

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

**GABINO DA FONSECA**  
Cirurgião dos Hospitais

VICE-PRESIDENTE

**PLINIO GAMA**

Ex-Prof. de Cl. Prop. Medica

SECRETARIO GERAL

**D. MARTINS COSTA**

Docente livre de Cl. Ped. Medica

1.º SECRETARIO

**HELMUTH WEINMANN**

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

**CARLOS BENTO**

Chefe de Cl. Prop. Medica

TESOUREIRO

**NORMAN SEFTON**

Doc. Medicina Legal

BIBLIOTECARIO

**GERT SECO EICHEMBERG**

Chefe de Cl. Cirurgica

DIREÇÃO CIENTIFICA

**R. di PRIMIO**

Docente e chefe de Lab. de  
Parasitologia

**DECIO DE SOUZA**

Doc. Chefe de Cl. Psiquiatria

**JACI C. MONTEIRO**

Doc. Chefe de Cl. Cirurgica

SECRETARIO DA REDAÇÃO:

**ADAIR EIRAS DE ARAUJO**

Chefe de Cl. Urológica

REDADORES

**NOGUEIRA FLORES**

**ANNES DIAS**

**TOMAZ MARIANTE**

**P. MACIEL**

**PEREIRA FILHO**

**E. J. KANAN**

**H. WALLAU**

**MARTIM GOMES**

**GUERRA BLESSMANN**

**D. SOARES DE SOUZA**

**WALDEMAR CASTRO**

**RAUL MOREIRA**

**WALDEMAR JOB**

**JACI MONTEIRO**

Assinaturas:

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

Sede da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.º andar

Enviar ao secretario tudo o que for relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

# Sumario

## Trabalhos originais

THOMAZ MARIANTE — Síndrome de insuficiencia hepato-renal. Hepatonephritis .....	Pag. 3
JACY CARNEIRO MONTEIRO — Peritonite pneumococica post-pneumonica. Intervenção. Cura .....	24

## Sociedade de Medicina

Relatorio geral relativo ao ano de 1934 .....	32
Atas .....	34

## Notas terapeuticas

J. SAIDMAN — "Los Rayos Ultravioletados" .....	37
E. LESSER e J. JADASSOHN — "Tratado de las Enfermedades de la Piel e Venéreas" (14.ª edição) .....	37
Palavras do diretor da Saúde Publica do Estado de Goiaz, sobre o surto de tifo recentemente verificado naquele Estado .....	38

TRATAMENTO  
DA ASTHMA  
E SUAS COMPLICAÇÕES  
PELA

# ASMOZINA

Aprobado pelo Departamento Nacional de Saúde Publica  
em 10 de maio de 1933

Integridade intramoleculares do mecanismo a base  
de sais de amônio, acetato, phosfato de sódio  
para o tratamento da ASTHMA, nas condições  
das suas alterações.

Cada caixa 10 amp. de 2 cc.

Produtos fabricados pelo Laboratório Medico Brasileiro

Propaganda exclusivamente medica

# ASTHMA

## ASMOZINA

Laboratório Medico Brasileiro

Comércio Técnico

Dr. José de Loureiro, Dr. João de Figueiredo,  
Do Instituto Oswaldo Cruz - Marquês.

DISTRIBUIDORES: FOCALTI FRANCH & CIA - C.R. 2082 - Rio de Janeiro

# SATIVAN

ABORTIVO E CURATIVO DA GRIPPE

Base: allium sativum; caixas de 3 amp.

INSTITUTO THERAPEUTICO

ORLANDO RANGEL

BIBLIOTECA

Reg. n.º

Em



2504

12/5/31

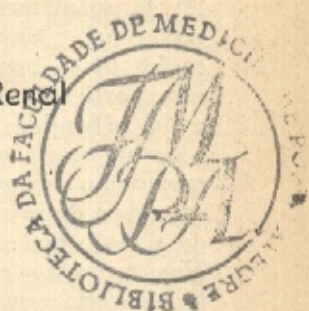
# Trabalhos originaes

## Sindrome de insufficiencia hepato-Renal Hepatonephrites

por

Thomaz Marante

Cathedratico de Clinica Medica



A questão das hepatonephrites está, novamente, na ordem do dia e, de 1930 para cá, frequentes são as sessões da Sociedade Médica dos Hospitales de Paris em que o assumpto vem á baila, o que me levou a fazer o presente ensaio procurando isolar a syndrome (1) clinica e humoral que as exteriorisa, de modo a facilitar o seu diagnostico. Preliminarmente convem estabelecer a legitimidade de se fallar em tal syndrome que seria a de insufficiencia hepato-renal. Ora si é verdade que ao lado das nephrites, entre ellas e as hepatites, merecem um logar especial no quadro nosologico, as hepatonephrites, não é menos verdade que, muitas vezes, as verificações anatomicas são negativas, não confirmam o conceito classico de inflammação hepato-renal, os disturbios verificados in vitam sendo apenas a tradueção de uma alteração funcional, donde a legitimidade de se descrever isoladamente a syndrome em questão, pois tanto póde ella ser a expressão clinica de um processo anatomo-pathologico caracteristico, como de simples deficit funcional, sem base anatomica actualmente verificavel.

O conhecimento de lesões, attingindo ao mesmo tempo o fígado e o rim, não é recente, pois, já se havia imposto á argucia clinica dos antigos medicos, tendo sido até Richardiere quem propoz a denominação de hepatonephrite para certos typos de ictericia em que tal associação era mais frequentemente observada. De facto, é nas ictericias graves infecciosas onde mais completamente se encontra pintado o quadro clinico das hepatonephrites e, onde melhor se póde isolar os elementos constitutivos da syndrome de insufficiencia hepato-renal, portanto pelo estudo analytico das mesmas é que devemos comegar, para depois, convenientemente habilitados, podermos tentar á synthese da syndrome em questão, cujo ambito se vae alargando e, hoje, já não é só no desenvolver das referidas hepatopathias que a devemos procurar, mas egualmente, por exemplo, na genese de certas uremias e nos disturbios do metabolismo do cholesterol, observaveis nas polyscleroses (Tixier e Eck) (2).

Na verdade não podemos extranhar que tal se dê, uma vez que sabemos quão solidários são esses órgãos da defesa da nossa economia, na manutenção do equilíbrio metabólico; a deficiência de um, naturalmente repercutirá sobre o outro, obrigando-o a maior trabalho e cansaço mais fácil, de modo que as disfunções ou hypofunções habitualmente existentes isoladamente, se podem associar, resultando dahi a syndrome hepato-renal. Mas porque, em certas infecções, em determinadas intoxicações (3 — Brulé e Lenègre), mais particularmente tal se dá? Porque essa particular tendencia a precoce e rapidamente serem taes visceras assim offendidas? Para alguns casos a explicação está no circuito que o agente morbido percorre, em sua trajectoria pelo organismo como, por exemplo, o espirocheta de Inada e Ido, que, penetrando na circulação geral, passa de raspão pelo figado e sahe do organismo atravez os rins, donde a razão destes serem os mais gravemente allerados em suas funções. Mas, em outros casos já não é possível buscar ahi a explicação sufficiente, pois, são germes de infecções banaes ou mesmo especificas que comumente não aggridem simultaneamente figado e rim, ou si o fazem, habitualmente não notamos maiores consequencias, portanto devemos procurar a explicação no etiologismo interno, no proprio organismo e achalamos em uma predisposição visceral anterior, consequente a um estado de menor resistencia, de inferioridade das mesmas.

Questão egualmente interessante de pathologia será de saber como se dá tal associação? Serão os disturbios hepaticos os primitivos e em consequencia das alterações metabolicas dahi resultantes, virão os rins a soffrer? Será a reciproca tambem verdadeira? Ou haverá apenas aggressão simultanea a ambos? Parece, nos dominios das ictericias graves, pelo menos, ser este o conceito dominante. (4 — Widal e Abrami).

Vejamos agora, de accordo com os classicos, em particular com os trabalhos de Widal e Abrami; Widal e Etienne May, de que modo está constituído o conjuncto symptomatologico que se considera como a traducção da colligação morbida hepato-renal. Para isso convem revêr os symptomatas classicos das ictericias graves, para então, apontar os que traduzem a deficiencia funcceional do figado, assim como os que são consequentes á insufficiencia renal.

## A SYNDROME HEPATO-RENAL DAS ICTERICIAS BENIGNAS

Convem de passagem dizer, que mesmo nas ictericias chamadas catarraes, ictericias simples dos auctores modernos, hepatis aguda (5 — Lapehne) frequentemente são verificados disturbios do metabolismo da agua e dos chloretos. Chauffard mostrou que no evolver de taes casos, pôde existir importante retenção de agua e de chloretos, sendo a terminação da ictericia marcada por uma verdadeira crise urinaria, acompanhada de descarga de chloretos; e Oddo, tambem verificou, mesmo nas mais benignas, alteração profunda do metabolismo azotado, o que faz pensar na possível intervenção renal, mesmo nesses casos benignos. E', porém, nas fórmas graves, como já vimos, mórmente nas consequentes á acção do espirocheta ictero-hemorrhagiae, de Inada e Ido, que encontraremos a mais completa exteriorisação clinica da insufficiencia hepato-renal. Na

verdade, mesmo nas ictericias infecciosas consideradas benignas por sua evolução e terminação, ha symptomas que revelam a coopticipação renal, precedendo até ao apparecimento da propria ictericia, pois Lemierre, e depois Merklen e Lioust assignalaram a existencia de frequente azotemia numa phase em que apenas existem os symptomas geraes peculiares aos estados infecciosos, como febre, lassidão, quebrantamento, disturbios gastro-intestinaes, etc. e, para o lado do figado apenas leve augmento do volume, e por isso chamada phase pre-icterica. As urinas já então, contem albumina e a uréa do sangue excede aos limites physiologicos, o que é excepcional nas doencas infecciosas habitualmente encontradas na clinica. Sómente para os 5.<sup>o</sup> ou 6.<sup>o</sup> dias, ás vezes mais tarde, é que surge a ictericia caracteristica da syndrome hepatica. Na verdade, já antes desta, se revelar, a existencia possivel do epistaxes ou de manchas purpuricas, assim como o moderado augmento de volume do figado e baço, seriam já indices do soffrimento hepatico, cuja deficiencia funcional, em plena ictericia, tambem pôde ser demonstrada pelas provas da glycosuria e da galactosuria provocadas, assim como pelo augmento do azoto residual, amino-aciduria accentuada, retenção da phtaleina tetrachlorada, etc. A azoturia igualmente encontrada, estando o paciente em dieta, indicaria desintegração tecidual.

Para maior commodidade, penso poder eschematisar no quadro abaixo os elementos constitutivos da syndrome hepato-renal das ictericias infecciosas de evolução benigna:

<i>Syndrome hepato-renal</i>	{	<i>Elementos renacs</i>	} Oliguria
			} Albuminuria
			} Azotémia
	{		} Aumento de volume do figado
		} Hemorragias nasaes e sub-cutaneas	
		} Ictericia	
		} Glycosuria e galactosuria provocadas	
		} Augmento azoto residual	
		} Augmento da amino-aciduria	
		} Hemoelasia digestiva	
		} Retenção da phtaleina tetrachlorada	

Como é facil de verificar, na syndrome hepato-renal das ictericias benignas dominam os elementos hepaticos, ao contrario do que se dá, como veremos, nas fórmas graves, nas quaes são dominantes os de origem renal, é pois, o rim que dá a nota prognostica á syndrome.

