações suprarrenais aberrantes e do mesmo significado:

(1) Capitulo VI da Parte Especial do livro "Endocrinologia" do Prof. Gonzales Torres editado nestes dias.

Formações Córtico-Suprarrenais: No tecido celular retroperitoneal região do pancreas e figado, genital, etc.

Formações Cromafinas puras: O órgão de ZUCKERKANDL, na origem da mesentérica inferior, o glomus retrocarotideo, a glândula coxígea de Luschka, no tecido adiposo da ponta do coccis, etc.

A importância funcional da glândula suprarrenal é grande e conhecida há muito tempo. Porém, somente, nos últimos anos, é que ficou conhecido melhor o papel que corresponde a cada uma de suas partes. Com os progressos da técnica e da fisiologia podem ser feitas extirpações parciais, injetar extratos, também parciais, e estudar experimentalmente certos quadros que desde ADDISON, nos meados do século passado, chamavam a atenção sem poder explicar-se claramente o papel que cabia á medular e á cortical.

Apezar de os nossos conhecimentos atuais nos permitir conhecer o papel da medular e da cortical, devemos notar que ambas as partes, funcionam de um modo sinérgico e formam uma unidade fisiológica.

1 — A extirpação das suprarrenais é mortal em quasi todos os casos e em todos os animais. Casos de sobrevivencia, mais ou menos prolongada devem ser atribuidas ás formações aberrantes descriptas, e que se apresentam no fim de um certo tempo, hipertrofiados. A extirpação de uma delas geralmente não causa a morte e si sacrificarmos o animal, um tempo depois observaremos uma hipertrofia notavel da que ficou intacta.

2 — Os animais privados da suprarrenal apresentam um *quadro clinico* caracterizado por: queda rápida da pressão global, astenia, e adinamia intensa e progressiva, rápida fadiga muscular, grande emagrecimento, sonolência, e um *quadro humoral* caracterizado por hipoglicemia, hipocloremia, diminuição da reserva alcalina, aumento do potássio, colessterina, urea, fosfatos, maior sensibilidade para a insulina.

3 — O animal oferece grande diminuição de resistencia ás infecções em geral e aos tóxicos.

OS HORMONIOS

A medular — Suas células produzem a *adrenalina* ou *epinefrina* ou *suprarrenina*, sendo também produzida pelas células cromafinicas. Isolada e crystalizada em 1901 por TAKAMINE e ALRICH, STOLZ em 1904, é um pó branco solúvel em ácidos diluidos, muito pouco solúvel na água (1:10.000) e no álcool, insolúvel em toluol, benzina, clorofórmio, e correspondente á formula:



Seu ponto de fusão é de 263°. E' toxica em doses elevadas (5 mgrs. por quilograma de peso para o cachorro) por via que não

seja bucal, e produz necroses do tecido celular do lugar onde for injetada.

Por dosagens feitas em cadáveres por G. BAYER, acharam-se quantidades variáveis segundo a idade, entre 0,20 e 0,40 mgrs. de adrenalina para cada grama de suprarenal.

Sua síntese se faz por vários métodos obtendo-se uma forma racêmica e no comércio usa-se uma forma que contém um pouco da dextrogiro.

Propiedades: É um excitador do simpático. As injeções endovenosas ou intramusculares, produzem vaso constricção capilar e arterial e por esta ação periférica, elevam a pressão. As contrações cardíacas aumentam de força e de amplitude; taquicardia.

Atua sobre os músculos lisos, contrae os esfínteres, (cardias-piloro ileo cecal, anal) (*). Relaxa os músculos lisos da traquéa e brônquios; age sobre (paraliza) o intestino, vias biliares. Contrae o útero em forma contínua — Dilatação papilar e exoftalmus. Sua ação se produz ao nível das terminações simpáticas da placa mioneural. Excita a contração dos músculos lisos. Mobiliza as reservas de glicogênio hepático, eleva a glicemia; e produz, às vezes glicosúria segundo a dose em que se emprega.

Atua sobre o centro termoregulador, produzindo aumento da temperatura. Estimula as combustões orgânicas. Aumenta o metabolismo celular e o consumo de O².

A cortical — A cortical suprarenal é rica em lipídeos, e dela tem-se isolado: lecitina, colesteroína, fosfatídeos e fosfatase, caroteno (substância base da vitamina A.), vitamina C. (é o órgão mais rico em vitaminas C.); colina, considerada por MAGNUS, o hormônio dos movimentos intestinais; lipídeos que se coram com o ácido osmíco e são solúveis no cloroformio, éter, e álcool; estes lipídeos formam o 35-50% do extrato total cortical. Também glutation.

Da cortical foram isolados os seguintes Hormônios:

1 — *A cortina de HARTMANN* considerado o hormônio cortical por excelência, cuja fórmula é:



Injetado em fortes doses não produz intoxicação. Além disso, parece ter um antagonismo com a tiroxina. Pode ser cristalizada, é pouco solúvel em água, um pouco mais no éter e acetona. É bastante resistente à ebulição, fermentos proteolíticos e ácidos diluídos. Estimula o crescimento e tem ação morfogenética; a hiperfunção cortical nos meninos causa um atletismo e hirsutismo precoce, e macrosomia precoce, e nos adultos crescimento exagerado, hirsutismo e obesidade. Aumenta a resistência à fadiga, excita a síntese intramuscular do ácido láctico, produzido depois da fadiga.

(*) Uma dose excessiva produz íleo paralítico com contração forte dos esfínteres.

Corrige a acção da extirpação do cortex. A extirpação do cortex ou sua insuficiencia causa astenia, fadigabilidade muscular, anorexia, hipocloridria, forte desidratação, pigmentação bronzada da pele e das mucosas. Tem acção sobre os caracteres sexuaes secundarios — ha uma masculinização fisica e psiquica das mulheres com hiperplasia ou tumor da suprarrenal. Intervem no metabolismo dos glucidos, por mecanismo em sentido inverso da adrenalina: aumenta a glicemia e o glicogenio hepatico e muscular; aumenta tambem o glutation, e diminue a urea. A extirpação do cortex ou sua insuficiencia produz hipoglicemia e maior sensibilidade á insulina, e diminuição do colesterol sanguineo. Regulariza o metabolismo mineral. A extirpação do cortex ou a insuficiencia aumenta a eliminação urinaria do Cl e Na, e diminue sua concentração no sangue, e aumenta a potasemia. A cortina corrige esses efeitos. Aumenta a resistencia ás infecções e toxicos e corrige as susceptibilidades ás reacções anafilaticas que produz a insuficiencia ou extirpação do cortex.

2 — *A Corticosterona* de REICHSTEIN (1937) e STEIGERT, tem por formula:



e é necessária á vida. Mantem vivos os animais descorticados. Não foi preparada por sintese. Porem, os mesmos autores obtiveram por sintese partindo do estigmasterol, um composto vizinho, a *desoxicorticosterona* (cortenil) que tem um grupo OH menos que a corticosterona, e com formula muito parecida a da testosterona e progesterona, a vitamina D, e os acidos biliares. A acção desta hormona sintetica em ratos surrenalectomizados é mais forte que a da corticosterona e tem as mesmas propiedades que os melhores extratos glandulares ou a Cortina, considerando-se, portanto a verdadeira hormona cortical, 1 mgr. de desoxi-corticosterona em solução oleosa corresponde a 3 cc. de um estrato activo da Cortina, e o seu preço é menor.

3 — *A Adrenosterona* de REICHSTEIN (1936) de formula:



atua sobre a formação e desenvolvimento dos caracteres sexuais masculinos secundarios. Sua deficiencia produz no homem uma diminuição da potencia e da libido; enjetada numa mulher normal produz um encurtamento dos intervalos menstruaes.

RELAÇÕES COM OUTRAS GLANDULAS

Com a hipofise- a cortical: No capitulo, destinado á hipofise, nos ocupamos do hormônio hipofisário corticotropo ou corticoestimulina. Ali diziamos que a hipofisectomia determinava atrofia e degeneração do cortex e que a injeção consecutiva de extrato hipofisário anulava o efeito da hipofisectomia.

A medular: Injetando juntos: extrato de lóbulo posterior e adrenalina, esta não produz seu efeito. Disso, deduz-se a existencia de certo antagonismo entre ambas as substancias. A pituitrina aumenta o peristaltismo e relaxa os esfinteres.

Com a tiroide: Nos casos de hipertiroidismo observa-se uma diminuição dos lipoides corticais. A tireoidectomia os aumenta. A injeção de extrato cortical aumenta o iodo tireoideo. Das experiencias de vários autores se deduz haver um antagonismo entre a tiroide e a cortical quanto á regulação térmica. A secreção tiroidea sensibiliza as terminações simpáticas para a acção da adrenalina, e a injeção de extrato tiroideo aumenta a secreção adrenalínica.

Com o Timo: A Timectomia produz hiperplasia da medular; e a extirpação da suprarrenal retarda a involução do timo.

Com as glandulas sexuais: Os animais de grande poder de reprodução possuem volumosas suprarrenais e vice-versa (G. BAYER).

A cortical tem ação masculizante e excita a maturação sexual; durante a gravidêz se observa hiperplasia da cortical. A castração determina hipertrofia das suprarrenais e a ablação destas produz atrofia genital.

As relações com a medular são menos claras; por fim parece haver antagonismo entre Hormona cortical e adrenalina.

TESTES

1 — *Dosagem da colestérina:* Normal: 1,30-1,70 grs. $\frac{0}{100}$ de sangue; aumentada na hiperfunção.

Do potássio:

Clorureto de potássio: 0,26. g. $\frac{0}{100}$.

Sulfato: 0,281 g. $\frac{0}{100}$.

Potássio: 16-21 mg. % no sôro.

Aumentada na moléstia de ADDISON.

Do cloro:

Sangue: 450-500 mg. % em Cl Na.

Plasmático: 8,3 g. $\frac{0}{100}$.

Globular: 1,7-1,9 g. $\frac{0}{100}$.

Diminuido na moléstia de ADDISON e na insuficiencia.

Do sódio:

No sangue total: 1,9 g. $\frac{0}{100}$.

No sôro: 3,2 $\frac{0}{100}$ g.

A taxa de sódio acha-se diminuida na insuficiencia.

Na

O quociente $\frac{\text{Na}}{\text{K} \times 10}$ é superior a 1,5 (ANNES DIAS); segundo

o mestre brasileiro na insuficiência suprarrenal este quociente desce de acôrdo com a gravidade, e cifras menores de 1 indicam geralmente casos sérios.

2 — Para o simpático:

prova da glicosúria alimentícia;
prova da glicosuria adrenalínica;
reflexo óculo cardíaco.

3 — Metabolismo basal: diminuído 20-30% no ADDISON.

4 — Prova do ergografo (PORAK e STEVENIN) que demonstrará a adinamia e a rápida fadigabilidade muscular do Addison.

5 — Prova da eliminação do cloreto sodico, de POWER e WILDER.

Deixar o doente em dieta pobre em cloreto de sodio, e rica em potássio durante dois dias e meio. No individuo normal, se produz uma diminuição da eliminação desses elementos pela urina; na insuficiência suprarrenal ha um aumento constante da eliminação urinaria do cloreto de sodio.

Técnica: Dar ao doente durante 2 dias e meio dieta com:

1,7 grs. de cloreto de sodio diario;
4,3 grs. de potássio.

No 2.^o dia, dar-lhe 40 cc. de liquido por kilo de peso corporal.
" 3.^o " " " 20 " " " " " " " " " "

Recolher a urina: no 1.^o e 2.^o dia, ás 8 da manhã e ás 8 da noite; 3.^o dia, ao meio dia.

Recolher o sangue: no 2.^o dia, ás 8 da manhã e 3.^o dia, ás 10 da manhã.

Resultado: Concentração urinaria do cloreto de sodio na manhã do 3.^o dia, igual a 125 mg. % na função normal da suprarrenal.

Nas insuficiencias: 225 mg. %.

As cifras intermedias não são concluentes, e a prova deve ser extendida a 6 dias.

6 — Prova da insulina da MARAÑON:

Dosar a glicemia em jejum;
Injetar intramuscularmente, 10 U. de insulina.

A prova é positiva quando a glicemia baixa de 30% da taxa inicial. Nos 40% dos casos positivos: trata-se de insuficiência suprarrenal.

PATOLOGIA CLINICA

Hipofunção:

Hipofunção Global Suprarrenal.
Síndrome de Addison.
Forma aguda de insuficiência.
Formas frustres.

Hiperfunção:

Medular: síndrome de hipersurrenalismo.

Cortical: síndrome genitosuprarrenal: pseudo-hermafrodismo.

Pubertad precoz.

Virilismo e hirsutismo.

Formas frustres.

HIPOFUNÇÃO GLOBAL SUPRARRENAL***Etiologia:***

Infecções agudas: gripe, tifo, pneumonia, paludismo, etc. ou crônicas: tuberculose, sinusites, amigdalites, difteria, toxemias.

Sinais Clínicos:

astenia, cansaço fácil sem vontade de nada;

anemia hipocromica;

anorexia, prisão de ventre;

dores vagas no hipogastrio e região lombar;

transtornos menstruaes; diminuição da libido e da potencia, hipotensão, pulso depressivel;

facilidade para apanhar infecções, pela diminuição das defesas;

M. Basal: ligeiramente diminuido (15-20%);

acção dinamica especifica proteica baixa;

hipoglicemia e aumento da tolerancia aos H. de C.

Tratamento:

Regime rico em vitamina C, H. de C. cloretos, albuminas, pouca gorduras;

Extrato suprarrenal total. Cortina, 1-2cc. diarios;

Extrato hipofisario e tiroideo;

Tonicos em geral, e sobretudo estriquina.

SINDROMA DE ADDISON (1855)

Evolução: Começo insidioso com emagrecimento, dores lombares, evolução progressiva e lenta que pode durar anos seguidos, ás vezes havendo crises agudas e insuficiencia, ou remissões. Quasi sempre letal.

Etiologia: Segundo MARAÑON (5), 86% dos addissonianos pertencia á constituição astênicas ou hipoplasica. E' frequente o estado timolinfático.

As lesões observadas são de tuberculose, no 80% dos casos mais ou menos e quasi sempre da forma caseosa.

Simptomas: GREENE, ROWNTREE e outros contam 3 periodos no decurso da evolução da molestia de Addison: 1.º o periodo de latencia, de destruição glandular e de esgotamento das reservas funcionais; 2.º periodo clinico ou de insuficiencia parcial; 3.º periodo terminal, de insuficiencia total, periodos das crises.

Astenia: Adinamia, esgotamento muscular rápido, verifica-se pelo ergógrafo, atrofia muscular, grande sensação de fadiga, reação elétrica normal. A lassitude do começo transforma-se mais tarde em apatia completa, com conservação da inteligencia.

Melanodermia: Pigmentação morena da pele e mucosas no começo parcelada, em pequenas manchas obscuras, depois confluentes; no rosto, como mascara da gravidéz. Depois, as partes descobertas ou naturalmente pigmentadas tais como: escroto, mamelão, etc.; mais tarde atinge tambem, as partes cobertas, extendendo-se por todo o corpo. São poupados a palma da mão e planta dos pés.

Nas mucosas: conjuntiva ocular, mucosa bucal, aboubada palatina, etc.

Hipotensão: Da maxima e da minima, pequeno indice oscilométrico.

Tendencia á sincope. Importante é a hipotensão ortostatica. Pulso depressivo, taquicardia.

Criestesia. Hipotermia.

Emagrecimento: Anemia.

Dores epigástricas ou lombares. As veses crises solar.

Perturbações digestivas: Anorexia progressiva e global. No começo constipação e, após diarréa. Hipocloridria.

Amenorréa ou impotencia.

Linha branca de SERGENT: que aparece um pouco tårdiamente (30-60 segundos).

Reflexos normais.

Radiografia: Frequentemente calcificações das suprarrenais.

Metabolismo: Metabolismo basal diminuido entre 20 e 30%. Acção dinamico especifica proteica-diminuida.

Cloropenia, hipocloruria; aumento de creatinuria.

Hiponatremia- Hiperpotassemia- hipocólesterinemia.

Frequente hipoglicemia, grande tolerancia aos hidratos de carbono.

Grande sensibilidade á insulina.

Uréa ligeiramente aumentada. Hipocalcemia inconstante.

Diminuição do glutation (6-8-15 mg. de glutation reduzido para cada 100 c.c. de sangue; Normal: 17-26 mg. glutation reduzido % de sôro; Diminuição ligeira 12-17; marcada 10-12 mg. (%)).

MARAÑON (5) dá suma importância ao diagnóstico da fase preaddissoniana da insuficiencia suprarrenal, por ser a única fase em que pode curar-se a molestia. O A. tem em conta a constituição astênica, e os pequenos sintomas como a astenia, anorexia, soluços, pigmentação fácil da pele pelo sol, amenorréas, frequência de abortos, dificuldade de aleitamento, todos êstes sintomas cedem fácilmente pelo uso da cortical suprarrenal e o regime rico em cloreto

de sódio. No periodo de estado, êle agrupa os sintomas do seguinte modo:

Cortical:

pigmentação;
emagrecimento;
anorexia, perturbações digestivas.

Medular:

perturbações circulatórias;
hipotensão;
perturbações do metabolismo dos H. de C; hipoglicemia.

No periodo terminal:

perturbações do metabolismo, desidratação;
hipocolesterinemia de prognóstico grave;
hipoglicemia;
aumento de creatinemia e creatinúria;
aumento do ácido láctico no sangue e na urina;
acidose;
diminuição do Na e Cl;
aumento do potássio.

ANNES DIAS, que se tem ocupado muito do assunto, diz que se deve suspeitar da insuficiência suprarrenal em toda doença infecciosa cujo decurso ou convalescença se acompanhar de grande astenia, hipotensão, crises dolorosas abdominais, etc., sobretudo si ha uma desproporção entre a intensidade destes fenómenos e a gravidade ou duração da infecção (6).

Anatomia patológica: Como já dissemos, mais ou menos em 80% dos Addisonianos encontram-se lesões tuberculosas na sua maioria de forma caseosa. Com menor frequencia: sífilis, esclerose ou hipoplasia da cortical. As veses hipoplasia do tecido cromafino.

Diagnóstico: Em certas ocasiões é difícil o diagnóstico diferencial, sobretudo da melanodermia com outros sindromas ou sintomas.

A pitiríase: Ataca os enfermos miseráveis e hiponutridos.

A caquexia palúdica: Os antecedentes, a hepatomegalia.

A cirrose pigmentaria: A hepatomegalia, glicosúria, etc.

Tratamento: A injeção de Cortina de KENDAL ou extrato cortical, de WILSON ou extrato suprarrenal total dá excelentes resultados. O Hormonio sintético: disoxy-corticosterona de REICHSTEIN e VON EUW, subcutaneo, nas doses diarias de 5 a 25 mgr. ou bem pelo metodo de THORN-ENGEL e EISENBERG de implantar sob a pele, e com anestesia local, um comprimido de 200 mg. desse hormonio; a desintegração lenta forma um hormonio durante meses.

1 mg. de acetato de desoxicorticosterona corresponde a 10 c.c. de Cortina.

Agregar vitamina C. (Até uma gr. diario endovenoso).

Eschatin Parke Davis- frascos de 10 e 50 cc. 1 cc. = 40 gr.
 órgão = 10 U cachorro.

Extrato suprarrenal total: 0,20- 1 gr. diariamente.

Adrenalina sol. a $\frac{0}{100}$ - 10 mg., por dia "per os", ou intramuscularmente 1 mg.

Nas formas crônicas- 0,10- 0,20 gr. de extrato diariamente.

RIVOIRE aconselha:

0,20 gr. cloridrato de cisteína em 2 c.c. de água (esterilizada 2 vezes a 60°) intravenosamente, cada 2 dias, misturando-se a 20 c.c. de sol. salina a 10% no momento do uso. Ou bem: 0,10 gr. cloridrato cisteína endovenoso diariamente ou em dias alternados.

Estricnina, nux vomica.

Regime: Hidratos de carbono em grandes quantidades. Pouca gordura.

Regime salgado:

bacalhau, azeitonas, carne salgada etc.

Citrato de sódio 5 gr.

Clorureto de sódio 10 "

P/ 1 papel diário em água.

Em casos graves, injetar *gota a gota* endovenosamente:

Citrato de sódio 0,5 gr.

Clorureto de sódio 1 "

Glicose 10 "

Água 100 cc.

Até 3-4 litros em um dia.

Pouco potássio. Isto consegue-se fervendo 2 a 3 vezes os legumes, renovando a água (são ricos em potássio: carne, peixe, couve-flor, ervilha, batatas, espinafre, frutas secas). São pobres em potássio: trigo, abóbora, espargo, cenoura, oliva.

E' indicado o uso do vinho tinto seco com carne vermelha e vinho seco branco com carne branca, sobretudo nos casos de inapetência, limitando-se a quantidade de água nas refeições. Aconselha-se também, em casos de anorexia, tomar um hora antes do almoço e do jantar 100-120 grs. de glicose em água, o que também representa um grande valor calórico.

Nas crises graves de insuficiencia (vômitos- diarréia- forte dor epigástrica, colapso, etc.), usa-se na clinica de MAYO:

Repouso absoluto, não palpar abdomen.

Retirar sangue para as dosagens de Uréia- Glicose- Cloretos e injetar endovenoso sol- 10% glicose com 1% Cl Na e 0,5% citrato de sódio e 30 c.c. de extrato cortical. Depois de 1 hora o quadro melhora: seguir injetando até que em 12 horas o doente receba 3-4 litros e 50 cc. de extrato cortical.

No dia seguinte dar bastante liquido ao doente e 1 litro diario de Elixir de Addison: Sol. acuosa contendo 10⁰/₀₀ de Cl Na e 5⁰/₀₀ de citrato com extratos de frutas. Injetar tambem diariamente até desaparecer os fenómenos agudos: 2 litros de sol. acima mencionada e 20 cc. de extrato cortical.

THOMPSON e colaboradores (14) preconizam nas crises (nauseas, vomitos, por vezes diarreia, acentuada astenia):

1) Endovenoso 10 cc. de extr. cortical (não ha perigo de superdosagem).

sol. dextrosa a 50% em sol. salina fisiol. a 9⁰/₀₀ = 1 litro c/6 hs.

para cada 24 hs. pode-se ajuntar a 1 litro deste liquido:

50 cc. de sol. de citrato de sódio a 25%.

Quando o doente melhora:

extrato cortical pelo menos 10 cc. diarios.

per os: 12 gr. Cl Na e 4 gr. citrato de sódio, diarios.

dieta com valor calorico elevado, porém, pobre em K.

Alguns produtos opoterápicos, sinteticos, etc...

Extrato suprarrenal L. P. B.: comprimidos, injetavel, glicerinado Iliren Bayer- extrato cortical sem adrenalina. 1 pilula = = 3 grs glandula fresca; 2-6 diarios.

Cortin Roche: amp. de 10 cc.; 1 cc.: 50 grs. glandula fresca.

Eschatin Parke Davis: amp. de 10-50 cc.; 1 cc.: 40 gr. Glandula fresca: 10 U. cachorro.

Cortigen Richer: extrato cortical sem adrenalina; 1 amp. = 15 gr. gland. fresca: 1-2 ao dia.

Adrenalina injetavel, per os, para inhalar, etc.

Ephedrina (sudedáneo da adrenalina) alcaloides da Ephedra.

Efetonina (clorhydrato de Efedrina racemica) menos ativa que Efedrina Off.

Cortidyn "Promonta" — 1 cc. = 5 U. R. cotico- dinamicas.

INSUFICIENCIA AGUDA, OU SUPRARRENALITE HEMORRÁGICA AGUDA, OU SINDROMA DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN

Etiologia: No decurso de enfermidades infecciosas e geralmente causada por uma hemorragia ou uma trombose.

Evolução: Rápida e grave.

Simptomas: Geralmente, durante uma enfermidade aguda, produz-se o quadro tipico da insuficiéncia suprarrenal, sem prodromos, bruscamente e em forma grave, com evoluçáo rápida:

Astenia acentuada, hipotensão, hipotermia, fortes dores lombares ou abdominais com vômitos, que podem simular um quadro agudo de perturbação; cianose das extremidades, pulso fraco e irregular, taquicardia; mais tardiamente: purpura generalizada; uremia ligeira, hipoglicemia.

Anatomia patológica: Hemorragia difusa bilateral ou pequenas súfusãoes hemorrágicas.

FORMAS FRUSTRAS DO SINDROMA DE ADDISON

Ou formas não addisonianas da insuficiência suprarrenal, também chamadas formas amelanodérmicas do síndrome de Addison, etc.

São quadros de insuficiência suprarrenal, sem melanodermia, porém com outros sintomas:

Astenia, fadiga, emagrecimento. Metabolismo:- 10 á -25. Depressão, menopausa precoce, diminuição da libido, transtornos digestivos; dispepsia hipoclorica, anorexia, crises de diarreia, a que se acrescenta o quadro sanguíneo já descrito.

Hipotensão global, de pequeno índice oscilométrico. Hipotermia.

Apresenta-se geralmente em tipos hipoplásticos, astênicos e atônicos, gracios. São predispostas as pessoas que fácil e fortemente se pigmentam com os banhos de sol.

O tratamento deve ser como já indicamos mais acima:

Regime pobre em potássio e em gorduras, rico em H. de C. e em cloreto de sódio, águas cloruradas.

Cortin, Pancortex, extrato suprarrenal total.

Vitamina C. Frutas do gênero Citrus (limões).

Evitar o "surmenage" físico, sexual e intelectual.

Consideram-se também formas frustras da insuficiência suprarrenal certas formas de estados constitucionais astênicos, com hipotensão ou instabilidade da pressão arterial, com fácil fadiga física e intelectual.

DOENÇA CELÍACA OU DOENÇA DE GEE - HERTER - HEUBNER

Esta doença não frequente tem-se relacionado nos últimos anos pelos auctores, a uma disfunção de suprarrenal; um argumento de valor para os que sustentam essa relação é a semelhança do quadro clínico da doença espontânea com o da doença experimental e as lesões anatómicas iguaes, além da reação á terapia hormonal.

O quadro clínico da doença celiaca está caracterizado pelos seguintes sintomas:

- 1) diarréa, e dilatação intestinal que causa distensão abdominal;
- 2) hidrolabilidade;
- 3) hipofosfatemia;
- 4) diminuição do crescimento e osteoporose;
- 5) grande hipotonia dos musculos estriados;
- 6) anemia por hipoglobulia e hipocromia.

LASZT e VERSÁR reproduzem em animais este quadro, intoxicando cronicamente ratos, com ácido monoiodoacético. Os sintomas são os mesmos, e na autópsia acham sempre uma hipertrofia considerável das suprarrenais, que para esses auctores, seria compensadora.

Eles pensam que tanto na doença espontânea como na experimental ha um mecanismo comum e que tudo seja devido a uma insuficiência suprarrenal, ainda mais que a intoxicação monoiodoacética pode-se curar com hormônio cortical.