#### A SYNDROME HEPATO-RENAL DAS ICTERICIAS GRAVES

Vejamos agora como se apresenta a syndrome hepato-renal nas ictericias graves, o que em ultima analyse significa recapitular a mór parte dos symptomas das ictericias que, como já dizia Boucharde, mais perfeitamente exteriorisam a hepatonephrite.

Comecemos pelas fórmas não especificas, isto é, por aquellas causa-

das por germes que pôdem, e habitualmente o fazem, gerar outros estados morbidos, deixando para depois a analyse da fôrma estritamente especifica, a espirochetosica, pois, de accordo com os numerosos trabalhos ultimamente publicados, mórmente em França, a etiologia não é unica, como queriam alguns, para os quaes tudo era espirochetose.

*Elementos de origem hepatica* — A ictericia é o symptoma dominante a indicar a coparticipação do figado na syndrome e por ser o mais evidente deu o nome ao grupo. Sua intensidade varia, dos matizes pallidos, aos mais carregados, assumindo, por vezes, tal riqueza de colorido que lembra o das ictericias de retenção as mais completas. As fêzes rapidamente se descoram, e se tornam escassas. As urinas tomam o aspecto bilioso: coloração escura e espuma amarellada persistente, o que, no entender de Lepehne (lococitado) equivaleria á pesquisa chimica dos pigmentos biliares, via de regra presentes ao lado dos saes, em abundancia. E', tambem, relativamente grande a amino-aciduria (leucina — thyrosina — xantina). O figado pôde ora estar augmentado de volume, excedendo o rebordo costal, ora ser de tamanho normal, mas, via de regra, é sensível á apalpação e até á percussão. Quando palpavel, a sua superficie é regular e de consistencia elastica. Por vezes, ao invés, está elle diminuido de volume, atrophiado, a altura da maciszez, na linha hemi-clavicular D, baixando progressivamente a 8, 6 e mesmo apenas a 4 centimetros. O baço pôde se encontrar augmentado de volume e doloroso. A insufficiencia da glandula tambem se exteriorisa, dramaticamente pela tendencia ás hemorragias, que, são constantes e caracteristicas, podendo, em alguns casos, desde o inicio comparecerem, indicando o comprometimento hepatico, mesmo antes do apparecimento da ictericia, sob a fôrma de rebeldes e repetidas epistaxes e de manchas purpúricas, as quaes mais tarde, em plena ictericia, com maior constancia apparecem. Quando a syndrome se encontra em pleno desenvolvimento, são ainda as epistaxis, rebeldes, repetindo-se muitas vezes durante o mesmo dia, que traduzem a falta da função hepatica na regularisação da coagulação sanguinea — e, consequentemente, a tendencia ás hemorragias. As manchas purpúricas, si ainda não haviam aparacido, surgem então, ora isoladamente, ora em companhia de erythemas de variado typo, rubeolico, escarlatineo, urticaceo. Eshymoses se installam, de preferencia em regiões sujeitas a pressões, attritos, etc., o mais insignificante traumatismo pôdendo fazer apparecer desproporcionada erupção petechial (Widal e Abrami) — (lococitado).

Derrames sanguineos tambem são observaveis nas conjunctivas, gengivas, pharynge, etc. Mas raras são as hematemeses, e excepcionaes as hemoptyses e metrorrhagias, salvo quando a syndrome surge em periodo de gestação ou após o parto. (Widal e Abrami — lococitado).

Ha symptomas nervosos que em parte pôdem depender da insufficiencia hepatica, mas, na sua maioria, são função da insufficiencia renal, como, excitação cerebral que alterna com a depressão, sobresaltos tendinosos, carphologia, tremores fibrillares, etc. Quanto ao delirio, que pôde ser furioso, com agitação extrema, ou doce e tranquillo, julgo o mais em relação com o deficit renal. Ha tambem symptomas e signaes de ordem neurologica que traduzem um estado meningitico; rigidez da nuca,

dos membros, Kernig, liquor hypertenso, mais rico em albumina, com frequencia contendo pigmentos biliares verdadeiros, urobilina, leucocytos em maior ou menor numero, sobretudo polynucleares alterados, etc. (Widal e Abrami).

*Syndrome renal* — Já vimos que dentre os symptomas nervosos que são encontradigos nestes casos como somnolencia, prostração, respostas difficeis etc., uma grande parte resulta da insufficiencia funcional do rim, a qual se traduz, humoralmente por elevada azotemia; taxas de 3 — 4 — grammas são de verificação frequente, ás vezes até mais, podendo, no liquor alcançar a elevada cifra de 7,grs.6 (Widal e Abrami). Disturbios do metabolismo dos chloretos tambem pôdem ser encontrados; em muitos casos, sob a forma de chloropenia, pela grande perda de chloretos em funecção dos vomitos e da diarrhéa, frequentemente observados, como nos de Laederich, Berger, etc. (6) ou, como no de Rathery (7) Dérot, etc., na forma de um phenomeno mais complexo, pois, si havia diminuição do chloro plasmatico (3,3) e do chloro globular (1,10), com reserva alcalina normal (55 vol. 83), a rechlorulação fazia augmentar o peso do doente, e as urinas eliminavam pouco sal (o paciente tomava 8 grs. e eliminava sómente 2), indicando retenção dos chloretos, o que se explicaria, segundo os auctores, da seguinte maneira: o rim eliminava mal o chloro, donde a retenção, mas, possivelmente a lesão hepatica interviria para repartir o chloro no organismo e provocar a hypocholeremia observada. Aliás, como citam os mesmos auctores, Mayer e Porges, entre outros, tem chamado a attenção sobre o papel do figado na hypocholeremia.

Ainda Rathery, Dérot, etc. (7), encontraram um abaixamento das protides sanguineas com inversão do coeficiente sérina-globulina, assim como augmento consideravel do assucar protidico (3grs.10).

Pasteur—Vallery—Radot, Delafontaine, etc., relatam uma observação de hepatonephrite toxica com azotemia e hypocholeremia plasmatica e globular, com reserva alcalina normal, na qual a rechlorulação fracassou, a pequena eliminacção urinaria de uréa revelando a origem renal da azotemia.

Ha oliguria intensa, ás vezes quasi anuria. As urinas contem pequena quantidade de albumina, muitas vezes cylindros hyalinos e granulosos; a uréa, devido á deficiencia renal, é escassa.

Os symptomas geraes, febre com temperatura elevada, estado saburral das vias digestivas, lingua secca, tremulante, recoberta na face superior e bordos de sangue coagulado, proveniente das epistaxes e gengivorrhagias, labios e narinas fuliginosos, muitas vezes ramalhetes de vesiculas de herpes hemorragico, etc., traduzem a intensidade e a gravidade do estado toxi-infeccioso. O soluço, que tambem, frequentemente, surge nesta phase do mal, deve traduzir um estado de acidoze, aliás, facil de prever em funecção da propria deficiencia hepato-renal.

A morte é, via de regra, a consequencia da profunda alteracção do funcionamento das duas visceras. Ella se dá para dos 6.<sup>o</sup> ao 12.<sup>o</sup> dias de doenca. E' precedida de coma, que se accentua até ao fim e é annunciado, com frequencia, pelo apparecimento de convulsões. Ha asthenia cardiaca, o rosto e as extremidades se recobrem de manchas violaceas, os

olhos se escavam, as pupillas se dilatam, suor viscoso cobre o corpo do infeliz.

A cura, excepcional, quando se deve dar, é precedida de crise urinaria com polyuria — azoturia — polychloruria (Widal e Abrami).

Synthetisemos agora no quadro que se segue os elementos constitutivos da syndrome de insufficiencia hepato-renal, que dão o feitiço clinico ás ictericias graves.

<i>Syndrome hepato-renal</i>	<i>Elementos hepaticos</i>	{ Hemorragias Ictericia Amino-aciduria Excitação cerebral Augmento de volume do figado Alterações no metabolismo dos chloretos: hypochloremia por irregular distribuição dos chloretos nos tecidos. Alterações no metabolismo protidico Alterações no metabolismo glucidico Acidose
	<i>Elementos renaes</i>	{ Torpor e somnolencia Oliguria Albuminuria Cylindruria Azotemia Alterações no metabolismo dos chloretos: má eliminação

#### A SYNDROME HEPATO-RENAL NA ESPIROCHETOSE ICTERO-HEMORRAGICA, FÓRMA INFECCIOSA DE RECAHIDAS

Após uma incubação, variando, em media, entre 5 a 7 dias, surgem os symptomas geraes, indicando a invasão do organismo pelo mal, cefalalgia, grande máo estar, sensação de cansaço, vertigens, cephalgia intensa, dores violentas nos rins e nas pernas, a temperatura se eleva, alcançando a casa dos 39° a 40 grãos, surgem vomitos, etc., e dentro de 24 horas os symptomas chegam ao seu maximo, porém, ainda não se nota signal de ictericia, é a phase pre-icterica. Mas, um exame mais attento já pôde descobrir os primeiros elementos da syndrome: figado sensível á apalpação, embora pouco augmentado de volume, hypotensão arterial, Mx de 9½ e Mm 5 a 7, urinas contendo urobilina e albumina, escuras e, a indicar a claudicação do rim com mais vehemencia, o augmento da uréa do sangue. No Japão os elementos de origem hepatica são mais numerosos nesta phase, na maior frequencia das hemorragias, o que na Europa só é observado em 50% dos casos, sob a fôrma de epistaxes ou de escarros com filamentos de sangue. Ao cabo de 4 a 6 dias entra em scena a ictericia e então a nossa syndrome attinge o seu apogeu, principalmente a custa dos elementos renaes.

A ictericia, de começo apenas visivel nas conjunctivas rapidamente



se estende a todo o corpo, generalisa-se, torna-se cada vez mais nitida, podendo alcançar grãos extremos na sua intensidade. No rosto, misturando-se com rubor já existente, dá á face um colorido alaranjado, de romã madura, característico. Às vezes, porém, o matiz é de açafrão. Surge frequentemente o prurido, em relação com a retenção no sangue dos ácidos biliares, com a qual também se relaciona a bradycardia, possível de se encontrar.

As urinas, agora francamente biliosas, contem ácidos e pigmentos biliares, mas, é notada a discordancia entre o aspecto ceto-scópico do paciente, grandemente icterico e a relativa pobreza urinaria em bile, o que, evidentemente, deve ser a consequência da impermeabilidade renal: — ha forte cholemia e choluria fraca. (Widal — Eriene — May).

A ictericia pôde ser também dissociada.

As fêzes, neste periodo habitualmente se descoram, são ricas em gordura, mas conservam a fórmula normal.

O augmento de volume do figado e do baço é mais accentuado. Genivorragias e hemorragias cutaneas pôdem comparecer.

De passagem apontemos o que se passa com o sangue: ha diminuição do numero de hematias, podendo descer a 1.600.000, leve leucocytose com polynucleoses e esboçada reacção myeloide. O tempo de coagulação encontra-se augmentado, entre 5 a 20 minutos; não havendo, porém, relação entre esta constatação e as hemorragias (Widal e Etienne May). A principal alteração porém está na queda das hematoblastas, que pôdem baixar a apenas 20.000.

De um modo geral a ictericia de repetição espirochetosica se assemelha ás demais ictericias graves, sómente nella são mais nitidos os symptomas de origem hepatica, meningea e, principalmente renal, podendo até haver uma fórmula, sem ictericia, com dominancia absoluta da insufficiencia renal — fórmula renal. Em resumo, na syndrome hepato-renal da espirochetose ictero-hemorrhagica, prevalecem os symptomas renaes, que dão, ao mal, a sua nota de gravidade maxima.