No animal intoxicado ha uma inibição dos processos de fosforilização nos musculos.

HIPERCORTICO — SURRENALISMO

SINDROMA GÊNITO-SUPRARRENAL (Apert)

Congênito: pseudohermafrodismo;

Infância: puberdade precoce.

Post- puberal: virilismo suprarrenal.

Estes quadros seriam devidos á ação do hormônio masculinizante da cortical sobre a glandula sexual ou tambem, como afirma KRABBE, parece devido a tumor suprarrenal formado por células testiculares incluídas na suprarrenal.

Pseudohermafrodismo: Mais frequente na mulher. E' um quadro caracterizado pela presença de glandulas sexuais de um sexo, e caracteres secundarios do outro.

Genitais externos: Masculinos. Hipertrofia do clitoris, com ereção ou não. Bolsas sem testiculos. Prostata e vesículas seminais.

Genitais internos: femininos. Ovários atróficos. Amenorréa.

Pelos com disposição masculina. Voz rouca.

Psiquismo geralmente masculino.

Anatomia patológica: Tumor benigno da suprarrenal. Raramente revelado pela radiografia.

Puberdade precoce: Geralmente antes dos 10 annos.

Desenvolvimento precoce da sexualidade: A puberdade aparece entre 6-8 annos nos meninos: desenvolvimento precoce muscular e osseo e dentario. Abundantes pelos de tipo adulto; voz grossa. Penis, testiculos e bolsas muito desenvolvidos, como no adulto.

Nas meninas: a menstruação aparece muito cedo (6 annos mais ou menos) tambem em desenvolvimento precoce osseo e dentario, pelos pubianos e axilares como na adulta, clitoris e labios desenvolvidos.

Frequentemente se observa em ambos os sexos uma obesidade de tipo hipofisario.

Virilismo suprarrenal: No sexo feminino aparecem caracteres sexuais masculinos: regressão dos caracteres femininos.

Amenorréa quasi sempre brusca e definitiva. Perda da libido.

Hipertrofia do clitoris: atrofia dos grandes labios e utero.

Hirsutismo: aparecem pelos na barba, bigodes, mamelão, linha branca abdominal. Pelos pubianos adquirem tipo masculino.

Voz grave; troca do caracter. Aumento da força muscular.

Aumento do metabolismo basal. Aumento do colesterol sanguíneo, e dos cloretos, aumento de hormonas androgenicas na urina, aumento de Na e diminuição do K.

Policitemia- Hipertensão com bradicardia.

Frequente obesidade, e estrias e pigmentações da pelle.

Anatomia patológica: Desde uma simples hiperplasia a um adenoma benigno, ou mais raramente um córticosurrenaloma maligno.

Estes sindromos genito-suprarrenais podem tambem ser devidos a um adenoma basófilo de lobo anterior da hipofise ou um arrenoblastona do ovario. Frequente obesidade, e estrias e pigmentações da pelle.

HIPERSUPRARRENALISMO MEDULAR

PARAGANGLIONA HIPERTENSIVO

Começa: entre os 25 a 35 anos. Afecção muito rara, descrita por DANZELOT em 1928.

Patogenia: Para VAQUEZ, o quadro parece ser devido a uma adrenalínia massiva que excitando o esplancnico parece causar uma vasoconstrição de seu território arterial.

Sintomas: Crises paroxísticas espontaneas ou depois de uma emoção, que duram de 10 a 15 minutos com: dispnéa, dores anginoides pectorais e abdominais, cainbras nas pernas. Hipertensão (22-25 de máxima), taquicardia (100-120 por minuto). Rosto pálido e angustiado, extremidades frias. Suores profusos. Náuseas, vomitos. Sensação de formigamento e cainbras nas extremidades, cefaléa. tremor. Hiperglicemia, glicosuria. A auscultação revela um forte clangor do 2.º tono aórtico. Uma vez parada a crise, cai a pressão e fica uma extrema fadiga. Quando as crises se repetem a meude o enfermo pode morrer de uma insuficiencia cardiaca ou pode passar á cronicidade motivando-se uma hipertensão permanente.

Anatomia: Foram achados tumores de células adrenaligenas.

Tratamento: A extirpação do tumor faz desaparecer as crises.

SINDROMA SUPRARRENO-VASCULAR DE JOSUÉ

Hipertensão: (Max. 20-21) no começo ha crises vasculares para logo ser permanente.

Hipertrofia cardiaca e ruido de galope: Esclerose aórtica.

Anatomia patológica: Foram constatados na autópsia; uma hiperplasia cortical e medular.

Depois da puberdade pôde determinar uma obesidade com hipertricose (lembrando o síndrome de Cushing).

b) Na mulher em idade muito jovem ou em casos congênitos: ocasiona o chamado pseudo-hermafroditismo:

Antes da puberdade determina um virilismo com frequente obesidade. A obesidade é de preferencia facial e troncular; hipertrofia muscular; hipertricose, voz rouca; alterações da pele que se torna seca, avermelhada, grossa e frequentemente com acne; do lado sexual: pubis hipertricotico e a disposição masculina, labios maiores hipertrofiados assim como também o clitoris; parada da menstruação.

Na vida sexual: menstruações escassas e depois amenorréa, falta de libido, frigidez; hipertricose, frequente cefaléa; obesidade do tipo Cushing (as vezes com rosto congestionado), voz masculina; pele grossa e seca; hipertrofia dos grandes labios e do clitoris. Nas jovens os seios não se desenvolvem, e parecem de tipo masculino.

Frequentemente hipertensão, continua ou paroxística, cefaléas, edemas; forte desenvolvimento muscular.

Depois da extirpação do tumor reaparece a menstruação, o libido, caem os pelos, diminue o clitoris, abaixa a pressão, etc.

Na menopausa: obesidade e hipertricose, sem transtornos sexuais. As vezes diabetes (no tipo Achard-Thiers).

Diagnostico: O diagnostico do tumor suprarrenal é muitas vezes difícil de ser demonstrado, devendo-se recorrer a diferentes meios para a confirmação:

- raios X, sobretudo em pielograma;
- injeção intraperitoneal de ar (metodo de Langeron);
- injeção de ar no espaço da facia perirenalis (met. Caselli);
- dosagem de hormônios; R. T. FRANK (1934) demonstrou a produção de grande quantidade de foliculina, sem aumento de hormônio gonadotrope e com test negativo da gravidez.

Diagnostico diferencial: O diagnostico tem as vezes consideravel dificuldade; o hirsutismo ou síndrome genito suprarrenal pode observar-se em quadros clinicos de origem diversa: no síndrome de Cushing, no arrhenoblastoma do ovario, nos tumores da suprarrenal (cortical), em certos tumores do timo, ficando ainda algumas formas leves que não respondem a nenhuma causa patologica, e consideradas de causa idiopatica.

Do ponto de vista do hirsutismo puro segundo Goldzieher e Koster o hirsutismo de origem pituitaria: é de tipo penugem, sedoso e mais denso no rosto.

O de origem ovarico: é universal, de tipo masculino.

O de origem suprarrenal: constituido de pelos grossos, escuros, localizados na barba e nos labios e também em todo o corpo.

No hirsutismo pineal, geralmente ocasionado por teratomas, ha quasi sempre puberdade precoce, sintoma de tumor cerebral, e falta a obesidade com estrias.

No síndrome de Cushing o quadro é mais completo e póde se verificar pela radiografia o tumor hipofisario. E' necessario notar porém que foram descritos na literatura casos de síndrome de Cushing com hipofise intata achando-se contudo tumor da cortical suprarenal e até uma simples hiperplasia dela.

No arrhenoblastoma de Meyer é frequente a falta de obesidade e não ha hipertensão.

Anatomia patologica: Nos casos de adenoma suprarrenal com virilismo, as celulas, segundo os estudos de BROSTNER e VINES em 1933, confirmados depois por GOLDZIEHER e KOSTER, apresentam granulações fuscínofilas; mesmo nos casos de obesidade com virilismo, sem tumor da suprarrenal vêm-se essas granulações nas celulas da zona reticulada da cortical engrossada.

Nos casos de tumores sem transtornos sexuais não se notam essas granulações. Por isso estes autores relacionam as granulações fuscínofilas com o virilismo; ha sempre tambem aumento dos lipides. As metastases destes tumores produzem os mesmos sintomas endocrinos. POOKE e CALLOW em 1939 encontram grande quantidade de substancias androgenas e de trans-dehidro-androsterona no sangue em casos de síndrome de Cushing por tumor suprarrenal; R. T. FRANK achou grande quantidade de substancias estrogénicas em dois casos. Já dizemos os resultados dos estudos de Crooke (1935) em varios casos de síndrome de Cushing estudados por ele.

Tratamento: As indicações terapeuticas são: a radioterapia e a extirpação do tumor, que pódem melhorar o quadro clinico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CANNON W. B. — The Adrenal Medulla. Bull. of the N. Y. Acad. of Med., January, 1940.
- 2 — BAUER J. — Rindenhormon. Klin. Woch. 1935, s. 361.
- 3 — LOEB F. — Adrenal cortex. J. Amer. Med. Ass. 1935, pg. 177.
- 4 — TADDEA S. — Nebennieren. En: Normale und krankhafte Steuer. Adams. 1937, edição Fischer, Jena.
- 5 — MARAÑÓN G. — Insuficiencia suprarrenal. O Hospital. 1938, Jan.
- 6 — ANNES DIAS — Os problemas clinicos da insuficiencia suprarrenal. Acta Medica. N.º 1 — 1938.
- 7 — E. RYNEARSON — The treatment of Addison's disease. J. A. M. A. 1938, pg. 897.
- 8 — ANNES DIAS — Insuficiencia suprarrenal. Presse Med. 6-11-1940, p. 897.
- 9 — MARAÑÓN — Síndromes abdominales de origen endocrino. Bol. Acad. Nac. Medic. de Buenos Aires. 10-1939.
- 10 — Idem. Insuficiencia suprarrenal y función sexual. Presse Méd. 1936, pg. 2057.
- 11 — R. RIVOIRE — Le traitement de la maladie d'Addison. La Pr. Méd. 1935. 13-VII, pg. 1122.

- 12 — G. W. THORN, W. M. FIROR — Desoxycorticosterone Acetate Therapy in Addison's Disease. Clinical considerations. The J. A. M. A. June 29-1940, pg. 2517.
- 13 — E. PERRY McCULLAGH, E. J. RYAN — The use of desoxycorticosterone acetate in Add.'s disease. Idem. Idem, pg. 2530.
- 14 — E. S. GORDON — Use of desoxycort. and its esters in Add.'s disease. Idem. Idem, pg. 2549.
- 15 — THOMPSON e colab. — Endocrinology. Vol. 24. VI-1939.
- 16 — CAHILL, LOEB, KURZROK, STOUT, SMITH — Adrenal Cortical Tumors. Clinical Congress of the Amer. Coll. of Surgeons. S. Francisco. October 28 — November 1-1935.
Surgery, Gynecol. and Obst. February 15-1936.
- 17 — GOLDZIEHER and KOSTER — Am. J. Surg. 1935, 77:93.
- 18 — BROSTNER and VINES — The Adrenal Cortex. London: Lewis. 1933.

Novidades bibliograficas.

ENDOCRINOLOGIA

Compendio teorico-pratico

pelo Prof. Dr. D. M. GONZALEZ TORRES

Um volume encadernado em tela, com 350 pgs. e 53 figuras.

Preço do exemplar: 60\$000

Pedidos a: LUIS DUBREZ — Rua S. Bento 357, 2.º andar, S. 3.

LIVROS DE MEDICINA

Consultem preços e condições
com os seus colegas:

EDGARD SCHROEDER SAN JUAN

RUA BARÃO TATUHY, 120

3.º ANO

5-1608

PAULO PEREIRA CORREIA

RUA HELVETIA, 760

3.º ANO

5-4238

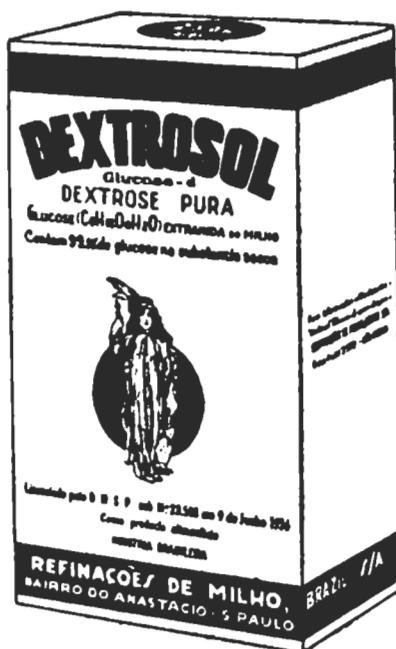
*Úlceras
gastro-duodenales*



PRODUCTOS "ROCHE" S. A. — RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 — RIO

DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



**"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"**

**E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.**

TRATAMENTO DO REUMATISMO CÁRDIO-ARTICULAR

DR. REYNALDO CHIAVERINI

GENERALIDADES

Conceito — O reumatismo cárdio-articular constitui na atualidade um problema tão importante e tão grave para a patologia e a terapêutica quanto o foram a tuberculose e a sífilis no passado. Como a tuberculose e a sífilis, esta doença atinge uma parcela notável do gênero humano; como a tuberculose e a sífilis determina, com o tempo, uma série de lesões, frequentemente irreparáveis, em diversos órgãos. Contudo o estudo do reumatismo está atrasado em relação ao estudo da sífilis e da tuberculose, apesar da investigação paciente, metódica e obstinada dos cientistas de todo o mundo e este atraso se revela pela obscuridade que ainda reina em tudo quanto diz respeito à sua etiopatogenia e conseqüentemente, pela eficácia muito limitada dos processos terapêuticos de que hoje nos valem para dar-lhe combate. Assim, somos, pois, obrigados a confessar que sabemos atualmente tanto do reumatismo quanto sabíamos da sífilis antes da descoberta do treponema e que tratamos o reumatismo como tratávamos a sífilis antes do advento dos arsenicais trivalentes.

O conceito de reumatismo evoluiu notavelmente desde que Bouillaud, em 1840, relacionou, pela primeira vez, o reumatismo poliarticular com as endocardites agudas e as endocardites crônicas com as lesões valvulares crônicas. Consideravam-se, todavia, os fenômenos articulares como doença fundamental e as outras manifestações, particularmente as cardíacas, como complicações: daí as denominações de *reumatismo articular*, *reumatismo poliarticular agudo*, *poliartrite reumática*. Ao contrário, o conceito atual é muito mais amplo, considerando equivalentes, sob o ponto de vista patogênico, todas as manifestações clínicas do reumatismo, quer elas se instalem primitivamente no sistema nervoso central, no tecido celular subcutâneo, nas articulações no coração, quer elas se manifestem contemporaneamente em diversos órgãos. Daí as denominações modernas de *granulomatose reumática*, *doença reumática*, *estado reumático*, *febre reumática*, *reumatismo cárdio-articular*. Na realidade nenhuma destas denominações está isenta de críticas e resolvemos adotar a última simplesmente por comodidade, pois que ela nos traz logo à mente as duas mais importantes e mais frequentes manifestações do reumatismo, isto é, as manifestações cardíacas e as manifestações articulares.

Etiopatogenia — Se é verdade que o conceito de reumatismo evoluiu consideravelmente no sentido de uma maior extensão do mesmo, pouco de certo, se tem conseguido saber acêrca da sua verdadeira etiologia. Segundo a crença geral o reumatismo é uma doença infecciosa. O fato de o reumatismo se seguir frequentemente a uma infecção estreptocócica, principalmente amigdaliana; o fato de se encontrar esporadicamente no sangue, nas articulações, nos derrames cavitários dos portadores de reumatismo o *Streptococcus*, tem levado muitos autores a admitir a origem estreptocócica da infecção reumática. Uma modalidade desta teoria etiológica estreptocócica do reumatismo é a teoria de Shick que admite serem os fenômenos reumáticos expressão de reação alérgica dos tecidos às toxinas do *Streptococcus*. Mais recentemente, a partir dos estudos de Schlesinger, Signy, Amies e Bernard, tem sido considerada a hipótese de ser o reumatismo uma infecção por vírus filtrável. Esta questão foi novamente focalizada, há poucos anos, por Eagles e colaboradores, mas as experiências levadas a cabo por estes autores têm dado resultados contraditórios. Concluindo, pois, podemos repetir com White que não foi ainda determinado se as reações que se observam nos tecidos reumáticos são devidas a um vírus ou a toxinas bacterianas ou ainda se surgem indiretamente como resposta alérgica desses mesmos tecidos á ação desses vírus ou toxinas.

Outro problema para o qual ainda não foi encontrada solução é o referente á porta de entrada da infecção reumática. Há, na realidade, tendência para se considerarem como eventuais portas de entrada para o reumatismo os diversos focos de infecção, atribuindo-se sobretudo grande importância aos tecidos linfóides da faringe, mas sem se excluírem os focos de infecção dentária, sinusal, broncopulmonar, gastro-intestinal, etc. Infelizmente, porém, como veremos, nem sempre estas concepções mais ou menos teóricas referentes ao papel desempenhado pelos focos de infecção na patogenia do reumatismo, encontram apóio em clínica: e não deixa de ser por vezes decepcionante para o clínico o fato de um reumatismo evoluir impertubável e implacavelmente a-pesar-das amigdalectomias e das adenoidectomias esperançosamente indicadas. Voltaremos mais tarde a êste assunto.

As estatísticas de autores estrangeiros e pessoais nos mostram que varios fatores influem na incidência do reumatismo cárdio-articular. Antes de mais nada a febre reumática é doença própria dos climas temperados, sendo a sua incidência mínima nos trópicos. Ela atinge com maior frequência o sexo feminino e, segundo alguns autores (Stone e Vanzant), mas não na nossa estatística, é sensivelmente mais comum no branco do que no preto; incide sobretudo no adolescente e no adulto jovem, parecendo mesmo que quanto mais precoce for a sua aparição maiores serão as probabilidades de recorrências e de comprometimento cardíaco.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico consideram-se quasi patognomônicos do reumatismo os corpúsculos de Aschoff, qualquer

que seja o tecido onde os mesmos se encontram. Atuando sobre o endocárdio a febre reumática determina a endocardite simples ou verrucosa, cujas sequelas são as lesões valvulares crônicas; atuando sobre o miocárdio determina as miocardites reumáticas; atuando sobre o pericárdio ocasiona as pericardites fibrinosas ou sero-fibrinosas; além disso o reumatismo pode-se instalar nas coronárias, originando coronarites, na aorta ou, mais raramente, em quaisquer outras artérias.

Diagnóstico, complicações e prognóstico — Não está nos moldes desta aula de terapêutica entrar em pormenores referentes à sintomatologia clínica do reumatismo cárdio-articular. Resumidamente diremos que na prática são dois os problemas diagnósticos que se nos deparam com maior frequência: 1.º) diagnóstico genérico de doença reumática e 2.º) diagnóstico específico de localização cardíaca da doença reumática. O diagnóstico genérico de doença reumática atual pode ser muito fácil, na presença das suas habituais manifestações, quais a poliartrite reumática, a coréia de Sydenhan, os nódulos reumáticos subcutâneos (aliás pouco frequentes, segundo nos parece, no nosso meio). Nos casos duvidosos podem ser de alguma ajuda para o diagnóstico a evidenciação de uma leucocitose geralmente discreta, de um aumento da velocidade de sedimentação das hematias e a intradermorreação positivo para o filtrado tóxico do estreptococco hemolítico; é, porém, de notar que esta ultima reação pode resultar positiva em outras infecções pelo estreptococco hemolítico, independentemente da existência de febre reumática. Quanto ao diagnóstico específico de localização cardíaca da doença reumática, êste nem sempre é fácil, podendo ser mesmo impraticável durante todo o período de ataque da doença antes, isto é, que se instalem definitivamente as lesões estruturais mais ou menos características para o lado dos tecidos cardíacos: nesses casos o aparecimento ou a modificação dos caracteres anteriores de um sôpro cardíaco, a taquicardia de grau maior do que a que corresponderia á febre, as alterações eletrocardiográficas, são elementos de algum valor, mas não de valor incontestável, para o diagnóstico de cardiopatia reumática.

Já vimos anteriormente que a localização cardíaca da febre reumática não pode nem deve ser considerada complicação e sim, apenas, como uma das várias manifestações da doença. Instalada a cardiopatia reumática, esta pode ser origem de uma complicação temível, a endocardite bacteriana subaguda, que será objeto de estudo de uma das próximas aulas.

O prognóstico de reumatismo cárdio-articular varia notavelmente nos diferentes casos. E' bom nas formas oligossintomáticas e não recorrentes, com sintomas limitados ás articulações ou ao sistema nervoso (coréia). Já nas formas polissintomáticas e, sobretudo, nas formas recorrentes é mais difícil o coração escapar ileso e o ataque ao coração piora evidentemente o prognóstico, sobretudo quando é atingido o miocárdio (miocardite). De um modo geral, o portador

de cardiopatia reumática morre entre a segunda e a quinta décadas de vida, podendo a morte ser causada diretamente por insuficiência cardíaca quer por complicações infecciosas. Segundo White, a sobrevida na cardiopatia reumática pode ser calculada em 10 a 20 anos de atividades limitadas e mais 2 a 5 anos de invalidez parcial ou total, a não ser em casos de ataque muito leve ao coração, em que a sobrevida pode mesmo ultrapassar os 40 anos: e certos doentes felizes e ciosos de sua saúde podem vir a falecer de outra doença qualquer não relacionada com o coração (White).

TRATAMENTO

Para maior facilidade de exposição estudaremos separadamente o tratamento da doença reumática como tal e o tratamento da localização cardíaca da doença reumática, terminando com algumas considerações sobre a profilaxia de uma e de outra.

Tratamento da febre reumática — Focalizaremos aqui sobretudo o tratamento das manifestações articulares da febre reumática, aliás as mais comuns e, para maior clareza, estudaremos antes as medidas higieno-dietéticas e depois o tratamento "específico".

Medidas higieno-dietéticas: O doente com febre reumática ativa atingindo as articulações de forma aguda deverá ser mantido no leito em decúbito dorsal e com as articulações protegidas por algodão ou mesmo por gaiolas de arame, pois a dor é, por vezes, tão forte que o próprio contacto com os lençóis é penoso. Uma boa higiene da pele e da mucosa bucal é naturalmente indicada como para todas as infecções agudas.

No tocante á alimentação, esta deve ser tão rica e variada quanto mais longa fôr a doença. Se a febre for elevada e os suores profusos, o que é comum, a quota líquida deve ser grande e administrada sob a forma de laranjadas e limonadas, por seu teôr em vitaminas, e sob a forma de água Prata, pelo seu teôr em bicarbonato, útil no caso de tratamento pelo salicilato.

Tratamento "específico": O grande remédio da infecção reumática é ainda hoje o salicilato de sódio. Caberia aqui, talvez, entrar em uma discussão puramente doutrinária a respeito da tão duvidada ação específica do salicilato no tratamento do reumatismo. De fato, os velhos compêndios clássicos consideram, em sua maioria, o salicilato como específico da febre reumática, afirmando que ele realiza não só a cura sintomática da doença como também a encurta e previne a sua localização cardíaca. Que alguma coisa do real exista em tal asserção é fato comprovado. Efetivamente o salicilato não age apenas como analgésico, como se procurou asseverar; ele domina prontamente a febre e melhora sensivelmente os fenômenos articulares. E, como muito bem acentua Beckmann, se com a morfina, e outros analgésicos que não pertençam ao grupo salicílico, se consegue eli-

minar a dor, eles não modificam em absoluto os outros sintomas. Assim sendo, a primeira impressão que teremos ao administrar o salicilato é que êle seja um verdadeiro específico qual é o arsênico para a lues e esta convicção será tanto mais firme se lembrarmos que êle é bactericida *in vitro*. As estatísticas, porém, falam mais positivamente do que as impressões clínicas e elas provam que o salicilato não só não abrevia a duração total da doença reumática como também não elimina a possibilidade de localização cardíaca da mesma; além disso não foi possível demonstrar-se o aumento dos anticorpos sanguíneos durante o tratamento salicilado. Resumindo, pois, podemos concluir que o salicilato não constitue um verdadeiro específico da infecção reumática, se bem que a sua administração possa ter um efeito benéfico sobre as manifestações articulares da mesma. Por outro lado não parece estar provada qualquer ação depressiva do salicilato sobre o miocárdio em doses terapêuticas.

De todos os salicilatos o único que se usa na prática é o salicilato de sódio, corpo sólido, cristalino, de sabor desagradavel, muito solúvel na água. Rapidamente absorvível é de fácil eliminação e seu principal inconveniente é o de provocar irritação gástrica, sobretudo com doses relativamente altas, irritação essa que se manifesta sob a forma de azia, náuseas e vômitos só parcialmente corrigidos pela adição de dose igual ou dupla de bicarbonato de sódio, segundo parece, para evitar a formação de ácido salicílico livre no meio ácido do estômago. Outros efeitos secundários e desagradáveis que indicam saturação e mesmo intoxicação são: zumbidos nos ouvidos, diminuição da acuidade visual, transpiração abundante, peso na cabeça, dispnéia, sonolência, delírio, convulsões e coma; êstes sintomas são parcialmente dependentes de acidose. E' interessante notar que a sensibilidade para com a droga varia de extremo a extremo. Há pessoas, raras, em verdade, que a toleram bem, por semanas a fio, nas doses diárias de 10 a 12 gramas; outras que ás primeiras doses apresentam vômitos de tal natureza que a suspensão da droga se impõe para não somar outra causa de malestar ás dores já muito intensas que mantêm o doente prostrado no leito.

O salicilato de sódio é administrado na dose média diária de 8-12 gramas, adicionado a dose igual ou dupla de sal de Vichy. Raramente é necessário ou possível recorrer a doses maiores, de 16 e mesmo 20 gramas diárias. Para crianças em idade escolar a dose será a metade da do adulto. Na primeira infância raramente teremos que recorrer a êle, pois que nesta são raras as formas de grande reumatismo, ao mesmo tempo que são relativamente frequentes as formas frustas, pouco dolorosas. São três as vias de administração usadas: oral, venosa e retal.

Quando se usa a droga *per os*, parece preferível administrá-la em doses parceladas e pequenas, ao envez de 2 a 3 doses grandes. Além disso aumenta-se a tolerância gástrica administrando o medicamento na hora das refeições, pois que assim se dilue o seu efeito irritante sobre a mucosa gástrica. A-pesar-de todos estes cuidados,

por vezes a intolerância é absoluta desde o início ou esgota-se em poucos dias e somos então obrigados a diminuir progressivamente as doses perorais. Se as melhoras se mantiverem, prosseguiremos assim regulando a dose, por um lado, de acôrdo com a tolerância do paciente, por outro lado, de acôrdo com a evolução do caso. Caso, porém, a tolerância se esgote antes de termos obtido uma melhora clínica sensível ou o estado do doente piore com a diminuição da dose, recorreremos as outras vias de administração.