Recapitulemos, pois, a sua symptomatologia de origem renal. Syndrome urinaria: oliguria accentuada, via de regra urinas abaixo de 500 cc. — albuminuria, 2 a 3 grs. — cylindruria — hematuria — diminuição dos chloretos; a uréa de começo augmentada, ás vezes muito augmentada, tendo num caso de Costa e Troisier alcançado a 75 grs., nas 24 horas; com o evolver do mal e o progredir da impermeabilidade renal, tende a diminuir, podendo passar a hypoazoturia. Esta azoturia é indice de desintegração proteica azotada e da conservação de parte das funções hepaticas. Para alguns auctores, esta desintegração se faria nos musculos, o que explicaria as accentuadas myalgias observadas.

Syndrome humoral: o comprometimento do rim, tem a sua expressão humoral na elevação da uréa do sangue, na azotemia, que, parece ter sido pela primeira vez assignalada nestes casos, em 1908, por Widal e Abrami. A espirochetose, mesmo nos casos leves, depois de ter tocado o figado, termina no rim, que offende mais ou menos profundamente (Widal — Etienne May — lococitado), de modo que a localisação renal é a sua caracteristica fundamental. Como já vimos, desde o começo, antes dos signaes caracteristicos da hepatite, geralmente já existem, elemen-

tos reveladores da nephrite. A azotemia pôde alcançar numeros elevados, até 5 grs. 93 num caso de Garnier e Gerber, porém, sem o valor prognostico apontado por Widal nas nephrites chronicas. Via de regra, fica entre 1 gr. e 1 gr. 50. Não é raro, em função desta azotemia, desenvolver-se um quadro urémico: dyspnéa sine materia — myose — cainbras — vomitos.

Quando a marcha do mal é regular e tende para a cura — os symptomas de insufficiencia hepato-renal diminuem os symptomas geraes se attenuam, ha verdadeira erise urinaria com polyuria, etc., a azotemia baixa, declinam os signaes hepaticos, o paciente parece convalescer, quando, de novo, alguns dias após, 2 — 3 — 4, o mal recrudece, a temperatura de novo se eleva, não voltam porém os elementos da serie hepatica, sómente os da serie renal, apenas, attenuados, a deficiencia funcional revelada pelo augmento da constante de Ambard, a azotemia, sendo baixa (0,10 — 0,13 — 0,27).

Em seguida, novo declinio e depois a cura.

### A SYNDROME HEPATO-RENAL NA ESPIROCHETOSE FÓRMA GRAVE

Na syndrome hepato-renal da espirochetose ictero-hemorrhagica de fórma grave, egualmente predominam e, com maior intensidade, os elementos renaes. As urinas são extremamente escassas, ha oliguria accentuada, a eliminção urinaria cahindo a 300 e até a, apenas, 100 cc. por 24 horas, pôdendo ir á anuria completa, que precede de pouco á morte do enfermo. A eliminção dos saes é algumas vezes diminuida, assim como a de uréa, mas, muitas vezes ainda se fazem em proporção regulares, em particular a uréa, cuja concentração se pôde manter em torno de 10 a 15%, indicando isto que a função hepatica da uréogenese está poupada. Parallelamente a uréa do sangue augmenta rapidamente, chegando a alcançar, cifras muito elevadas. Foram encontradas taxas de 5 a 6 grs. por litro, sendo que Garnier e Gerber, citados por Widal e E. May, encontraram em um caso 9 grs. 20 por mil de serum. Em função desta elevada retenção uréica, traduzindo a impermeabilidade renal, surgem symptomas urémicos, que indicam a terminação proxima, a morte: temperatura que cahe, vindo abaixo da normal; pupilas que se contraem, myose, o pulso que se torna pequeno e dispara, a somnolencia que se accentua, interrompida pelos vomitos que se repetem e por vezes, pequenas crises eclampticas, a agitação do corpo do doente. Aliás a somnolencia não é absoluta: o paciente conserva certo gráo de lucidez, é capaz de comprehender e responder ás perguntas feitas com insistencia e, muitas vezes, apresenta esse mixto de agitação e de ansiedade indefiniveis que caracteriza e torna tão penoso o fim dos grandes azotémicos (Widal — E. May — lococitado). Soluções podem sobrevir fazendo o miseravel soffrer ainda mais. Acho, ante as verificações de Annes Dias, seja o soluço tambem aqui função de acido-se, que, como já foi dito, não é de extranhar venha completar o quadro da insufficiencia hepato-renal. A dyspnéa, sine materia, toxica, é contraditória, mais raramente, toma o typo Cheyne-Stokes. Nas derradeiras horas, e

só então, o coma se torna completo, sobrevindo o exito letal ao cabo de 7 a 12 dias de cruezis padecimentos.

Quando a insuficiência renal não é extrema, poder-se-ha observar um esboço de recahida, aspecto tão característico da espirochetose ictero-hemorrhagica. Nota-se, então, a discordancia entre a curva thermica que toma o typo da fórma benigna de recahida e a marcha da syndrome renal que é inexoravel, findando o paciente por succumbir aos progressos da urémia, apesar de já haver, de algum tempo, às vezes até muitos dias, ausencia de febre (70 dias no caso de Pissavy). Quando a marcha do caso o permite, outros accidentes pôdem ser notados e, como no mal de Bright, é possível constatar-se atrito pericardio, além de complicações infecciosas, ora localizadas nas vias biliares; ora nas parotidas, que pôdem suppurar. Via de regra, são funcção de infeções secundarias, caueadas, principalmente, pelos estrepto e pneumococcos.

Excepcionalmente a cura é observada e quando tal se deve dar, ha erise urinaria, queda da azotemia, melhora do estado geral, etc. De qualquer fórma, a evolução depende do rim. E' a nephropathia aguda que a commanda. (Widal — E. May, lococitado).

No ponto de vista da participação hepatica na syndrome, é ella, pelo menos na Europa, quasi que exclusivamente representada pela ictericia, pois as outras manifestações, como hemorrhagias e alguns symptomas nervosos, são pouco apparentes. Este aspecto clinico bastante particular, como bem accentuam Widal e E. May, é devido a que, na espirochetose, as lesões do figado e, por consequinte, os signacs proprios de insuficiência hepatica, são relativamente pouco intensos e, si de facto a ictericia depende do figado, a gravidade provem do rim.

Na febre amarella, *mutatis mutandi*, a syndrome hepato-renal se apresenta de um modo quasi equal ao da espirochetose ictero-hemorrhagica, tendo havido até confusões entre uma e outra. (Barros — 10).

Eschematisando, temos:

<i>Syndrome de insuficiencia hepato-renal</i>	}	<i>Elementos hepaticos (secundarios)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmento do volume e sensibilidade do figado</li> <li>Urobilinuria</li> <li>Hemorrhagias (50%)</li> <li>Bradycardia-hypotensão</li> <li>Ictericia intensa (póde faltar)</li> <li>Acidose</li> </ul>
		<i>Elementos renaes (dominantes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oliguria-anuria</li> <li>Symptomas de depressão nervosa</li> <li>Azotémia</li> <li>Eclampsia</li> <li>Coma urémico</li> </ul>

#### CONCEITO ACTUAL SOBRE AS HEPATONEPHRITES O PROBLEMA DA INSUFICIENCIA HEPATICA

A tendencia actual é para a individualisação das hepato-nephrites e multiplas tem sido as communicações feitas á Sociedade Medica dos

Hospitales de Paris sobre casos de infecções e intoxicações, com icterícia e distúrbios renaes, todos sob a rubrica de Hepatonephrite. Brulé Le-négre (lococitado), em sua communicação intitulada: Hepato-nephrite grave após a ingestão de um abortivo, são bem precisos quando dizem: "Le lendemain de l'avortement, sans infection utérine, apparaît une ictere qui va évoluer comme une hepatonephrite grave." A icterícia presente em todas as observações já não tem papel dominante, como outróra em que servia para rotular taes estados morbidos, passa a ser apenas um dos elementos integrantes do quadro clinico, um dos symptomas da syndrome, podendo mesmo faltar, embora haja insufficiencia hepatica (Labbé — 11) ou melhor, como em breve veremos, a icterícia é apenas uma das modalidades da imperfeição hepatica, podendo existir só, ou, em companhia de outras, na syndrome hepato-renal. Por outro lado, começa-se a melhor conhecer o papel do figado em muitos estados em que apenas era antes o rim incriminado (Léon Tixier — Marcel Eck — lococitado). As alterações do metabolismo da agua e dos chloretos já vão entrando no rol dos distúrbios passíveis de uma pathogenia hepatica dominante. Lemierre, Laudat, etc. (12) observaram um caso de hepatonephrite com azotémia progressiva e hypochloremia, na qual a cura de rechloruração, embora tivesse interrompido a serie de vomitos que atormentavam o paciente, não só não impediu o progresso da azotémia, como até provocou edema agudo do pulmão, tendo havido má repartição da agua e dos chloretos no organismo, affluindo ambos para o pulmão. É interessante approximar esta observação da de Rathery e Dérot (lococitado), na qual igualmente houve azotémia com hypochloremia e reacção paradoxal á rechloruração, que determinou signaes nitidos de retenção chloretada. A explicação deve ser a mesma apra ambos os casos, a proposta por Lemierre, Laudat e Maurice Rudolf (lococitado) e reside na associação morbida hepato-renal: o rim eliminaria mal os chloretos (além dos productos azotados), e o figado os repartiria igualmente mal no organismo, provocando a hypochloremia irreductivel, donde o fracasso da therapeutica pelo sal em ambos os casos. Mas, já não é só, no metabolismo da agua e dos chloretos que o figado tem papel saliente tambem na genese de certas azotémias parece não ser desprezível a sua influencia. A proposito Rathery e Dérot (13) em seu artigo sobre a cretininemia fóra das nephrites dizem: "Nous avons observé d'autre part chez trois de nos malades une rétention uréique sans hypercréatininémie: le premier cas est un icterique chez qui rien ne permettait de déceler une lésion rénale; le deuzieme cas concerne un cirrhotique dont le reins semblèrent normaux á l'autopsie; le troisieme était également un cirrhotique, dont l'examen histologique rénal n'a pue être pratiqué; ces cas permettent de poser la question de l'existence d'une azotémie uréique sans hypercréatininémie du cours des maladies du foie; nos observations sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre de la résoudre."

Trabalhos recentes tendem a ainda mais extender essa possibilidade da existencia de uma azotémia de origem hepatica, mesmo fóra das hepatopathias segundo o conceito classico. Não é demais novamente chamar a attenção para o já citado trabalho de Léon Tixier e Marcel Eck,

pois ha nelle muita coisa interessante que nos vem explicar porque certos doentes fazem uma urémia grave e morrem com azotémias relativamente pouco elevadas, 0,50 — 0,80, quando outros supportam perfeitamente bem taxas de 1 gr. e mais. A razão parece estar na intervenção do figado segundo o mechanismo que se segue: nos casos de azotémia fraca, sem grande augmento da uréa do serum, deve ter papel importante a retenção nos tecidos de moléculas ricas de azoto, sobre os quaes ainda não temos nenhuma idéa, *mas verosimelmente imperfeitamente elaboradas por um figado deficiente*, pouco diffusiveis no serum e retidas no organismo por um rim para ellas insufficientemente permeavel, mas ainda permeavel quanto á uréa.

Essa explicação é o resultado de numerosas observações sobre o effeito admiravel das injeções de Cynara (alcachofra) em hepato-renaes, polyeserosos, assim como de verificações em animaes. E' a funeção uréogénica do figado compromettida que aggravará a situação. "L'urée quelle que soit sa toxicité porpre constitue néaumoins parmi les chaînons de désintégration des composés azotés le plus évolué, le moins toxique, certainement le plus facile a éliminer. La stimulation de la fonction uréogénique du foie jointe a la stimulation de la cholérèse et de la diurese nous semble un précieux auxiliaire dans la thérapeutique de l'insuffisance rénale." Esta conclusão de ordem therapeutica vem confirmar a intervenção hepatica no quadro de certas insufficiencias renaes, dando-nos uma syndrome hepato-renal frusta, nitidamente renal e silenciosamente hepatica.

Em summa, pôdem existir disturbios hepaticos com coloração icterica da pelle e das mucosas, sem alterações renaes ou inapparentes estas, para os quaes o rotulo de ictericia ainda deve prevalecer e, casos, talvez mais numerosos, em que, ao lado daquelles e em intima associação com elles, apparecem symptomas reveladores de deficiencia renal, em dominancia no conjuncto morbido, para os quaes melhor e mais precisa será a rubrica de hepatonephrite. Além desses quadros mais ou menos ricos, mas, via de regra precisos, outros se esboçam, em que ao deficit funcional renal se ajuntam imperfeições funcionaes hepaticas para tornar mais sombrias as côres com que sóem se apresentar taes disturbios renaes. Poderemos tambem incluir taes casos entre as hepatonephrites? Ou será melhor fallar apenas em syndrome hepato-renal incompleta? O assumpto é difficil de resolver e está a pedir maior attenção da nossa parte. Ainda somos muito organicistas e localisticos em nossa nosologia, ainda não nos convencemos da necessidade de encarar o organismo como um complexo cujas partes são solidarias entre si e que pôdem e o fazem constantemente, associar-se em synergia morbida para gerar aspectos clinicos os mais variados. Este modo de encarar a pathologia não tem só um valor theorico ou doutrinario, mas principalmente pratico e utilitario, na indicação therapeutica adequada, não unilaterial e incompleta, mas total e racional.

*O problema da insuficiencia hepatica*

Mas, haverá de facto uma insuficiencia hepatica no sentido lato como a temos tomado? Ou melhor, poderemos nós no momento actual legitimamente diagnosticar-a? Gallart-Mones e Fontcuberta Casas (14), em successivos trabalhos e artigos, vem se batendo pela impossibilidade e ilegitimidade de tal diagnostico. No VI Congresso Medico de lingua catalã, sustentaram que, de accordo com a sua experiencia fundada sobre numerosos casos de doenças do figado observados no hospital de Santa-Cruz e de São Paulo, de Barcelona, se consideram auctorizados a afirmar que, quando o criterio clinico é incapaz de (o que acontece na maior parte dos casos) estabelecer um diagnostico de insuficiencia hepatica, *a exploração funcional tambem não resolve o problema.* Em ulterior artigo apparecido na *Présse Medicale*, confirmam as idéas expendidas no referido Congresso e a proposito dos symptomas apontados por Fiessinger e Casteram como proprios da grande insuficiencia hepatica, assim concluem o seu trabalho: "Reconnaissons tous, em dépit de cette abondance de symptômes qu'il n'y a pas un qui puisse servir a faire le diagnostic de l'insuffisance hepatique. La plus convaincante des preuves de la fragilité de l'étude de cette insuffisance hepatique c'est l'innombrable quantité des techniques proposées pour son étude; ces methodes se substituent les unes aux autres a mesure que, par défaut de base solide, elles tombent en disgrâce, et elles sont elles mêmes remplacées par d'autres qui n'ont pas plus de base que les épreuves déchues, *car aucune na rien qui puisse satisfaire l'esprit du clinicien.*" Terão os collegas hespanhoes razão, será preciso fazer tabula rasa de tudo o que se tem escripto sobre o assumpto? Nem tanto ao mar, nem tanto á terra. Si é verdade que se tem exaggeradamente alargado o conceito de insuficiencia hepatica como insuficiencia global do figado, não é menos verdade que, em muitos casos ella existe e é possível diagnosticar-a. Na realidade o que ha é que sendo o figado o orgam de funcções mais complexas e numerosas da economia animal, e nem sempre sendo facil ou mesmo possível logo descobrir qual ou quaes as claudicantes é habito pensar só no todo e desprezar as partes, e, tomando a parte pelo todo, fallar na alteração funcional global. E' ainda, tambem, uma especie de força de inercia, que faz continuar a só pensar no conjuncto das referidas funcções e a não procurar, como é de praxe para o rim, qual a perturbada ou a mais perturbada, o que em parte pôde explicar a discordancia nos resultados obtidos; a apparente insuficiencia das technicas. Mas a reacção contra esse modo de agir já se está fazendo sentir, Henri Bon (16) em recente trabalho, julga que si as provas funcionaes hepaticas não nos permittem conclusões precisas, não é devido a que sejam defeituosas, mas, sim, porque o conceito de insuficiencia hepatica está sendo muito exaggerado. Nem tudo em pathologia hepatica é insuficiencia, ha casos que melhor se explicariam ao contrario, por um excesso funcional, por uma hyper-hepatia ou por uma irregularidade ou dyshepatia. Entre os symptomas que pôdem correr por conta da hyper-funcção, inclue a subictericia e alguns typos de ictericia por super-produção biliar, nos quaes a insuficiencia é de facto relativa e não real.

Rheumatismo?

# RHEUMALINA!



Formula da Rheumalina:

Cada colher de sopa contem:

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

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos

## LABORATORIO DA RHEUMALINA

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



**E. MERCK DARMSTADT**  
**Ultracarbon**

Carvão medicinal ultra-adsorvente

COMPRIMIDOS

GRANULADO

Maximo efeito de adsorção intestinal nas

**Intoxicações intestinaes**

por alimentos deteriorados (carne, peixe)  
por venenos chimicos e mineraes

**Fermentação intestinal excessiva**

Meteorismo

**Diarrheas**

em adultos e crianças

O Ultracarbon é completamente atoxico e pode ser administrado, sem receio, a crianças e lactentes.

Amostras e literatura pela

Cia. Chimica »MERCK« Brasil S. A.,

Rua Theophilo Ottoni 113 — RIO DE JANEIRO — Caixa postal 1651

Amostras e Literaturas: Filial em Porto Alegre - Rua Senhor dos Passos, 94 - Tel. 6533



Ora, não havendo, como veremos, em alguns casos de ictericia com syndrome hepatorenal, lesão destructiva hepatica, ao contrario, existindo hyperplasia celular, é logico deduzir que nessas circunstancias teriamos uma associação de hyper-funcção hepatica com hypo-funcção renal, uma syndrome mixta, hyper e hypofuncional-hepato-renal.

O Prof. Roberto Solé (16), fez na sessão inaugural da Conferencia de Medicos do Hospital Rawson, de 7 de Abril de 1934, uma interessante e documentada comunicação sobre insufficiencia hepatica em que, tambem procura demonstrar a impropriedade da maior parte dos diagnosticos da referida insufficiencia. Assim começa elle o seu trabalho: "Para esta conferencia empleo el titulo de insufficiencia hepatica, apesar de considerarlo inconveniente e inadecuado. Lo hago por una parte por la atracción que en general este tema provoca y por otra, para atacarlo, llamando la atención sobre la necesidad imperiosa de iniciar una campaña en contra del uso y abuso incorrecto de ese termino." O illustrado professor de clinica cirurgica, aproveitando as oportunidades que lhe proporcionam as laparotomias, retira um fragmento, faz uma biopsia hepatica, que lhe permite estudos histo-pathologicos interessantissimos e de maior valor para confrontações com a clinica, do que o processo classico do exame post-mortem, já em condições differentes das que se encontram durante a vida. Tal systema, que considera a via pela qual poderemos dar o grande passo para a interpretação de muitos phenomenos clinicos, vem elle seguindo ha 3 annos; já sendo vasto, portanto, o material accumulado.

Solé, como Henri Bon, considera necessario abandonar o termo de insufficiencia hepatica, ou melho reservalo para determinados casos, como a ictericia grave, a atrophia aguda, etc., que representam um quadro clinico correspondente a uma perda total ou sub-total do organo, semelhante á resultante da experiencia de hepatéctomia total ou sub-total. Admitte, de accordo, dois grãos, insufficiencia hepatica total e insufficiencia hepatica parcial segundo se suspeite da destruição total ou parcial do parenchyma hepatico. "En todos los demás casos, continua, en que el órgano no es atacado violentamente por substancia toxica y necrótica, ye que las alteraciones celulares son de ordem degenerativa o de hepatosis, el termino de insufficiencia es inadecuado." Evidentemente a lesão celular poderá determinar a alteração de uma das suas respectivas funcções e respeitar as outras, donde a necessidade de uma classificação que considere isoladamente taes alterações, encarando particularmente a funcção alterada e não o seu conjuncto, como um todo unico e indivisivel.

Esteado em numerosas observações clinicas e no resultado de suas biopsias, propõe Solé, para taes casos, o termo de "imperfeição" que julga ser o mais expressivo, o que melhor convem a taes perturbações funcçionaes, que se pódem revelar modificadas para mais, para menos ou para a desorientação, por isso ao termo imperfeição deverá se ajuntar a indicação da qualidade da mesma, como, por exemplo, imperfeição glycogenica, biligenica, proteica, lipoidica, marcial, hemopoietica, fixadora, etc., positiva ou negativa, conforme haja augmento ou diminuição da mesma. E' o conceito de Henri Bon, das hypo e hyperfuncções, com a

vantagem de maior precisão de linguagem, porém, parece não attender bem ao conceito de dysfunção, para o qual talvez convenha o qualificativo de irregular: imperfeição hepatica com irregularidade glyco-genica, p. ex.

Devemos confessar que a critica dos auctores supra mencionados não deixa de ter a sua razão, que é procedente em grande numero de casos, e, não se comprehende mesmo como ainda se relute em pensar nas alterações funcionaes parceledas ou dissociadas do figado, quando é esse um criterio universalmente seguido na clinica das doenças do rim. A proposito, tambem, caberia a suspeição de que muitos dos symptomas attribuidos á insufficiencia hepatica a ella não pertencem e sim á associacão de uma insufficiencia renal, por isso, como já tive occasião de chamar a attenção, linhas atrás, os observadores modernos tendem a abandonar as denominações de ictericia ou de insufficiencia hepatica, outrora empregadas com muita frequencia, para substitui-las pelas de hepatonephrite ou de syndrome de insufficiencia hepato-renal, mais exactas e mais verdadeiras, porquanto parece ser quasi uma lei a associacão hepato-renal na genése de taes quadros clinicos. Não pretendo dizer que não possa haver casos de insufficiencia hepatica pura, mas devem ser raros, porquanto, mesmo os apontados por Solé, ictericia grave, atrophia aguda, na primeira, pelo menos, a associacão renal é constante.

Ahi está uma hypothese ou melhor um thema para motivo de novos trabalhos, de novas pesquisas donde, certamente advirão muitos proventos não só de ordem doutrinaria, como principalmente pratica, no estabelecimento de uma therapeutica mais efficiente, o alvo verdadeiro de todos os nossos esforços.