Para a administração por via endovenosa poderemos formular:

Salicilato de sódio	2,0 grs.
Cafeína	0,05 gr.
Soro glicosado a 10%	10,0 cc.
Para 1 emp. Est. e m. F. por via venosa	
2 empolas ao dia.	

Como se vê, a administração por esta via é limitada e, porisso, em caso de necessidade, poderemos recorrer á via retal.

Para a administração do salicilato por via retal, poderemos usar supositórios, clister medicamentoso ou gota a gota retal. Querendo usar supositórios, formularemos:

Salicilato de sódio	2,0 grs.
Extrato tebáico	0,005 gr.
Manteiga de cacáu	q. s.
Para um supositório. F. s. a. M. 20. Aplique	
4-5 ao dia.	

Para a administração em clister, poder-se-á recorrer á técnica de Hyen, que consta essencialmente do seguinte: lavagem intestinal mediante 500-1.000 cc. de solução de bicarbonato de sódio a 1%; em seguida introdução, mediante seringa e sonda retal na profundidade de 15-20 cms., da seguinte solução:

Láudano de Sydenhan	XX-XXX gotas
Salicilato de sódio	6-10 grs.
Água dist. ou amidonada	100-180 cc.
Recomendando-se reter.	

Na forma gota a gota retal os cuidados prévios são os mesmos. Neste caso emprega-se uma solução isotônica de salicilato de sódio á qual se adiciona 1 grama de tintura de ópio ou de láudano, sempre o mesmo escopo de evitar o peristalismo intestinal. Com esta última técnica pode-se conseguir introduzir grandes doses de salicilato, com boa tolerância, sob o ponto de vista terapêutico, mas talvez com demasiada relutância por parte do paciente. Porisso mesmo estes dois últimos métodos talvez tenham mais indicação em doentes hospitalizados.

Quando, por qualquer motivo, nenhum dêstes processos seja praticável ou quando o doente tenha uma sensibilidade geral, verdadeira idiosincrasia pelo salicilato, manifestando-se com facilidade fenômenos tóxicos, devemos recorrer a um substituto e, dentre estes,

sobressae o ácido acetilsalicílico ou aspirina, usada na dose de 3-4 grs, diárias em geral associada á cafeína. Há ainda o éster salicílico do ácido salicílico, que se encontra no comércio com os nomes de diplo-sal e etisil, empregados na dose de 4-6 vezes ao dia 2 comprimidos. Há, finalmente, o ácido fenilquinolincarboxílico ou atophan, usado na dose de 2-4 grs. diárias, que apresenta, porém, a conhecida toxicidade para com o fígado, como o revelam numerosos trabalhos recentes.

Grande número de outros preparados e processos terapêuticos foram preconizados para o tratamento da infecção reumática. Na impossibilidade de entrarmos em pormenores citaremos, de passagem apenas, o mercúrio-cromo, os preparados á base de iodo e enxofre, injeções de leite, as sulfamidas, e, finalmente, grande número de vacinas soros, lisados estreptocóccicos, que constituem inúmeras especialidades farmacêuticas. Na realidade, não há estudos completos e demonstrativos a respeito de todos êstes métodos de tratamento e, na prática, teremos que nos limitar, o mais das vezes, ás drogas anteriormente citadas. O verdadeiro tratamento causal da febre reumática não foi em verdade descoberto, mesmo porquê há antes que resolver o problema etiológico da mesma.

Os critérios para se considerar o doente curado (é sempre uma cura relativa, pois que são sempre possíveis novos surtos agudos) são: temperatura normal, pulso abaixo de 90, leucocitose abaixo de 9.000, velocidade de sedimentação das hemátias normal, aumento de pêso, desaparecimento, enfim, do estado infeccioso. Antes disso o doente deverá manter-se no leito em repouso que se prolongará por tanto tempo quanto perdurarem os sintomas e sinais de atividade da infecção, j relatados. Via de regra, serão necessários, em média, dois meses de inatividade; há casos, porém, em que período de repouso deverá prolongar-se por diversos meses, antes que se possa considerar o doente em convalescença.

Uma vez instalada a convalescença, a alimentação deverá ser rica, para facilitar a restauração de estado hígido e serão aconselhadas massagens nos membros e exercícios moderados para o restabelecimento da circulação normal e da função muscular por muito tempo inativa. Para êste período de convalescença existem em alguns centros adiantados, particularmente nos Estados Unidos, hospitais especializados, onde são só internados os jovens que acabam de vencer um surto de febre reumática com ataque certo ou provável ao coração: nesses hospitais, sob uma orientação médica escrupulosa, as crianças são reeducadas para a vida ativa e recebem mesmo instrução, por períodos que variam de poucos a diversos meses, afim de lhes ser possibilitado, mais tarde, o exercício de funções sedentárias mais compatíveis com o seu novo estado de invalidez permanente de maior ou menor grau.

Tratamento da cardiopatia reumática — Não nos queremos referir aquí ao tratamento da cardiopatia reumática na fase ativa de

invasão, de difícil identificação clínica e que se confunde, aliás, com o tratamento da febre reumática em si, e sim ao tratamento da cardiopatia reumática já instalada. O tratamento da cardiopatia reumática, qualquer que seja a forma de que ela se revista, resume-se essencialmente no tratamento geral de todas as cardiopatias e baseia-se sobretudo, na obediência, por parte do doente, de um regime higiénico, cujos pormenores serão estudados em: uma das próximas aulas. Para que êste regime higiênico surta bons resultados, são porém, imprescindíveis a boa vontade e o perfeito entendimento por parte do doente e de sua família. Lançar-se-á, particularmente, mão de todos os meios capazes de prevenir por ventura a recorrência de novos surtos de doença reumática (v. adiante), pois que os mesmos agravam, via de regra, as lesões cardíacas preexistentes. No mais, não existe nenhum tratamento particular para a cardiopatia reumática em si. Foi, em verdade, tentada a valvulotomia mitral, nos casos de estenose, com o fito de transformar a estenose em insuficiência, geralmente mais bem tolerada; mas, sem contar as dificuldades de técnica e o risco inerente á intervenção cirúrgica, não se pode excluir que a cicatrização valvular venha a restabelecer a estenose. Eventualmente, nos casos de grande hipertrofia cardíaca, pode ser indicada, com algum sucesso, a ressecção costal. Finalmente o tratamento da cardiopatia reumática compreende o tratamento das suas complicações, quais sejam, a fibrilação auricular, a insuficiência cardíaca e a endocardite bacteriana. subaguda: são todos assuntos de aulas próximas.

Profílixia do reumatismo cardioarticular — A profílixia do reumatismo cárdio-articular constitue uma tarefa ingente mas, infelizmente, é ainda um problema sem solução. Tempo houve, há alguns anos, em que se depositou grande confiança no uso da amigdalectomia e da adenoidectomia como medidas profiláticas contra o reumatismo, contudo, com resultados desapontadores, de acôrdo com a maioria dos autores norte-americanos que foram, aliás, de início, entusiastas pelo método. E hoje somos obrigados a confessar que não existe qualquer processo capaz de impedir a eclosão do primeiro surto reumático.

Se nada conseguimos na profílixia do reumatismo, igualmente pouco conseguimos obter na prevenção de um novo surto reumático em doentes que já o tiveram uma vez. Aquí também foi, de início, proposta a amigdalectomia como medida preventiva, mas, de acôrdo com os trabalhos mais recentes, principalmente os de Finland e colaboradores e de Allan e Baylor, a amigdalectomia e adenoidectomia, como medidas rotineiras, deram resultados pouco animadores. Apesar-disso, porém continua-se a aconselhar essas medidas, que são particularmente indicadas nos casos em que as amígdalas sejam sede de processo inflamatório crônico: como quer que seja a amigdalectomia só deve ser indicada na convalescença da febre reumática, afim de evitar exacerbações do processo mórbido e deve ser contra-

indicada na hipótese de se encontrar o paciente em insuficiência cardíaca, durante todo o decurso da mesma.

Indicam-se ainda como meios profiláticos das crises reumáticas recorrentes a melhora geral das condições vegetativas de vida, a mudança para climas quentes, a aplicação de meios eventualmente capazes de evitar resfriados e outras afecções inflamatórias rino-faringo-brônquicas. Alguns autores têm finalmente recomendado a radioterapia precordial com fito de impedir ou diminuir a intensidade das lesões cardíacas no decurso de um surto reumático agudo. Leaman, porem, duvida dos resultados de tal procedimento.

Resumindo, portanto, toda esta série de considerações que fizemos sobre o reumatismo cárdio-articular, podemos concluir pelo mesmo conceito com o qual as iniciámos: isto é, que, a-pesar-de ser esta doença atualmente tão importante em medicina quanto a sífilis e a tuberculose, estamos ainda hoje praticamente desarmados no que diz respeito á sua profilaxia e pouco podemos fazer para o seu tratamento, já que quasi nada sabemos acêrca da sua etiopatogenia



BRUNO ZARATIN

16.º TABELIÃO DE NOTAS

Rua Marconi, 100

Telefones

4-2880

4-2881

S. P A U L O

A SÍNDROME E RAQUEANO

JOSÉ BARROS MAGALDI

Assistente extra-numerário de Clínica Médica na Universidade de São Paulo, (Serviço do Prof. Almeida Prado). Encarregado de Exames médicos dos alunos da mesma Universidade.

SÍNDROME E RAQUEANO

A palavra síndrome, em português, tem sido escrita e pronunciada das mais variadas maneiras, mudando-se-lhe a cada passo o gênero, a tônica, a terminação.

As seguintes formas são muito contraditórias e foram colhidas em bons autores:

o síndrome, *o* síndroma, *o* síndromê;
a síndroma, *a* síndromê;
o síndrômo, *o* síndrôma, *a* síndrôme;
a síndrôma, *a* síndrôme.

Como quasi só os médicos usam tal palavra será fácil adotar a forma correta.

A sílaba tônica em latim ocupa somente dois lugares: a penúltima, se esta é longa, como em *regína*, ou a antepenúltima quando a penúltima é breve, como em *dóminus*.

Em grego, entretanto, dá-se o que não pode acontecer em latim, isto é, a tônica pode estar no fim da palavra, pode recair sobre a sílaba última, como por exemplo em *ποταμός*, *potamós*, o rio.

Dessa diferença decorre que a prosódia latina é insuficiente para representar a fonologia helênica. Portanto, três caminhos podiam seguir os romanos quando introduziam em sua lingua uma palavra grega: ou pronunciavam-na de acordo com as regras da lingua de origem, ou alteravam a sua forma, latinizando-a ou pronunciavam-na de acordo com as regras de sua própria lingua.

No primeiro caso era ir contra as leis que já determinaram, no latim, que a queda da tônica fosse sempre na penúltima e antepenúltima sílabas, era abrir exceções, era ir contra a sua fonética. No segundo necessitavam de mutilar a palavra, tornando difícil a investigação de origem. O mais lógico, pois, era tomar a palavra

grega intacta e pronuncia-la pela prosódia latina, levando, é claro, em conta a quantidade das sílabas gregas. O gênero e a desinência seguiriam as declinações correspondentes.

Do latim ao português essas palavras deverão sofrer as mutações que as leis glotológicas determinam.

A palavra *συνδρομή*, *syndromè*, que quer dizer concurso, passando para o latim continuará feminino, pois o é em grego e manterá a desinência *e*. Mas será pronunciada de acordo com a fonologia latina. Não podendo continuar oxítona, por ser contra a índole da língua, o acento tônico deve recuar para a penúltima sílaba tornando-se o vocábulo paroxítono, de acordo com a lei geral. Acontece porém que a penúltima sílaba é breve por natureza, pois contem *o*. Não pode então ser a tônica. Resta a antepenúltima que é onde recai o acento quando a penúltima é breve: aqui vem recair a tônica na palavra *syndrome*. Os latinos só podiam, para ficarem dentro de sua fonologia, dizer *síndrome*, feminino.

Do latim ao português, uma vez que a passagem é direta, por via erudita, esta forma deve permanecer na grafia e na pronúncia, alterando-se, é óbvio, no que diz respeito à ortografia moderna.

O fato de existir a palavra *pródromo*, masculino, tem levado alguns autores a dizerem, por analogia, o *síndrome*. Mas não ha razão suficiente. *Pródromo*, do grego *πρόδρομος* (de *πρόδ*, na frente, adiante e *δρομος* carreira, corrida) já é originariamente masculino e tem a terminação *ος* que dará em português *o*.

Por outro lado por haver na nossa língua vários vocábulos em *ôma*, de *ωμα*, *ωματος*, houve tendência, por parte dos eruditos, em desvirtuar a forma da palavra que a etimologia está mostrando ser a *síndrome*, ou quando muito, como acentua Ramiz Galvão, a *síndroma*.

* * *

De *ραχίς, εως*, o português forma, do nominativo, *raque* (*rhache*) e não *raquis* como se tem escrito e pronunciado, pois a observação mostra que os nomes gregos em *ις* terminam na língua nossa em *e*, como *μυσοτις*, *miosote*, *νεκρός + πόλις* *necrópole*, etc.

Por outro lado o adjetivo quasi sempre usado é *raquidiano*.

Ora, não ha razão, tirante o desejo absurdo de copiar o francês *rachidien*, por sua vez errado, de introduzir na língua médica portuguesa uma forma que se não fundamenta na forma grega. De feito, só a existência de um genitivo em *ιδος* justificaria a introdução do *d* no vocábulo. Mas esse genitivo não existe. Aqui êle é, como já se viu, em *εως*. Assim pois, em português, só se pode, de *raque*, formar *raqueano*, nunca *raquidiano*. A não ser que se deseje usar o adjetivo *raquieu*, corretamente derivado de *ρακιάϊος*, só é aconselhavel a forma *raqueano* como adjetivo correspondente a *raque*.