### ETIO-PATHOGENIA

A infeccão é o grande factor das hepatonephrites, ora o germe é perfeitamente reconhecido pelos meios habituaes, ora é impossivel exactamente dizer qual elle seja. Dentre os agentes morbidos mais em particular ligados com as hepatonephrites, occupam o espirocheta ietero-hemorrhagiae e o agente da febre amarella, os primeiros logares. Felizmente a febre amarella já vae passando, no mundo civilisado, para as coisas do passado; o mesmo, porém, já se não póde dizer da espirochetose, que existe não só no Oriente longinquo, no Japão, como na velha e ultra-civilisada Europa e na nossa America, aonde Enrique Barros (lococitado), recentemente a identificou na Republica Argentina. De começo, foram os componentes do grupo coli — Eberth — os mais inerimindos, mas, a seguir como se fossem notando falhas nas verificacões laboratorias no tocante a esses germes, foram outros procurados. Netter e Ribadeau-Dumas (citados por Widal e Abrami), em 22 casos encontraram os para A e B e em 1 caso o b. Gaertner. Após a descoberta de Inada e Ido, houte uma tendencia nos meios medicos a considerar o espirocheta ietero-hemorrhagiae, como o causador quasi exclusivo de taes hepatonephrites, e, houvesse, embora, pela hemocultura a demonstracão da existencia de outros germens, eram apenas consideradas “de sortie”. Hoje,

porém, a reacção contra tal concepção começa a se fazer sentir e já se pôde affirmar que a espirochetose, embora determine um consideravel numero de casos, não resume a etiologia das hepatonephrites infecciosas agudas primitivas (ellas pôdem surgir secundariamente a uma infecção geral conhecida ou mesmo a uma infecção local das vias biliarias já em evolução). "Existe ao lado da espirochetose icterigena, e, fóra della, uma outra causa ou outras causas infecciosas, susceptiveis de associar, em uma evolução aguda, os signaes de hepatite e os de nephrite." (Brulé, Hillemand, etc. — 17).

Dentre os germes apontados como tendo provocado o apparecimento de hepatonephrites encontramos os staphylo, os estrepto, os pneumococcos, o *B. perfringens*, etc.

Entre as observações de hepatonephrite, publicadas nestes ultimos annos, frequentes são os casos em que o processo morbido fôra a consequencia do aborto provocado, ora em relação directa com o abortivo empregado (Duvour, Laudat, etc. — 18) (Brulé — Lenègre, lococitado), ora tendo sido impossivel de determinar si em relação com este, dada a distancia entre a sua ingestão e os primeiros signaes do mal ou com provavel infecção pelo *perfringens* (Laederich — Berger, etc., — lococitado).

Ha casos, como os de Lemierre, Laudat, etc., em que a causa fica incerta, indeterminada.

As intoxicações, como acabamos de ver, ao tratar das relações etiologicas entre o aborto provocado e as hepatonephrites, pôdem ser um dos motivos das mesmas e Pasteur-Vallery-Radot, Delafontaine, etc. (19) observaram um caso consequente a ingestão de um linimento contendo camphora e alcaloides dando a reacção da morphina e do acido meconico, não tendo sido possivel verificar si havia ou não chloroformio e balsamo tranquillo.

No ponto de vista pathogenico é doutrina dominante considerar as hepatonephrites como o resultante de uma scepticemia ou de uma intoxicação geral, com localisação hepato-renal predominante.

Convem não esquecer os casos frustos, como certos polyesclerosos e azotémicos, com disturbios renaes dominantes e imperfeições hepaticas uréogenicas e antitoxicas inapparentes á primeira vista, mas positivas ao raciocinio clinico ante o apparecimento de crises urémicas mortaes com azotémia discreta (0,50 — 0,80), assim como em face do criterio therapeutico, a medicação hepato-estimulante (alcaachofra ou a opherapia) determinando melhoras inesperadas. Na acidose que pôde apressar o fim dos brighticos, é possivel, tambem, encontrar a nota hepatica, assim como é esta das mais importantes em certas retenções hydricas teciduaes (com todas as suas consequencias), cujo mecanismo, segundo Jiménez Diaz (13) seria o seguinte: "um dos principaes factores do equilibrio aquoso é a pressão oncótica do plasma; ora, sendo esta, em grande parte regida pela composição proteinica do plasma, resulta que o figado, como organo do systema de regulação das proteínas sericas, é um elemento fundamental no metabolismo aquoso, donde, sendo perturbada a sua função, os edemas e a oliguria serão a consequencia immediata, e, em função da oliguria, a insufficiencia renal (que chama de funcional) e a urémia por falta de offerta aquosa. Tambem a acidose,

em taes casos verificavel, póde ser a consequencia da oliguria — da anhydremia.”

Em resumo: ha uma syndrome hepato-renal traduzindo um ataque infeccioso ou toxico simultaneo ao figado e ao rim — perfeitamente bem conhecida, e, possivelmente, uma outra apenas esboçada e entrevista, a revelar disturbios metabolicos até então do dominio quasi exclusivo das nephropathias.

### ANATOMIA-PATHOLOGICA

A substructura anatomo-pathologica em que se assenta a syndrome de insufficiencia hepato-renal é variavel, como variaveis são as suas causas.

As lesões ora tomam um aspecto grave, com profunda modificação da architectura do figado e do rim, com degenerações cellulares intensas e extensas, ora são ellas apenas verificaveis e o observador fica intrigado com o contraste entre a gravidade dos symptomas observados no decorrer do mal e a insignificancia dos estragos materiaes verificados post-mortem. Convem, para acompanhar os tratadistas classicos, começar esta breve analyse pelo figado. Mostra-se este ora atrophiado e amarellado, ora de volume normal e de coloração apenas modificada, ora hypertrophiado. A chamada atrophia amarella é de regra quando a syndrome apparece como um dos elementos, aliás o principal, do quadro da febre amarella. Na espirochetose ictero-hemorrhagica é excepcional. Nesta o mais commum é encontrar-se integridade quasi completa da viscera, havendo apenas reacções hypertrophicas com cariocynese. No caso de haver lesões, estas tem como aspecto caracteristico a ausencia quasi completa de processo inflammatorio e o apagado das degenerações cellulares. Quanto aos rins as suas lesões eão, como dizem Widal e Abrami, superponiveis ás do figado; ora grandes e molles, de coloração amarellada, ora grandes e firmes, resistentes, variando o peso de 160 a 300 grs. Muitas vezes, como no figado, a integridade anatomica é quasi completa, havendo apenas congestão dos capillares da zona medullar, leve reacção cariocynetica, com integridade do elemento secretor, o aparelho glomerulotubular podendo estar isento de toda e qualquer lesão, contrastando o resultado desses exames, tão pobres em verificações pathologicas, com a riqueza dos disturbios funcionaes notados in vitam. Como para o figado, parece que ha inhibição, paralysação funcional consequente á presenca do agente morbigeno, que talvez não tenha tido tempo sufficiente para alterar materialmente essas visceras. De outras vezes, porém, as lesões são evidentes e attingem os tubos contornados, porém, sempre parcelladamente. As cellulas, nos pontos lesados, se apresentam tumidas, com a sua bordadura turva; ha cytolyse protoplasmica, etc. O tecido intersticial tambem póde reagir, havendo dilatação dos capillares e infiltração leucocytaria, principalmente de lymphocytos. Mais raramente encontrada é a fórma de congestão aguda hemorrhagica localisada na cortical (Widal e Abrami — Widal e E. May — leucocitado).

Nas ictericias graves, de outra natureza, para fallar a linguagem classica, as mesmas observações, quanto á anatomo pathologia, são cabi-

veis. Pasteur-Vallery-Radot, Delafontaine — (lococitado), em um caso de hepatonephrite toxica, por ingestão de um linimento, encontraram um figado molle, pesando 1.150 grs., com o aspecto typico do "foie gras". Os rins, augmentados de volume, pesavam o E. 180 grs. e o D. 185 grs., ao corte apenas se notava uma cortical pallida. Ao contrario das fórmas infecciosas supramencionadas, neste caso dominavam as lesões do figado, cuja architectura geral estava completamente modificada. Lesões cellulares degenerativas e necrose perilobular largamente invasora foram observadas. Os rins, porém, eram quasi indemnes, as lesões de esclerose de media intensidade que apresentavam sendo, evidentemente, anteriores á intoxicação.

No caso de Lemierre, Laudat e Rudolf (lococitado), o figado pesava 2 kg. 470, era de consistencia molle e de coloração castanho-amarellado. Os rins volumosos, pesavam 270 grs. cada um, eram tambem de consistencia molle, pallidos. Ao exame histologico do figado havia cellulas cujo protoplasma fôra substituido por vesiculas adiposas, dominando as lesões degenerativas na vizinhança dos espaços porta. A um augmento fraco havia esboço de cirrhose perí anular; um tecido de esclerose muito tenue e muito rica em cellulas redondas cercava os lobulos, dos quaes, como já vimos, muitos em degeneração gordurosa mais ou menos extensa. Nos rins attrahia logo a attenção, na substancia cortical, o alargamento dos tubos secretores, cujo epithelio apparece muito alterado, achatado. Muitas cellulas estão desintegradas, seus nucleos apenas tomam os corantes. A luz dos tubos estava cheia de magma granuloso, etc. Os glomerulos tambem se apresentavam alterados: volume desigual, novellos volumosos, turgidos, cheios de hematias, etc.

Em resumo as verificações anatomo-pathologicas não são fixas e sempre as mesmas, parecem variar, não em relação com a intensidade da syndrome, mas, em função das suas condições de apparecimento, da sua etiologia.

### SYNTHESE FINAL

Em resumo, no decorrer das chamadas ictericias graves, infecciosas ou toxicas, e mesmo em muitas consideradas benignas, surge uma syndrome clinico-humoral constituída de symptomas e signaes de origem hepatica e renal, a traduzirem uma aggressão simultanea ou rapidamente successiva a esses importantes organs. A esta associação morbida hepato-renal dá-se o nome de hepatonephrite, e, á syndrome clinico-humoral que a exteriorisa, de syndrome de insufficiencia hepato-renal, em razão de ser a expressão do deficit funcional das referidas visceras. Como esta syndrome, na maior parte das vezes, occupa quasi toda a scena morbida, a tendencia é para, nessas condições, deixar de lado a velha denominação de ictericia, por demais incompleta e unilateral, substituindo-a pela de hepatonephrite, mais completa e mais de accordo com os factos, seguida dos qualificativos de aguda ou sub-aguda, infecciosa ou toxica, etc. Isto no caso, como já ficou dicto, dos symptomas adquirirem

o seu pleno desenvolvimento, tornando o quadro, então, sufficientemente característico, para se impor á nossa attenção. Outras vezes é a syndrome precedida de uma phase inicial brásca lembrando, como no caso de Lemierre e Laudat (lococitado), uma colica hepatica, ou tomando a mascara de uma appendicite aguda, tal o caso de Brulé, Hillerand (lococitado), em que se chegou a encarar a possibilidade de uma intervenção rapida, que foi affastada ante o apparecimento de evacuação diarrheica sanguinolenta, sub-ictericia, etc., que levaram ao verdadeiro diagnostico. A explicação do aspecto appendicular que de começo pôde a syndrome apresentar, deve ser a mesma proposta por Pasteur — Vallery — Radot para um seu caso de nephrite chronica azotémica com syndrome appendicular: os symptomas dolorosos da fossa iliaca D, *acompanhados de evacuações sanguinolentas*, como sóc observar-se em taes casos, resultariam de ulcerações intestinaes, provavelmente localisadas no ceco e na porção terminal do ileo.

Como diagnosticar uma syndrome hepato-renal? Si nos acharmos ante um caso de ictericia grave, e mesmo benigna, basta saber que a syndrome existe para logo nella pensar e busear na analyse dos symptomas e nas pesquisas laboratoriales adequadas, as provas da sua presença. Ha casos em que os seus elementos componentes adquirem desde logo tal desenvolvimento que o quadra clinico, de começo, logo se torna sufficientemente característico para se impor á nossa attenção e só errará quem se não lembrar de procurar nos exames laboratoriales, na chimica urinaria e humoral a confirmação das suas deducções clinicas. Alguns auctores, considerando mixta a patogenia da azotémia das hepatonephrites agudas, ao mesmo tempo em funcção da hyperurógenese hepatica e da deficiente eliminacão renal (Merklen et Lioust), dão valor á associacão hyperazoturia e azotémia, no diagnostico da syndrome (Duvoyr-Laudat, Pollet e Jean Bernard — lococitado). Mas, nem sempre a azotémia se acompanha de hyperazoturia e, muito ao contrario quando esta, de começo existe, no fim tende a passar a hypoazoturia ante os progressos da impermeabilidade renal ou da imperfeição urógenica hepatica, revelada no augmento do azoto residual ou na retenção histica de moléculas ricas em azoto pouco diffusíveis no serum e retidos por um rim para ellas impermeavel, embora ainda o seja para a uréa (León Tixier — Marcel Eck — lococitado). Penso ser na pesquisa minuciosa dos signaes da imperfeição hepatica e da insufficiencia renal que encontraremos a base solida para um diagnostico seguro de hepatonephrite, já previsto pela analyse clinica cuidadosa, uma vez que se saiba que ha tal syndrome e quaes sejam as suas condições de apparecimento.

Eschematisando: signaes de máo funcionamento hepatico (sub-ictericia, imperfeição urógenica, hyperazoturia, glycosuria e galactosuria alimentares, amino-aciduria, etc.) + signaes de nephropathia (principalmente azotemia, acompanhada ou não de hypochloremia ou de retenção de chloretos) = hepatonephrite.

# YAMBI

## MODERNO ESPECIFICO IODO BISMUTHICO LIPOSOLUVEL

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

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



e de perfeita absorção.  
absolutamente indolores



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

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

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

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



## INSTITUTO PAULISTA DE BIOCHIMICA

**São Paulo**

Caixa Postal, 3329  
Teleph. 7 - 2265

**Rio de Janeiro**

Av. Nilo Peçanha, 151  
Teleph. 2 - 5566

Representantes no Rio Grande do Sul:

**FAUSTO SANT'ANNA**

Rua Siqueira Campos, 1257  
Porto Alegre

**BOHNS & CARNEIRO**

Rua Marechal Floriano, 115  
Pelotas

# IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

# TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORBUÍD E CHALMOGRÍCO, SUPERSATURADOS DE LÍPIDES TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

**PIO, MIRANDA & CIA. LTDA**

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

## O melhor Tônico é a Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS  
NOTÁVEIS MÉDICOS

O SEU VALOR TERAPEUTICO SE IMPÕE PELO SEGUINTE:

- 1.º — Não contém fluoretos (discalcificantes).
- 2.º — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
- 3.º — Não contém phosphato mono-calcico e phosphato bi-calcico (fraca assimilação);
- 4.º — Não contém glicero-phosphatos (assimilação 18%);
- 5.º — Na sua confecção entram como elementos principaes os HYPOPHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
- 6.º — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.º — É o tônico que possui maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feijó 22

CAIXA POSTAL 1578 — S. PAULO



<i>Syndrome de insuficiencia hepato-renal</i>	{	<i>Symptomas de hepatopathia</i>	+	<i>Symptomas de nephropathia</i>	}	Fígado augmentado e doloroso Urobilinuria Sub-ictericia Ictericia Imperfeição uréogenica { <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">positiva</td> <td>{</td> <td>Hyperazoturia</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">negativa</td> <td>{</td> <td>Augmento azoto residual Moleculas azoto mal elaboradas Amino-aciduria</td> </tr> </table>	positiva	{	Hyperazoturia	negativa	{	Augmento azoto residual Moleculas azoto mal elaboradas Amino-aciduria
		positiva	{	Hyperazoturia								
		negativa	{	Augmento azoto residual Moleculas azoto mal elaboradas Amino-aciduria								
Glyco e galaetosuria alimentares Acidose Má distribuição tecidual dos chloretos, etc.												
Albuminuria Cylindruria Azotémia (principal) com ou sem Hypo ou hyperchloretemia												

Por outro lado a intervenção do fígado se poderá verificar em condições até agora consideradas puramente do dominio renal, tal o disfarce ou a quasi nenhuma apparencia de tal intervenção, como na urémia de certas polyescleroses, em determinadas azotemias com provas renaes de diluição e concentração normaes, em algumas hypochloremias resistentes ou intolerantes á therapeutica salina, etc. Penso que ha muito a desbravar neste terreno, que se apresenta cheio de promessas e de possibilidades, não só especulativas como utilitarias e praticas.

A anatomia pathologica algumas vezes dá a razão, na verificação das lesões, não só da existencia da syndrome, como da maior ou menor dominancia na mesma dos symptomasa hepaticos ou renaes, conforme a maior gravidade das alterações anatomicas se verifique para uma ou para outra dessas visceras. Muitas vezes, porém, é negativa em seus informes e somos forçados e pensar que disturbios puramente dinamicos, funcioneaes, tenham motivado o seu aparecimento.

O prognostico, quando não toma a sua base já na etiologia (febre amarella — espirochetose grave), encontra os seus fundamentos na intensidade dos signaes a attestarem a gravidade do soffrimento do fígado (hemorragias repetidas e profusas — ictericia intensa e progressiva, acidose, etc.), ou do rim (azotémia elevada e ascendente, etc.)

No ponto de vista tratamento pôdemos dizer que igualmente este pôde ser etiologico ou syndromico. Será etiologico quando visar a causa, espirochetose, por ex., com o sôro especifico. Será syndromico quando visar a syndrome em si; como, naturalmente, o tratamento syndromico será tambem associado ao etiologico, é o de mais lata applicação. Constará de uma dieta especial, em que sejam abolidos os alimentos ricos em proteínas, limitando-se o paciente ao uso de hydratos de carbono, fructas cozidas, etc. Como therapeutica para o máo funcionamento hepatico está especialmente indicada a glyco-insulino therapia, util á

vida cellular hepatica, efficiente no combate á acidose; a opotherapia hepatica, tambem, muitas vezes tem a sua indicação. Para o rim, além do regime, a opotherapia renal, de effectos duvidosos; quando á azotemia se ajunta hypocholetemia, impõem-se a rechloruração que, póde falhar e até trazer accidentes, como edema agudo do pulmão, etc. Em casos de oliguria extrema a descapsulisação permittiu o reaparecimento da urina. Ultimamente tem sido empregada com real proveito nestes casos, a alcachofra (*Cynara*) quer em injeções quer per os sob a fórma de extracto fluído, na dosagem de XXX a XC gottas por dia. A alcachofra é choloretica, chologaga e diuretica; estimula as funcções hepaticas e renaes.

A drenagem medica das vias biliares tambem tem se mostrado effeaz; não só em casos de ictericia grave, como, até em retenções azotadas e chloretadas, aparentemente sem relação com o figado. Para tal é mister que a sonda de Einhorn permaneça varias horas por dia in loco.

#### BIBLIOGRAPHIA

- 1) *Syndrome* — Placido Barboza — Dicionario de Terminologia Medica Portugueza — Edição 1917 — pag. 439.
- 2) *Léon Tixier et Marcel Eck* — La signification de l'azotémie et de la cholestérinémie. Le rôle de la rétention tissuraile. Le cycle des éliminations après stimulation thérapeutique des fonctions hépato-renales. Bull. et Mém. de la Societé Médicale des Hopitaux de Paris — N.º 24 — 16—Julho—1935.
- 3) *Brulé et Lenègre* — Hepato-nephrite grave après ingestion d'un abortif. Bull. et Mém. de la Societé Médicale des Hospitaux de Paris — 1932 — Ps. 860.
- 4) *Widal et Abrami* — *Icteres* — Nouveau Traité de Médecine de Roger — Widal — Teissier — Fasciulo XVI.
- 5) *G. Lepohne* — *Affecções do figado e das vias biliares* — Tradueção de Heitor Jobim e Raul Margarido.
- 6) *Laederich — Jean Berger — H. Mamou et Beuchesne* — Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hopitaux de Paris — N.º 23 — 10—Julho de 1933.
- 7) *Rathery, Dérot et Molino* — Étude biologique d'un cas d'hépatonéphrite infectieuse aigue — Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hopitaux de Paris — N.º 24 — 16—Julho—1934.
- 8) *Pasteur — Vallery — Radot, P. Delafontaine, Jean Hamburger et Mlle. P. Gauthier Villarres* — Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hopitaux de Paris — N.º 22 — 3—Julho—1933.
- 9) *Widal et Etienne May* — *Espirochetose* — Nouveau Traité de Médecine de Roger — Widal — Teissier — Fasciulo XVI.
- 10) *Marcel Labbé — Maladies du Foie* — Pathologie Médicale — Bezançon, Marcel Labbé — Léon Bernard, J. Sicard — 1922 — Tome V.

- 11) *Enrique Barros — Espirochetose Ictérohémorrágica — La Prensa Médica Argentina — N.º 1 — 2 — 3 — Janeiro 1935.*
- 12) *A. Lemierre — M. Laudat et Maurice Rudolf — Hepato-néphrite aiguë mortelle avec azotémie et hypo-chlorémie — Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris — 4 de Abril de 1930 — pag. 599.*
- 13) *Rathery et Maurice Dérot — Études sur le taux sanguin de la créatinine en dehors des néphrites et notamment chez les hépatiques, les asystoliques et les diabétiques. Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris — Maio — 17 — 1932, pag. 714.*
- 14) *F. Gallart — Mones et J. Fontcuberta Casas — Étude sur l'Insuffisance hépatique — La Presse Médicale — 23 de Setembro de 1931 — N.º 78.*
- 15) *Henri Bon — Insuffisance hépatique et hyperhépatie — La Presse Médicale — N.º 1 — 4 de Janeiro de 1933.*
- 16) *Roberto Solé — Insuficiencia hepática (imperfecciones funcionales) — Revista de la Conferencia de Médicos del Hospital Rawson — Buenos Aires — 7 de Abril de 1934 — Tomo V — N.º 1.*
- 17) *Brulé — P. Hillemond et J. Mallarmé — Hépatonephrite grave de nature indéterminée — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris — 5 de Março de 1934 — N.º 7.*
- 18) *Duvoir, Landat, Pollet et Jean Bernard — Hépatonephrite après ingestion d'un abortif. Hypoazotémie et hypoazoturie paralytiques à la période de régression. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris — 5 de Maio de 1933, pag. 607.*
- 19) *Pasteur — Vallery — Radot — P. Delafontaine — Jean Hamburger et Mlle. Ganethier Villars (lococitado).*
- 20) *Jiménez — Diaz — Estudos sobre insuficiencia hepática — Anales de Medicina Interna — Hespanha — Junho 1933, pag. 505.*
- 21) *Pasteur — Vallery — Radot — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris — 1932 — pag. 1288.*

## Peritonite pneumococica post-pneumonica. Intervenção. Cura.

por

Jacy Carneiro Monteiro  
Docente livre de Clinica Cirurgica

J. A. de 42 anos de idade, de côr mixta, recolhido á 20.<sup>a</sup> enfermaria acha-se no 8.<sup>o</sup> dia de uma pneumonia lobar E. A temperatura já estava declinando quando começou a sentir fortes dôres no ventre acompanhadas de vomitos frequentes e biliosos.

O Dr. Barcelos Ferreira examina a doente e impressionado com o quadro abdominal, faz sentir a presença de um cirurgião, e por intermedio de um dos seus internos convida-nos para vermos a enferma.