SINTESE BIBLIOGRAFICA

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA MOLESTIA DE NICOLAS-FAVRE (Reticulo histiocitose linfogranulomatosa) em suas diferentes modalidades clínicas. Observações em torno de 34 casos — Prêmio Alves Lima do Departamento Científico C.A.O.C. — (Secção de Clínica de Molestias Tropicais e Infectuosas) — 1939 — Carlos da Silva Lacaz e Paulo Giovanni Bressan.

Os autores fazem um estudo sobre 34 casos de molestia de Nicolas-Favre nas suas diferentes modalidades clínicas, dividindo o seu trabalho em XIII capítulos, a saber: definição da molestia de Nicolas-Favre ou reticulo histiocitose linfogranulomatosa; sinonímia da molestia; principais dados históricos sobre a molestia de Nicolas-Favre; Etiologia da molestia de Nicolas-Favre e Inoculações experimentais; Variedades clínicas da molestia de Nicolas-Favre ou reticulo histiocitose linfogranulomatosa; Diagnóstico da molestia de Nicolas-Favre; Reação de Frei e outras provas biológicas afins; Histo-patologia da molestia de Nicolas-Favre; Tratamento da molestia de Nicolas-Favre; Profilaxia e prognóstico. Casos observados. Conclusões e Bibliografia.

A definição proposta pelos autores, englobando todos os aspectos clínicos da molestia é a seguinte: "A molestia de Nicolas-Favre ou reticulo histiocitose linfogranulomatosa é uma infecção determinada por um vírus filtrável e ultrafiltrável e que geralmente se transmite por intermédio das relações intersexuais. Na grande maioria dos casos a lesão primária passa despercebida, e após um curto período de incubação a molestia de denuncia clinicamente por uma adenite inguinal, uni ou bilateral. Os ganglios ilíacos podem igualmente ser atingidos pelo vírus. Com o evoluir do processo instala-se uma periadenite com formação de microabscessos intraganglionares e posterior fistulização. Na molestia de Nicolas-Favre, ao lado desta forma clássica e típica, outras modalidades clínicas existem, consideradas como formas atípicas ou aberrantes, com sede predominantemente genital ou ano-retal. Tanto numa como noutra forma os sintomas gerais são frequentes no cortejo sintomático da molestia. A febre, a prostração, as mialgias e as artralguas, assim como as perturbações na crase sanguínea se operam. Conclue-se pois que a molestia de Nicolas-Favre é antes de tudo uma infecção geral. Na sua forma de adenopatia inguinal, o prognóstico é bom, ao passo que se torna reservado nas formas atípicas, particularmente no síndrome gênito-ano-retal de Jersild".

No capítulo referente ao histórico da molestia, os autores citam os principais trabalhos sobre o assunto, particularmente os da escola nacional, tais como os de Ramos e Silva, Floriano de Almeida e José Oria, Jorge Lobo, José Maria Gomes, Paulo de Almeida Toledo, Salomão Fiquene, Luiz Batista, Eduardo Cotrim, Eugenio Mauro, Edmundo Vasconcellos, Paulo de Almeida Tibiriçá, Felipe de Vasconcellos e Alcantara Madeira, Mauad, Ancona Lopes, Edson de Oliveira e outros.

A parte referente a etiologia da molestia de Nicolas-Favre é estudada pelos autores que analisam as propriedades gerais do vírus linfogranulomatoso, tais como a sua filtrabilidade, ultrafiltrabilidade, comportamento

do virus face aos agentes físicos e químicos, ação das variações da temperatura, comportamento do virus linfogranulomatoso face aos agentes antisépticos e à glicerina, dispersão do virus no organismo animal e inoculações experimentais nos animais sensíveis.

O V.º capítulo do trabalho diz respeito às variedades clínicas da moléstia de Nicolas-Favre, englobando cerca de 17 das principais manifestações, tais como a adenopatia inguinal, as adenites extra inguinais, a adenopatia generalizada, as adenites linfogranulomatosas com associação, os síndromes gênito-ano-retais linfogranulomatosos, as perimetrites e anexites, as localizações uretro vesicais do virus, as localizações articulares, as localizações endovenosas, as localizações no neuroeixo, as epididimites linfogranulomatosas, o eritema nodoso, o eritema polimorfo, o Induratio penis plastica, a elefantíase do penis e do escroto, outras lesões cutâneas linfogranulomatosas, as manifestações oculares da 4.ª moléstia venerea e as lesões dos órgãos abdominais pelo virus linfogranulomatoso.

Todas estas variedades clínicas da moléstia de Nicolas-Favre são estudadas e ventiladas em suas linhas gerais.

Na parte referente ao diagnóstico da moléstia de Nicolas-Favre os AA. analisam o quadro típico e atípico da 4.ª moléstia venerea para depois entrar no estudo da prova de Frei e outras provas biológicas afins, utilizadas no diagnóstico da moléstia de Nicolas-Favre. Estudando a prova de Frei os AA. analisam detalhadamente o modo de preparo de antígeno, as propriedades físicas e conservação dos antígenos, as suas propriedades biológicas, a técnica da intradermo reação, a leitura dos resultados, os fenómenos alérgicos na linfogranulomatose benigna, a histologia do nódulo cutâneo proveniente de uma reação de Frei positiva, o valor da reação de Frei como elemento de diagnóstico na moléstia de Nicolas-Favre, a natureza da reação de Frei, assim como a hemoreação de Ravaut e a soro reação de Reiss.

Um capítulo especial é dedicado a histopatologia da moléstia de Nicolas-Favre (histopatologia dos ganglios linfáticos linfogranulomatosos, histopatologia da retite estenosante linfogranulomatosa, histopatologia das lesões cutâneas linfogranulomatosas, histopatologia da linfogranulomatose do macaco, histopatologia da linfogranulomatose experimental do camundongo e histopatologia da linfogranulomatose experimental das cobaias).

No capítulo referente ao tratamento da moléstia de Nicolas-Favre os AA. analisam o valor de 4 métodos terapêuticos, a saber: a terapêutica cirúrgica, a terapêutica física, quimioterápica e vacinoterápica.

No subcapítulo dedicado ao estudo da quimioterapia na moléstia de Nicolas-Favre, os AA. analisam o valor do tratamento desta moléstia pelo iodo e seus derivados, medicação estibiada, ouro e seus derivados, emetina, salicilato de sodio, sulfato de cobre amoniacal, antracoterapia etc. e as sulfamidas.

A profilaxia da moléstia e o prognóstico são estudados e logo em seguida os AA. passam ao capítulo das observações em numero de 34. Quasi todas as observações constam além dos dados anamnésticos, do exame físico geral e local e os exames de laboratório (reação de Frei, reação de Ito, reação de Kahn, e hemograma de Schilling).

Num resumo geral das observações foram as seguintes das variedades clínicas da moléstia de Nicolas-Favre diagnosticadas graças a intradermo reação de Frei e a outras provas biológicas. Casos de adenite inguinal D... 4; adenite inguinal E... 10; adenite inguinal D fistulizada... 4; adenite inguinal E fistulizada... 3; adenite inguinal bilateral... 3; adenite inguinal bilateral fistulizada... 1; adenite inguinal bilateral com eritema... 1; adenite inguinal bilateral fistulizada e elefantíase do escroto... 1; elefantíase do escroto... 1; lesões linfogranulomatosas cutâneas... 1; casos de fistula reto-vaginal... 1; caso de adenite inguinal linfogranulomatosa que evoluiu para tb... 1; casos de adenites mais ano retite... 1; casos de retites... 2.

O tempo de incubação para as adenites linfogranulomatosas foi em media de 20-25 dias. Em dois casos foi possível a observação do cancro poroadênico.

Na maioria dos casos os fenomenos gerais (febre, inapetencia, mal estar geral, cefaléa) apareceram. Os ganglios iliacos foram palpados em 7 casos.

O estudo do hemograma permitiu observar uma monocitose constante, uma eosinofilia inconstante e algumas vezes, ao lado dessas alterações, constatarem os AA. uma linfocitose. Em 10 pacientes a reação de Kahn se mostrou positiva. Nos casos de adenites a terapeutica adotada em quasi todos foi a mixta por meio dos preparados estibiados (Fuadina ou Anthio-maline) e iodureto de sodio a 10%. A radioterapia foi utilizada em 1 só caso com otimos resultados. Nos casos de anoretites e fistulas vagino-retais a terap—utica cirurgica foi a adotada. Os AA. encerram o seu trabalho com uma bibliografia bastante recente sobre o assunto.

Laboratório de Análises Clínicas



Dr. A. Rodrigues Netto
Dr. Roberto Franco do Amaral

Rua Quintino Bocalúva - 122, 1.º
Tel.: 2-6565

HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

*A base de Viscum album — Cactus grandiflora — Cratoegus — Kola — Scila
Rodanato de Potassa*

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

CAIXA, 4500

INSTITUTO CHIMORGAN

SÃO PAULO

SINTESE BIBLIOGRAFICA (*)

RELAÇÃO DA ENXAQUECA COM A HIPERTENSÃO — JOHN W. GARDNER, GEORGE E. MOUTAIN e EDGAR A. HINES — Am. Journ. Med. Sc., vol. 200, n.º 1, Julho 1940.

Enxaqueca é aproximadamente 5 vezes mais frequente em pacientes com hipertensão do que em pacientes não hipertensos da mesma idade. A associação de enxaqueca com hipertensão é evidentemente influenciada por fatores genéticos. Em alguns pacientes a cessação dos ataques de enxaqueca precedia ou coincidia com aumento da pressão sanguínea. Isto parece se relacionar mais com a idade avançada do paciente do que com o aparecimento de hipertensão. Individuos que não sofrem mais de enxaqueca começam a sentir com frequência o tipo de cefaléa da hipertensão. Aqueles que têm enxaqueca apresentam com maior frequência o tipo de cefaléa hipertensiva.

DUODENO INVERTIDO — SIGNIFICAÇÃO CLÍNICA — MAURICE FELDMAN e THEODORE H. MORRISON — Am. Journ. Med. Sc., vol. 200, n.º 1, Julho 1940.

Anomalias do duodeno são muito mais frequentes do que se julga pela revisão da literatura. Destas, o duodeno invertido é de grande interesse. E' feita a revisão de 14 casos. Visto que a incidência radiológica deste estado é de 7 por 10.000 casos, julgamos importante relatar esta série. E' dada uma descrição radiológica detalhada desta anomalia, acompanhada de classificação anatômica. Clinicamente não há sintomatologia característica, o quadro é frequentemente o de uma complicação ou de lesão associada (ulceras duodenais). Muitos casos existem, indubitavelmente, sem quaisquer sintomas. O diagnóstico deve se basear na investigação radiológica. Estes casos exigem estudo cuidadoso não apenas sob o ponto de vista anatômico, mas também clínico, pois que o seu diagnóstico precoce e um tratamento efectivo podem prevenir complicações secundarias, tais como colecistitis e pancreatitis.

ULCERA PÉPTICA E ACLORIDRIA — Novo estudo sôbre o papel do suco gástrico ácido na patogênese da úlcera péptica — W. L. PALMER e P. NUTTER — Arch. of. Int. Med., vol. 65, n.º 3, março 1940, pg. 499.

O trabalho visa esclarecer a questão sôbre si é possível a existência da úlcera péptica com a completa ausencia do ácido clorídrico. E' verdade que alguns autores já relataram casos, raros é verdade, de úlcera com ausencia de ácido livre; mas os casos não são de natureza a con-

(*) Cédidos gentilmente pela Biblioteca da 1.ª M. H. Santa Casa (Serviço do Prof. Almeida Prado).

vencer plenamente. Na estatística de 84 casos de úlcera crônica do estômago, apresentada pelos autores acima, não foi encontrado um caso sequer de persistente e completa anacloridria. Descrevem pormenorizadamente tais casos nos quais em algumas ocasiões a anacloridria foi verificada mesmo com a histamina e a afeição de EWALD; mas o fato não é permanente dura pouco tempo e se passa somente com as úlceras pequenas. Estabelecem a seguinte conclusão: 1.º) Pode haver úlcera pequena, aguda e sub-aguda, com acloridria, mesmo após o estímulo da histamina; 2.º) Grandes úlceras crônicas só ocorrem na presença do suco gástrico ácido; 3.º) Este suco gástrico toma uma importância essencial na genese e no decurso da úlcera gástrica crônica.

Adenda — Já estava o trabalho escrito quando os autores receberam uma contribuição de RUFFIN e DICK em que havia 24 casos sobre 419 de úlcera com acloridria. Os autores, entretanto, reforçam as suas conclusões apresentando a estatística das clínicas universitárias dos últimos 12 anos, em que sobre 2.200 casos de úlcera comprovada jámais foi encontrada uma anacloridria completa e persistente.

CISTOS HIDÁTICOS DO PULMÃO — C. HAIGHT e J. ALEXANDER — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 3, Março 1940, pg. 510.