As duas horas da tarde visitamos a paciente que jazia no leito em decubito dorsal e em attitude de desconforto. Sua fisionomia estava alterada e o facies traduzia sofrimento intenso. Estava dyspneica e respondia com esforço as perguntas que lhe eram dirigidas; conta-nos que no 8.<sup>o</sup> dia de sua molestia, quando começava a melhorar, sentiu dôres intensas no ventre, que foram aumentando progressivamente até tornarem-se atrozes, ficou nauseada e entrou a vomitar com certa frequencia.

Na sua historia pregressa nada ha de importancia que se relacione com a doença atual. Teve cinco filhos, não relata abortos, sempre foi forte assim como a prole e o marido. Perdeu, no entanto, um irmão, de tuberculose pulmonar, mas, não conviveu com ele no periodo de sua molestia. Genitais, sem alteração digna de nota. Pulso radial, contava-se a 140 pulsações por minuto. Temperatura axilar 39,7. Movimentos respiratorios, 32 por minuto. Não eliminava fezes nem gazes desde a vespera.

Uma vez anotadas essas informações gerais, dirigimos o nosso exame para o abdomen, séde do sofrimento maximo da nossa paciente.

Á inspeção, o ventre apresentava-se uniformemente distendido. A cicatriz umbelical não estava protusada. Os grandes retos do abdomen não se mostravam salientes e não havia esboço de alças intestinais desenhadas na parede. A coloração da pele era normal, não existia solução de continuidade, circulação colateral ou elevação anormal na superficie do abdomen. Havia, contudo, aliado á distensão do abdomen, um sinal semiologico de grande valor, a imobilidade do ventre. A doente respirava só com o torax, seu diafragma estava paralisado.

Pela palpação notamos o ventre distendido e resistente a esse processo de exame; havia uma contractura pouco acentuada dos musculos abdominais, com mais evidencia para os quadrantes direitos, mas não

ção intensa e notável como no ventre de páu das perfurações gastro-intestinais em peritонеo livre. A parede do ventre não se deixava deprimir, e a paciente acusava fortes dores quando procurávamos aprofundar a nossa palpação. Os reflexos cutâneos insistentemente procurados estavam ausentes. Fígado e baço não palpáveis. Percussão, dolorosa em todo o ventre, encontrava som timpanico exagerado. Havia, contudo, massiez discreta nos flancos. Não existia sonoridade pre-hepatica. Toque vaginal revelou o Duglas relativamente tenso e excessivamente doloroso. Não havia evidencia de tumor. Corrimento vaginal escasso. Colo uterino hipertrofiado.

Somados os sintomas mestres, dôres intensas no ventre, distensão da parede abdominal, vomitos incessantes, pulso 140, temperatura 39,7°, estado geral máu, ausencia de eliminação de gases e fezes, achavamo-nos consequentemente em presença de um ventre agudo aparecido nos ultimos dias de uma pneumonia. Pensamos numa apendicite com peritonite pela existencia de maior numero de sinais para o abdomen D e indicamos a terapeutica de urgencia pela laparotomia. A paciente recusa a operação imediata e pede para chamar seu marido com quem resolverá a situação. Às 4 horas da tarde o quadro é o mesmo, porém, os vomitos são mais repetidos. Às 6 horas sou avisado que a doente resolvera submeter-se a operação. Às sete horas iniciamos a intervenção. A paciente é anestesiada pelo cloroformio com o fim de poupar o seu pulmão afetado, dos efeitos nocivos do eter, neste caso.

Com a nossa suspeita de apendicite aguda, abrimos o ventre com uma incisão paramediana D. ao longo do bordo do grande reto. Na ocasião da abertura do peritонеo, grande quantidade de liquido purulento jorra pela ferida operatoria e inunda os campos e compressas que cobriam a enferma. Este liquido purulento não era espesso, mas sim, aguado, muito claro e não apresentava o cheiro característico do puz de supuração intestinal, com seu fetido habitual e anunciador da coparticipação do colibacilo. No caso presente era completamente inodoro. Um facto, porém, nos chamou a atenção, era a quantidade enorme de formações fibrinosas, que envolviam as alças intestinais e saíam pela brecha operatoria, flutuando como se fossem troços de madeira ao sabor da corrente; é habitual nas supurações abdominais, a presença de fibrina e falsas membranas, mas neste caso, a quantidade dessa substancia era surpreendente, e tal era o aspecto apresentado, que tínhamos a impressão de ter aberto um torax cheio de liquido pleurítico e não um ventre apendicular.

Tamponamos com gaze o campo operatorio, secamos com compressas a parte exposta do abdomen e dirigimos a nossa pesquisa para a região ilio-cecal. Uma pinça lançada sobre o ceco, traz-nos este orgão livre de adherencias e de aspecto normal; em seu lugar habitual estava implantado o apendice livre e são. Nosso diagnostico não se confirmara, uma bolsa é praticada no ceco, e o mesoapendice é ligado e o *grande culpado* é extirpado em poucos minutos.

A incisão é prolongada alguns cms. para baixo, e uma exploração ampla da bacia é efectuada. Os anexos e o utero estavam normais, e não havia evidencia de lesões, que pudessem ter causado o quadro presente.

A vesicula biliar é palpada, não apresenta calculos nem está tensa.

Estomago e duodeno examinados pelo prolongamento da incisão para cima nada apresentam de anormal. Revisamos cuidadosamente o intestino a procura de uma perfuração, de um divertículo de Meckel rompido, mas, nada foi encontrado. Aliás, o líquido purulento, muito agudo e inodoro, como foi achado na presente enferma, não é característico destas entidades morbidas causadoras de cataclismas abdominais agudos.

Uma vez completada a minuciosa revisão da cavidade abdominal, e verificada a ausência de lesão visceral, secamos completamente o ventre, e colocamos um dreno n.º 40 no angulo inferior da incisão operatoria, e fechamos o abdomen em tres planos, reforçando a parede com tres fios de seda n.º 3. Pelo dreno, cuja extremidade inferior alcançava o Douglas, derramamos duas ampolas de electrargol. A operada é reconduzida ao leito e convenientemente aquecida. Um litro de soro fisiologico lhe é ministrado sob a pele. Duas ampolas de Cardiazol efedrina são feitas. Uma bolsa de gelo é colocada sobre o ventre.

O post-operatorio é bastante favoravel, não houve choque, e a doente se refez rapidamente, sendo que uma distensão abdominal esboçada, é combatida eficazmente pelo soro salino hipertônico, de quatro em quatro horas endovenoso, e os gases são libertados no terceiro dia. No fim do oitavo dia o dreno é retirado, a doente está em boas condições, a temperatura alcança 37,4º e o pulso conta 110 por minuto, e a doente entra em franca convalescença.

*Diagnostico.* As ocorrências agudas de ventre, mais comumente encontradas, alóra os traumatismos e ferimentos são, na opinião de Mondor, a ulcera gastro duodenal perfurada e apendicite, no homem, e as afecções pelvicas e ainda a apendicite na mulher; daí a nossa presumpção-diagnostica ser orientada para o lado de uma apendicite aguda, tal a subtaneidade do drama peritoneal de nossa paciente, e a localização preferencial para a direita das dôres e da defesa muscular.

Uma vez aberto o ventre e verificado que o apendice estava fóra de causa, e diante do estado integro da totalidade das viceras abdominais, ficamos com o diagnostico de peritonite purulenta pura, com grande quantidade de liquido sero-purulento e maior ainda de formações fibrinosas. Infelizmente, como acontece muitas vezes nas intervenções de urgencia, não foi colhido material para exame bacteriologico. Diante desta peritonite generalizada que temos sob os olhos, como cataloga-la, para enunciarmos com exatidão o nosso diagnostico? Desde logo ficam excluidas as peritonites de causa visceral, pois pela operação não foram verificadas perfurações gastro-duodenais, rupturas de vesicula biliar, apendicite ou diverticulite supuradas ou perfuradas, lesões graves do utero e anexos, ou solução de continuidade do tractus intestinal capazes de produzir um quadro de peritonite generalizada. Assim, devemos procurar entronizar o nosso diagnostico entre as peritonites ditas especificas, como a tuberculosa, gonococica, streptococica (puerperal) e pneumococica. As peritonites tuberculosas, via de regra, apresentam-se de forma chronica e acompanhadas de ascite, mas, podem apparecer, sob o aspecto de afecção aguda peritonial, mas são extremamente raras. Têm sido, contudo, confundidas com apendicites agudas e levadas até a intervenção com este diagnostico. Entre as observações conhecidas sobre este erro, no-

# IMPUREZAS DO SANGUE



# Biodarsyl!

DEPURATIVO

SOLICITEM AMOSTRA e LITERATURA (ELIXIR e AMPOLAS)  
CAIXA POSTAL, 2147-RIO

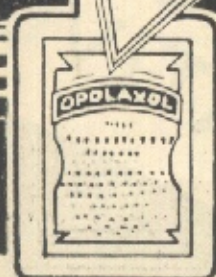
# OPOLAXOL

Produto  
opoterapico

REMEDIO PARA  
O FIGADO E  
PRISÃO DE VENTRE

*INSUFICIENCIAS  
HEPATICAS  
E BILIARES*

EM TODAS AS  
BOAS DROGARIAS  
E FARMACIAS



DEPOSITARIOS:  
DROGARIAS BRASILEIRAS  
R. ANDRADAS, 21 - RIO DE JANEIRO

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA  
CAIXA POSTAL. 2147-RIO



tam-se as de Quenu, assistido por Hutinel e de Legars, que abriram o ventre com o diagnostico de apendicite aguda e encontraram o ceco e apendice de côr arroxada e cobertos de granulações miliars caracteristicas da tuberculose peritoneal, e só então fizeram o diagnostico de peritonite bacilar. Acentuam, porém, grande numero de autores, que a afecção tuberculosa do periteneo pode produzir o quadro das peritonites agudas, mas, que quasi sempre falta um sinal de muito valor, que é a contractura muscular, que nos casos de tuberculose está, via de regra, esboçada ou então ausente.

As peritonites de origem genital, tipo pelvi-peritonite gonococica, têm uma feição clinica particular, e são acompanhadas de temperatura mais ou menos elevada, dôres intensas em barra no baixo ventre, os vomitos são escassos ou inexistentes, o pulso, via de regra, é tenso e acompanha a temperatura, e os achados ginecologicos relatam corrimento vaginal intenso, fundos de saco da vagina cheios de massas tumorais, e excessivamente dolorosos; cedem facilmente com o repouso, gelo e proteino-terapia, são compatíveis com estado geral relativamente bom e raramente reclamam uma terapeutica cirurgica de urgencia.

No nosso caso os órgãos genitales estavam em perfeitas condições; não se tratava, pois, de uma peritonite gonococica.

As afecções peritoneaes agudas de causa puerperal são desde logo afastadas, por isto que a nossa doente estava fóra de um periodo obstetrico, ou de um aborto, responsaveis por esta terrivel affecção causada pelo streptococcus. As peritonites streptococicas não puerperaes, isto é, primitivas, são muito raras, sua origem é comumente genital, rino-faringea ou então por contagio direto. *Mennier* relata um caso de uma parteira que atendia uma mulher com infeção puerperal, e no momento de suas regras foi acometida de uma peritonite aguda, morrendo em 7 dias. *Guichard* cita outro caso de uma enfermeira que cuidava de seu marido acometido de erisipela da face, e que contraiu pela ocasião de sua menstruação uma septicemia peritoneal mortal.

Como já se deixa ver, o nosso caso nada tem de comum com esta variedade de peritonite.