Os autores apresentam dois casos e fazem uma revisão da literatura. É uma moléstia extremamente rara nos Estados Unidos. Até agora só foram descritos 44 casos e destes somente 5 nasceram naquele país, os demais eram emigrantes. O primeiro caso relatado era de um jovem grego de 30 anos que já tinha sido operado em outro hospital em 1923; o mal reapareceu em expulsão frequente de cistos de tenia equinococcus. O diagnóstico foi estabelecido com precisão tendo sido feita a intervenção cirúrgica no pulmão direito em 2 tempos; no 2.º foram retirados uns 50 cistos, inclusive o maior, chamado cisto-mãe. o doente curou-se conforme verificação feita 7 anos após a intervenção. O 2.º caso era de um dinamarquez, de 25 anos, com um cisto hidático no lóbo superior do pulmão esquerdo. A reação do complemento para equinococcus foi negativa. O diagnóstico foi estabelecido após a expulsão de um cisto, pelo que decidiu-se a operar; foi encontrado um unico cisto, muito grande, de conformação histológica característica. O doente curou-se, pelo menos aparentemente. Em seguida os autores passam a relatar os casos novos conhecidos após a excelente publicação de PHILLIPS que englobou todos os casos até 1930. Ao todo são 46 casos e destes somente 5 são norte-americanos. Concluem pela raridade da moléstia nos Estados Unidos e fixam alguns aspectos epidemiológicos da doença nos animais domésticos.

INFARTO RENAL — Estudo estatístico de 205 casos e descrição detalhada de um caso incomum — H. HOXIE e C. COGGIN — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 3, Março, 1940, pgs. 587.

Os autores se aproveitam da apresentação de um caso raro para fazerem a revisão do assunto. Em 14.411 autópsias de um hospital de Los Angeles encontraram 205 casos de infarto renal. Foi verificado o achado em todas as idades, com infartos uni ou bilaterais, geralmente diagnosticados após a morte. As principais causas da oclusão das veias renais foram: endocardite bacteriana, oclusão da coronaria e esclerose das artérias renais. Os infartos eram de tamanhos variados e em 69% dos casos havia infartos em outros órgãos. Os sinais clínicos e sintomas eram geralmente ausentes, e por isto somente em 2 casos o diagnóstico foi feito em vida.

Apresentam em seguida o seu caso de uma mulher que apresentou subitamente uma dor aguda na região lombar, perturbações urinárias, circulações e febre. Diagnosticou: molestia cardíaca reumatismal, fibrilação auricular e infarto dos rins — a autópsia confirmou a impressão clínica encontrando-se uma oclusão embólica bilateral das artérias renais. O diagnóstico clínico de infarto renal está baseado nos seguintes sinais: 1.º) doença cardio-vascular; 2.º) embolias de outros órgãos; 3.º) dor aguda nas costas, no angulo costo-vertebral, perturbações urinárias, náuseas e vômitos; 4.º) hematuria e função alterada do rim afetado na ausência de outras causas conhecidas.

PERTURBAÇÕES DO PULSO E DO RITMO NA DOENÇA CARDIACA HIPERTENSIVA — N. FLAMAN — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 3, Março 1940, pg. 595.

O autor estuda 800 casos de molestia cardíaca hipertensiva sem complicações, dos quais encontraram-se 243 casos de arritmias, assim distribuídas: 198 de fibrilação auricular, 28 de extrasístoles, 4 auricular e nodal, 2 ventricular e nodal e 5 puramente nodal. As extrasístoles múltiplas constituíram a regra. Mortalidade imediata: 35%. A fibrilação auricular foi a causa mais comum das arritmias, com uma mortalidade de 25%, quasi sempre de assistolia cardíaca congestiva. Houve poucos casos de flutter auricular, de ritmo nodal e taquicardia paroxística. Os 6 casos de bloqueio eram do bloqueio completo. Os outros 422 doentes tinham um ritmo sinusal regular. Frequentemente a arritmia era o primeiro sinal da falência cardíaca, o que é difícil de se explicar, a não ser por uma alteração do metabolismo das fibras cardíacas hipertrofiadas ou dilatadas; por isto a relação entre anoxemia e arritmia é difícil de se verificar mas é incontestável. Enquanto o pulso se conserva regular ha um suprimento suficiente de sangue com hipertrofia compensadora das fibras cardíacas; aumentados os batimentos, ha anoxemia local com aumentos de produção de ácido láctico e formação de ritmos ectópicos. A relação entre a assistolia e a arritmia foi bem estudada por SUTON que considera a fibrilação auricular como um mecanismo compensador, sendo o efeito e não a causa de assistolia. Assim um individuo hipertenso, com pulso regular e com menos de 99 batimentos por minuto tem grande probabilidade de se curar. Mas em geral, exceptuando-se os casos de trombose da coronária, os individuos hipertensos com arritmia cardíaca tem um prognóstico um pouco melhor que se os de ritmo regular apressado. Assim nos casos de 50 a 60 batimentos por minuto, a mortalidade foi de 22,2%; de 61 a 99 batimentos foi de 20,3%. De 100 a 150 batimentos foi de 39,2%. O numero de batimentos tem portanto muita importancia. Quanto às arritmias, 65% dos individuos estudados sobreviveram por muitos anos. Com relação ao tratamento, aconselha a digitalis na assistolia cardíaca congestiva com arritmia, menos na taquicardia paroxística. A quinidina é indicada na fibrilação auricular e na taquicardia paroxística sem assistolia.

LESÕES RENAIS NA ICTERICIA — L. L. THOMPSON, W. D. FRAZIER e I. S. RADVIN — Am.-Journ. of Med. Sc., Março 1940.

Nossos estudos clínicos e experimentais confirmam plenamente as observações de ELSOM sobre alterações renais em molestias hepáticas, com a excepção de que nossos pacientes tinham em alta porcentagem albuminúria e cifras elevadas de azoto ureico no sangue.

Lesões renais preexistentes são intensificadas pela "nefrose cholemica" secundaria. A porcentagem elevada de alterações glomerulares em pacientes que morreram sugere a possibilidade de uma lesão renal preexistente. Isto é frizado ainda pelo fato destas alterações predominarem em pacientes mais idosos.

Não existindo lesão renal previa, a "nefrose cholemica" cede rapidamente com desaparecimento da obstrução. A lesão mais grave desta perturbação atinge os tubulos.

A nefrose associada à obstrução do ducto biliar póde ser um fator decisivo final e não deve ser considerada como uma complicação de consequencias.

SINDROMO DE ADIE — JOHN MCDOWELL MCKINNEY e MAURICE FROCHT
— Am. Journ. of Med. Sc., Abril 1940.

Em 1931 ADIE apresentou 5 casos de uma afecção que simula a tabes, sendo caracterizada por pupila tonica e perda de alguns reflexos profundos.

Encontram-se casos tipicos e atipicos com paralisias dos reflexos oculares de um ou de ambos os lados. Pode haver tonicidade à luz e acomodação, porém, mais frequentemente, só à luz. Não se encontra ataxia nem perturbações sensoriais.

A incidência familiar é frequente e a sífilis como causa etiologica pode ser excluida.

Não existem autopsias de tais casos. Pode ser considerada uma afecção indepedente, de decurso crônico e benigno, talvez de origem heredo-degenerativa porém não luética.

ESTUDOS SOBRE O TEMPO NECESSARIO PARA A ELIMINAÇÃO DA QUINIDINA DO CORAÇÃO E DE OUTROS ÓRGÃOS — S. A. WEISSMAN — A. H. J. 20-1-1940, pg. 21.

Administrando quinidina oralmente a cães e dosando as quantidades em tempos diferentes, desta droga nos vários órgãos, os autores concluem:

1.º) Quando uma única dose de 100 mgrs. é administrada, o máximo de concentração de quinidina no coração é atingido em mais ou menos 30 minutos. Depois de uma hora não resta quinidina alguma no coração.

2.º) Quando uma única dose grande de 585 mgrs. era dada, o máximo de concentração era alcançado em cerca de uma hora. Foram necessárias sete horas para que não restasse traço de quinidina no coração. Nos outros órgãos, pulmões, figado, rim e baço o ritmo de eliminação era igual.

4.º) Com pequenas doses repetidas de hora em hora, o máximo de concentração se dava 1 hora depois de duas doses, 2 horas depois de 3 ou 4 doses. No fim de 5 horas toda a quinidina se eliminava.

5.º) Quando é dada uma grande dose o máximo de concentração é atingido 1 hora depois e a eliminação total dura sete horas. Com essa mesma dose dividida em tres parte, administradas com intervalos de uma hora, o máximo de concentração no coração se dá em duas horas e atinge um valor que é a metade do que atingiria com a dose total. São necessárias 8 horas para eliminação total.

6.º) Parece que os músculos mais ativos absorvem mais quinidina.

ESTUDOS SÔBRE AS DOENÇAS HIPERTENSIVAS DO CORAÇÃO. IV — Fatores na produção da insuficiência congestiva —

DAVID DAVIS, MAX KLAINER — A. H. J. 20, 1.1940, 98.

1.º) Os AA. compararam às perturbações anatômicas de 59 pacientes com hipertensão e de 25 sem hipertensão, todos com insuficiência congestiva.

2.º) No grupo dos não hipertensos, nítidas alterações coronárias se apresentavam em 90%; oclusão da coronária maior em 96%; e infartos do miocárdio em 56%.

3.º) No grupo dos hipertensos alterações coronárias nítidas existiam em 53%, oclusão coronária em 33% e infarto em 20%.

4.º) Outros fatores que não as perturbações coronárias têm um papel importante na genese da insuficiência cardíaca congestiva de origem hipertensiva em mais ou menos 40% dos casos.

ESTUDO SÔBRE AS DOENÇAS CARDIACAS HIPERTENSIVAS

— DAVID DAVIS e MAX KLAINER — T. A. H. J. — Vol. 19, 2, 1940.

Os autores em uma série de trez artigos em que estudara, 1) a incidência de aterosclerose das coronárias em casos de hipertensão essencial, b) o papel da hipertensão grave, no desenvolvimento da esclerose coronária, e c) os fatores que entram na produção da angina pectoris, chegaram às conclusões seguintes:

a) 1 — Os pacientes hipertensos têm ateromasia coronária com frequência maior do que os que não o são; a diferença de incidência é cerca de 76%.

2 — A diferença é particularmente nítida acima dos 50 anos.

3 — Nos não hipertensos, acima de 60 anos, as perturbações coronárias são mais frequentes nos homens.

4 — A hipertensão essencial aumenta a incidência da ateromasia coronária, igualmente, em ambos os sexos.

5 — Apesar da grande incidência de hipertensão nas mulheres, o grau de aterosclerose nas mulheres é muito menor que nos homens hipertensos. A incidência das várias escleroses coronárias na mulher hipertensa aproxima-se da que aparece nos homens não hipertensos.

b) 1 — Posto que a incidência de aterosclerose em pacientes com hipertensão essencial seja relativamente grande, a hipertensão, por si, não é a causa desta alta incidência.

2 — É discutida a relação entre hipertensão e arterioesclerose.

c) Estudando os achados anatômicos em 50 casos de angina pectoris, em hipertensos, e em 21, não hipertensos, concluíram o que se segue.

1 — Um alto grau de comprometimento coronário que atingia 2 ou mais artérias, estava presente em 95% dos pacientes com hipertensão e somente em 39% dos não hipertensos.

2 — A incidência de enfarto do miocárdio era mais alta nos não hipertensos.

3 — Si os pacientes são hipertensos, a angina pectoris surge com a menor perturbação coronária.

4 — Outros fatores, tirantes a insuficiência coronária, importantes para o desencadeamento da dor são — hipertrofia cardíaca e aumento do trabalho cardíaco.

O ELETROCARDIOGRAMA NA EMBÓLIA PULMONAR —
MAURICE SOKOLOW, LOWIS KATZ, ALFRED MUSCOVITZ — T. A. H. J.
 19, 2, 1940, fev.

Os A.A. estudaram 50 casos de embolia pulmonar, sendo 27 autopsiados, com o fim de ver o comportamento do eletrocardiograma, quanto à frequência e natureza das modificações. Notaram que não ocorrem alterações em uma parte e que em outra não são específicas.

Foram frequentes os desnivelamentos de ST, principalmente em DI e DII e outras modificações que se mostram principalmente nas VI derivações, mas, seja como fôr, só a associação com a clínica pode orientar.

TOPOGRAFIA CARDÍACA — Estudo sôbre o aspecto anterior do
coração e suas relações com a parede anterior do torax em doenças
cardíacas comuns — WILLIAM DRESSLER — T. A. H. J. — Vol. 19,
 n.º 2, 1940.

Com um meio especial, que consistia em introduzir agulhas compridas no precórdio o autor estudou a configuração da parede anterior do coração e suas relações topográficas com a parede anterior do peito. Os diagramas obtidos desse modo, em virtude de suas minucias, são ótimo auxílio para a interpretação dos perfis que se obtêm na exploração radiológica do coração. Alargam o conhecimento da radiografia e mostram a tendência de crescimento das várias partes do coração que se dilata ou se hipertrofia.

Síntese de diagnóstico médico: ulcera gastrica ou cancer do estomago —
Gamna C. (Minerva Médica — Janeiro 1939, n. 1 — pag. 1).

O A. descreve e discute sobre um caso de gastrite crônica grave, com sintomas de processo flogístico, uma grande diminuição da secreção e uma ulcera grande da região do antro do piloro que modificava consideravelmente sua motilidade. O diagnóstico exato não foi possível senão após a intervenção cirúrgica (ressecção gástrica). Tinha sido possível diagnosticar uma gastrite, mas não se podia afirmar que se tratava de uma ulcera gástrica simples ou de um cancer ulcerado que se estabeleceu sobre uma gastrite crônica.

Os perigos da administração de fluidos na hiponutrição — Evans James
— Am. J. Med. Sc. — Fevereiro 1940.

1.º) A eliminação, reduzida de líquido é um sinal de desidratação melhor que a língua seca que pode resultar apenas de respiração bucal.

2.º) Na hiponutrição, a hipoproteinemia contraindicada a administração de grandes quantidades de soro fisiológico por via parental mesmo que o paciente pareça estar desidratado.

3.º) É necessário restabelecer a taxa de proteínas do soro sob pena de haver risco de edema agudo pulmonar, edemas massivos ou acessos eclâmpticos.

4.º) Soro fisiológico intravenoso na hiponutrição, em excesso, pode precipitar um edema discrático até então ausente e a pletora hidrêmica pode provocar edema agudo dos pulmões.

Classificação das molestias hemorragicas — Musser, John — Am. J. Med. Sc. — Janeiro 1940.

1.º — Protombinopenia.

A — Falta de Vitamina K (por ausencia de bacterias intestinais, absorção, defeituosa, falta de sais biliares, ictericia, sprue.

B — Lesão hepatica com deficiente utilização de vitamina K (lesões cloroformicas, atrofia aguda, etc.).

C — Toxinas.

2.º — Perturbações da quantidade de calcio sanguineo.

3.º — Tromboplastinopenia.

A — Redução do numero de plaquetas.

B — Resistencia aumentada dos plaquetos. Hemofilia.

4.º — Fibrinogeniopenia.

A — Adquirida (defeito de nutrição, lesões hepaticas, etc.).

B — Congenita.

5.º — Presença de anticoagulantes no sangue. Libertação de heparina. (choque peptonico, choque anafilatico).



Na vida só
vencem os
fortes!

HORMOCÁLCIO
"GRANADO"

*poderoso recalcficante,
revigora os fracos.*

T. TARQUINO

ENDOSCOPIOS

PARA TODOS
OS CASOS DE
DIAGNOSTICA
E CIRURGIA



CISTOSCOPIO UNIVERSAL
"MIRA - MORAES BARROS"
PATENTE 26000 - "

Oscepio Mira LTD.
RUA CESARIO MOTTA 335 TEL. 4-1011 CAIXA POSTAL 2425
SAO PAULO

NOTICIARIO

POSSE DA NOVA DIRETORIA DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

Realisou-se no dia 15 de Março, na sede da Associação Paulista de Medicina, a sessão solene em que foi empossada a nova diretoria do Departamento Clínico que tem como presidente o doutorando Attilio Zelante Flosi, como secretário geral o academico Domingos Quirino Ferreira Neto e como secretário o academico Manoel Mendes.

Estiveram presentes, o Snr. Tenente Arisson de Souza Ferraz representando o Exmo. Snr. Interventor Federal do Estado de São Paulo; os professores Franklin de Moura Campos, A. de Almeida Prado e Benedicto Montenegro; os livre-docentes Paulo de Almeida Toledo e Borges Vieira; o Dr. Eduardo Vaz, diretor do Instituto Pinheiros, o academico Bindo Guida Filho, presidente do C.A.O.C., estudantes, senhoras e senhoritas da nossa sociedade.

Inicialmente o Dr. Carlos da Silva Lacaz, leu o relatório das atividades da diretoria que presidiu, procedendo-se em seguida a entrega dos prêmios científicos de 1940, na seguinte ordem:

- PREMIO NICOLAU BARUEL (Secção de Clínica Médica)** — Conferido aos drs. Michel A. Jamra, José Fernandes Pontes e Alberto Carvalho da Silva, pela apresentação do trabalho: — “Estudo clínico da Amebíase em São Paulo”, julgado pelos professores Almeida Prado, Ignacio Lobo e João Alves Meira (relator).
- PREMIO NICOLAU BARUEL (Secção de Clínica Cirúrgica)** — Conferido aos Drs. Nelson da Silva Oliveira e Marino Lazareschi, pelo trabalho: “Tratamento das artrites agudas não tuberculosas”, julgado pelos Professores B. Montenegro, E. Vasconcelos e O. Pinto de Souza (relator).
- PREMIO “OSWALDO CRUZ”** — conferido ao Dr. Assib Ashcar, pelo trabalho: “Imunidade Antiestafilocócica”, julgado pelos Drs. Floriano de Almeida, Carvalho Lima e Arnaldo Augusto Pereira.
- PREMIO “ALVES LIMA”** — conferido ao doutorando Paulo Dias da Silveira, pelo trabalho: “Orientação pratica no exame funcional do fígado”, julgado pelos professores Franklin de Moura Campos, Jaime Regalo Pereira e Reynaldo Chiaverini (relator).
- PREMIO “ENJOLRAS VAMPRE”** — conferido ao doutorando Attilio Zelante Flosi, pelo trabalho: “Diabetes Insipidus condicionado à linfogranulomatose maligna”, julgado pelos professores Adherbal Tolosa, Carlos Gama e Oswaldo Lange (relator).
- PREMIO “ETHEOCLES GOMES”** — conferido aos acadêmicos Luiz Carlos Ulhôa Junqueira e Fausto Figueira de Mello, pelo trabalho “Óleo de peixe Jaú e vitamina D”, julgado pelos professores Paula Souza, Dutra de Oliveira e O. Paula Santos.
- PREMIOS “PAULO MONTENEGRO”** — conferidos aos alunos que obtiveram a melhor média nas respectivas séries do curso médico — Liberato J. A. Di Dio, Gildo del Negro, Clovis B. Vieira, Pedro de França Bueno, José Lima Pedreira de Freitas e Dr. Carlos da Silva Lacaz.

PREMIOS "Departamento Científico" — Conferidos aos alunos que obtiveram a segunda colocação nas respectivas séries do curso médico: — Americo Neste, Juracy Machado de Campos e Primo Ruy; Oswaldo Bruno; Mauricio Levy Junior, Paulo Dias da Silveira e Attilio Zelante Flosi, Dr. Plinio Cardoso.

PREMIOS "EMILIO RIBAS" — conferidos aos alunos que apresentaram o melhor relatório de Higiene: Virginia Carone, Silvio J. Grieco, José Coimbra Duarte, Armando S. Rezende, Flavio Pires de Camargo, José Monteiro e José Paulo Marcondes de Souza.

Em seguida, foi empossada a nova diretoria, falando o Ddo. Attilio Z. Flosi, que indicou a orientação com que presidirá o Departamento Científico que atravessa uma fase de grande entusiasmo e realizações.

Depois, o Prof. Almeida Prado, proferiu uma conferencia sobre "Os grandes vultos da medicina clinica nacional", sendo muito aplaudido.

Os trabalhos foram presididos pelo Exmo. Prof. Dr. Benedicto Montenegro.

No proximo numero publicaremos os pareceres das comissões julgadoras dos prêmios.

20.º Tabelião Menotti



Rua Bôa Vista, 234

Tel. 2-4930

Proximo ao Largo de São Bento

Pegado ao Hotel d'Oéste

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Recebemos da A CHIMICA "BAYER" Ltda uma publicação intitulada — OBSTETRICIA — Algumas sugestões de ordem prática — acompanhada pela seguinte carta:

"Prezado Senhor Clinico:

Respeitosas saudações.

Pedimos vênia para submeter ao elevado critério de V. Excia. o modesto trabalho que aqui elaboramos.

Procurando sempre corresponder ao edificante apoio da classe, dignamente representada por V. Excia., ensaiamos descrever e tomar como ponto de partida primordial o campo de ação do médico, só então estabelecendo a devida correlação com os nossos medicamentos. Fugindo, dêste modo, á rotina da propaganda essencialmente comercial, aspirá-mos materializar as sugestões continuamente recebidas, e esperamos que esta maneira de apresentar os lembretes a serem difundidos encontre a benevolente aprovação de V. Excia.

Servimo-nos do ensejo para hipotecar á V. Excia. os nossos sentimentos de toda consideração e estima.

A Chimica "BAYER" Ltda."

Este interessante trabalho, que merece atenção dos Snrs. Medicos, representa uma nova modalidade de propaganda, fornecendo assuntos de interesse para o clinico, sendo que os produtos vem sendo mencionados apenas dentro do lugar que lhes competem.

Os Snrs. Clinicos podem obter gratuitamente exemplares dirigindo os seus pedidos para A Chimica "BAYER" Ltda..

VISITA AO SANATÓRIO JABAQUARA

Os estudantes da Faculdade de Medicina de São Paulo, receberam por intermédio do Departamento Científico, um convite da diretoria do Sanatório Jabaquara, para visitarem esse esplendido instituto especializado, destinado ao tratamento das molestias do sistema nervoso.

Acompanhados pelo Dr. Oswaldo Lange, Chefe de Clínica da Faculdade de Medicina e pelos diretores do Departamento Científico, os estudantes percorreram demoradamente as dependências desse estabelecimento hospitalar que está localizado em lugar alto e saudavel, no Bairro do Jabaquara, à Avenida Aracé n.º 401. Desfruta de uma situação privilegiada e é, além disso, de fácil acesso, servido por ótimas vias de comunicação. Compreende um Serviço de Psiquiatria para tratamento das moléstias mentais e das toxicomanias e um Serviço de Neurologia para tratamento das afecções neurológicas e neuro-cirúrgicas. O edificio principal, unico atualmente construído, compõe-se de três andares e de um sub-solo. Os dois primeiros andares destinam-se à Clínica Psiquiátrica e o terceiro à Clínica Neurológica. O sub-solo comporta apenas alguns serviços médicos e servirá de ligação entre o edificio principal e outros departamentos a serem construídos. Os três andares superiores estão dispostos em forma de T constituindo-se assim de um eixo e de duas alas. No eixo encontram-se as dependências de administração, serviços médicos e outros. As duas alas são reservadas, exclusivamente, ao alojamento dos doentes, sendo que nos dois primeiros andares (Clínica Psiquiátrica) são elas absolutamente separadas, destinando-se a direita ao sexo masculino e a esquerda ao sexo feminino, enquanto que no terceiro andar (Clínica Neurológica) constituem um conjunto único destinado a ambos os sexos.

Foram agora inauguradas as instalações da Clínica Psiquiátrica; as da Clínica Neurológica, dependendo ainda de acabamento final, serão inauguradas oportunamente.

O novo hospital foi construído sob os moldes da moderna Neuro-Psiquiatria. Tudo foi disposto para facilitar o serviço e para dar aos doentes o máximo de conforto sem prejuizo de sua segurança. Eliminou-se o aspecto de presidio conservando-se todos os meios de proteção e vigilancia. O hospital é dotado de amplos pateos, varandas de estar, sala de jogos, modernas instalações sanitárias, rede de agua quente em todas as dependências com sistema central de aquecimento. E' ainda servido por redes de telefones internos, aparelhos de sinalização, sistema de relógios sincronizados, radio com altifalantes convenientemente localizados. A construção é da firma Richter e Lotufo à qual também foi confiado o projeto, com assistência direta do Dr. Mario Rosseto, a quem foi confiada a direção administrativa.

A orientação científica do Sanatório está confiada aos drs. ORESTES ROSSETTO (Clínica Psiquiátrica) e OSWALDO LANGE (Clínica Neurológica), livre-docente e Chefes de Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cientistas de grande projeção, autores de notaveis publicações médicas que muito honram o nome da Faculdade de Medicina.

Aos ilustres diretores do Sanatório Jabaquara reiteramos os nossos agradecimentos pelo gentilissimo convite.

PRÊMIOS "TORRES HOMEM"

Entre os diversos setores de ação da Divisão de Medicina Social da "Comissão Permanente de Ação Social", sobressae aquele da *Higiene Mental*. Aí visa ela, não só atingir as classes intelectuais, como agir sobre as massas em vasta campanha popular. E foi tendo em vista este duplo intuito que ela resolveu estabelecer, entre os estudantes de medicina de S. Paulo, prémios para trabalhos sobre *Higiene Mental*. Estes prémios subordinam-se ao regulamento que vai a seguir:

Ficam instituídos os prémios "TORRES HOMEM" a serem conferidos aos 3 melhores trabalhos sobre *Higiene Mental*, de acordo com o regulamento abaixo:

- 1.º — Concorrerão aos prémios os trabalhos que se adatem aos seguintes itens:
 - a) *Forma*, não deve ser a de tese, ou de considerações abstratas e raciocinadas, mas a de contos populares, narrações ou fábulas.
 - b) *Extensão*, será no mínimo de 20 e no máximo de 25 páginas datilografadas em papel tamanho officio, espaço duplo.
 - c) *Ortografia*, será a oficial, fixada pelo decreto-lei n.º 292 de 19-38.
 - d) *Requisitos*, estar de acôrdo com os dados da ciência, ter valor artístico e literario, embora popular, originalidade e seriedade moral.
- 2.º — Poderão concorrer aos prémios apenas os estudantes de Medicina matriculados em qualquer das faculdades de Medicina de S. Paulo (Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo e Escola Paulista de Medicina).
- 3.º — O Tribunal Julgador será composto de três membros indicados pela Divisão de Medicina Social da Comissão Permanente de Ação Social.
- 4.º — Este Tribunal classificará os trabalhos de acordo com os critérios acima discernindo três prémios:
 - 1.º de 500\$000, 2.º de 200\$000, 3.º de 100\$000.
- 5.º — Os trabalhos premiados passarão a ser propriedade da Divisão de Medicina Social, que os publicará em folhetos, para grande distribuição popular.
- 6.º — A Divisão não assume o compromisso de devolver os originais de nenhum trabalho, premiado ou não premiado.
- 7.º — Os trabalhos deverão ser assinados em pseudônimos, vindo a identificação dos respetivos Autores em envelope fechado.
- 8.º — O prazo para a entrega dos trabalhos será até o dia 31 de Julho de 1941, conferindo-se os prémios no dia 7 de Setembro de 1941.
- 9.º — Os trabalhos deverão ser enviados ao escritório da Divisão de Medicina recebido um recibo acusando a entrega do original.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).