Assim, uma vez eliminadas as modalidades de peritonites acima relatadas, pensamos que a afecção peritoneal de que foi acometida a nossa doente bem poderia ser encaixada no capitulo das peritonites pneumococicas.

Como justificativa desta nossa asserção, temos que a paciente antes de manifestar symptomas peritoneais, achava-se no declinio de uma afecção pulmonar de origem pneumonica, e nós sabemos que as pneumonias e os focos de infeção pneumococica pôdem produzir peritonites ditas secundarias e com o quadro geral de ventre agudo.

Em segundo lugar os achados operatorios eliminam as outras variedades de peritonites, e evidenciam grande quantidade de liquido purulento aguado, sem cheiro e com abundantes flócos de fibrina, que nos fez no principio do trabalho comparar com o liquido dos derrames sero-fibrinosos da pleura; ora, nós sabemos o grande poder fibrinogenico de que é dotado o pneumococo e a qualidade do exudato por ele produzido. Concorre tambem para justificativa deste diagnostico, o facto de não ter

sido encontrado no ventre lesões vicerais responsáveis pelo surto peritoneal, como é comum nas peritonites pneumococcicas. Assim, numa peritonite aguda, em um doente portador de uma pneumonia, sem lesão visceral constatada pela laparotomia, e com grande quantidade de liquido sero-purulento e notavel formação de fibrinas, nos faz emitir o diagnostico clinico, pois os exames de laboratorios não foram feitos, de peritonite pneumococcica secundaria a um foco pneumonico do pulmão E.

A peritonite pneumococcica é, como sabemos, de grande raridade, principalmente entre nós, nunca lemos publicações a respeito de sua frequencia, e mesmo de sua existencia em nosso meio, nesta última decada.

E' mais comum nas meninas e raras no adulto. Augusto Paulino confessa ter visto uma só vez neste ultimo durante toda a sua vida; quase sempre é secundaria a um foco de pneumococo, ou então é primitiva sendo sua porta de entrada apontada nas fossas nasaes, órgãos genitais externos e intestinos, quando não desce atravez do diafragma, de um ponto septico ignorado do pulmão e da pleura para a serosa peritoneal.

O modo pelo qual ela faz o seu aparecimento, é diferenciado em dois tipos clinicos bem estudados; ora se apresenta sem grande ruido, numa forma arrastada, terminando num grande abcesso na região umbelical, sub-hepatica inguinal, crural etc. e constitue a *forma septada*, que é a mais frequente, ora apresenta-se com o grande drama peritoneal como o nosso caso, com symptomas vivos de peritonite aguda, manifestando-se com a forma *generalizada*, muito mais grave e de alto coeficiente letal. A symptomatologia deste tipo que se adapta ao nosso caso, muito pouco se afasta do quadro geral das outras peritonites, todavia, traz alguns sinais que lhe são proprios, porém, muito inconstantes; os symptomas comuns são a febre, quase sempre elevada, 39 ou 40°, vomitos a principio alimentares, depois biliosos e por fim porraceos, pulso rapido, dispneia, suores frios, grande estado de adinamia e contractura dos musculos do ventre.

Dos symptomas proprios da peritonite pneumococcica, um avulta de valor e, via de regra, serve de orientador diagnostico; é a diarreia intensa e fetida aparecendo dez a vinte vezes ao dia e desidratando enormemente o doente; o herpes labial tambem encontrado frequentemente nestes casos é, porém, de grande inconstancia; quanto á contractura abdominal, todos os autores estão de acordo que ela não é tão intensa, como nas peritonites em que ha lesão visceral. No caso que serve para o presente estudo não existia diarreia, nem herpes peri-labial, e a contractura não era muito intensa.

Dois pontos de capital importancia prendem a atenção do cirurgião no capitulo das peritonites pneumococcicas: o *diagnostico* e o *tratamento*.

O diagnostico da peritonite pneumococcica apresenta no seu inicio serias dificuldades devido á semelhança que mostra com uma peritonite apendicular; sabemos o quanto é perniciosa a indicação operatoria na primeira, e quão desastrosa a abstenção na segunda. E' pois, baseado nesta grande dificuldade que o cirurgião acha-se muitas vezes sob um terrivel dilema: ou opera um doente com o diagnostico de apendicite aguda e o perde de peritonite pneumococcica, ou então abstem-se de operar com o diagnostico de afecção peritoneal pneumococcica e leva o seu en-

ferno á morte de peritonite apendicular. Sendo a peritonite pneumococica de facil exclusão, das outras especies de afeção peritoneais, e apresentando enorme confusão com as apendicites agudas, quais os sinais que devemos fixar para o diagnostico diferencial destas duas terriveis afeções abdominaes? Ambas apresentam sinais comuns, como febre alta, vomitos, dôres intensas no ventre, principalmente na fossa iliaca D, pulso de 120 a 140, estado geral máu, facies peritõneal e contractura dos musculos abdominaes. A afeção pneumococica tem, contudo, sinais proprios como relatamos acima, temperatura mais elevada, chegando até 41º de inicio, diarréia profusa e fetida que é o ponto capital do diagnostico diferencial, herpes peri-labial e, a pouca intensidade da contractura abdominal. E' preciso, porém, resaltar, que o herpes muitas falha ou é tardio, a temperatura pode não ser tão alta e a diarréia, o grande sinal, pode estar ausente, a fraqueza, porém, da contractura, é, pelo contrario, quase sempre presente (Lenormand e Lecene).

Devemos procurar, então, para orientar o nosso diagnostico, focos de pneumococo nas vias aereas superiores, no pulmão ou a existencia de vulvo-vaginite aguda. Mas, o pneumococo sendo muitas vezes um germen saprofita, pode ser encontrado no faringe e na vulva, sem ser contudo responsavel pelo drama peritoneal. Vemos assim a dificuldade do diagnostico que sempre persiste. O laboratorio foi chamado tambem para fornecer o seu contingente de esclarecimentos. Assim Budde, da Alemanha, propõe a hemo-cultura e diz ter encontrado muitas vezes pneumococo no sangue no decorrer das afeções pneumococicas no peritoneo; Arrousseau, chefe de clinica de Ombredane, pesquisa o pneumococo com exame direto pela punção da polpa do dedo, e relata que cinco vezes pouco diagnosticar assim, a septicemia.

Estes achados, porém, não são de grande valor, por isto que falham em grande numero de casos, e quando aparecem são tardios e o cirurgião tem que agir urgentemente. Lipehutz e Lowenberg de Berlim, propõe a punção do ventre para a colheita de material e exame microscopico. Este processo, que deverá ser praticado com trocar grosso devido ás formações fibrinosas, foi condenado pelo perigo que oferece de lesar o intestino. O laboratorio, pois, apesar de trazer algumas luzes ao diagnostico desta afeção, não nos fornece sempre elementos reais no inicio do ataque agudo do peritoneo. Continuamos, pois, a afirmar que o diagnostico entre a peritonite pneumococica e a de causa apendicular, é difficilimo e muitas vezes é só firmado depois do ventre aberto.

Brechot e Nové-Jesserand, referindo-se a grande dificuldade desse diagnostico, no relatório apresentado sobre as peritonites pneumococicas no congresso francez de cirurgia em Outubro de 1931, assim conclue: em uma questão tão delicada com esta, a decisão depende muitas vezes de pequenas subtilidades de diagnostico, das qualidades do cirurgião, de sua experiencia e senso clinico, pois, não se pode formular regras absolutas; mais adiante estes mesmos autores referindo-se á confusão que existe com as apendicites agudas dizem: um de nós teve occasião de operar duas apendicites gangrenosas, que tinham sido consideradas por medicos muito competentes como peritonites pneumococicas, e a intervenção por isto retardada não conseguiu salvar estes dois doentes.

*Tratamento.* A terapeutica das peritonites pneumococicas tem dividido os cirurgiões em dois grupos distintos, uns levados pela grande mortalidade dos casos operados, que chegam a alcançar a cifra de 80% em certas estatisticas, preconizam a abstenção armada, esperando que o processo agudo torne-se septado, e então incisam os abcessos existentes; outros baseados sobretudo na grande confusão que se faz com as peritonites apendiculares, são intervencionistas na primeira hora, dizendo que esta atitude tem salvado muitos doentes portadores de apendicites graves, rotuladas de peritonites pneumococicas, e que a alta mortalidade observada, é função da gravidade da afecção. De facto, as estatisticas apresentadas sobre os casos operados são de resultados lastimosos. Bretonneau em cinco casos operados perde quatro doentes, e Arrousseau em oito intervenções precoces regista sete mortes, em quatro casos não operados, tres curas. Budde e numerosos cirurgiões alemães repelem a intervenção precoce, e relatam 90% de insucessos no primeiro dia, 30% si a operação é retardada, e 6% se a intervenção é bastante tardia. Na Inglaterra, em 1930, houve uma discussão muito importante sobre este assunto na Sociedade de Medicina de Londres, opiniões divergentes foram proclamadas, mas Cameron, Page, Hughes e a grande maioria condenou a intervenção, julgando inútil e perigoso operar no inicio essas peritonites.

Qual, pois, a causa da morte, nos operados de peritonite pneumococica, em que seguindo exstrictamente a formula classica do "Ubi puz ibi evacua" não conseguimos a salvação do doente? O laboratorio tendo demonstrado que estas peritonites vêm sempre acompanhadas de uma septicemia, todos os autores são acordes que o choque operatorio e a anestesia, golpeando um organismo tomado já por uma infecção seria, vêm agravar as manifestações septicemicas, favorecendo o aparecimento de focos pulmonares e levando o doente a exito letal.

*Conclusões.* Diante do exposto e conhecida a dificuldade do diagnostico, a atitude do cirurgião deverá ser a seguinte: nos casos em que o quadro clinico se apresenta com seus symptomas nitidos, doente jovem, principalmente meninas, temperatura super elevada, diarreia intensa e fetida, dôres intensas no ventre com preferencia da fossa iliaca D, contractura moderada dos musculos abdominais, herpes peri-labial e pneumococo presente no sangue, o diagnostico de peritonite pneumococica será firmado, a abstenção será regra adotada, e a intervenção terá sua indicação tardiamente para drenar os focos septados que se formarem.

Nos casos em que o diagnostico não for bem claro, e a duvida estiver presente, como acontece na maior parte das vezes, o cirurgião com a preocupação de não deixar passar uma apendicite grave, deverá operar seu doente para verificar o diagnostico com o ventre aberto. Si fôr uma apendicite, trata-la convenientemente segundo a tecnica habitual, si o aspecto do puz e a presença abundante de fibrina e falsas membranas aliadas á ausencia de lesão apendicular, confirmam a existencia de uma peritonite pneumococica, um dreno grosso deverá ser colocado no Douglas, as manobras intra-abdominais reduzidas ao minimo e um tratamento geral anti-infeccioso instituido.

Esta é a opinião unanime dos autores, entre os quais Nové-Josserand

e Breehot no Congresso de Cirurgia de 1931, de Mathieu, expedida através do seu artigo: As peritonites pneumococicas generalizadas, na Presse Medicale de Julho de 1929, e de Loutch e Merigot no mesmo jornal medico de março de 1934, no seu trabalho: Devem ser operadas as peritonites pneumococicas? Como o choque operatorio agrava formidavelmente o estado destes doentes em plena septicemia, Fèvre, do serviço de cirurgia infantil de Ombredane, aconselha que nos casos duvidosos, uma incisão deverá ser feita com anestesia local na fossa iliaca D, e a lesão reconhecida. A esta opinião ligam-se a maioria dos cirurgiões, com o fim de evitar o choque e os efeitos maleficos da anestesia geral e conseguir uma melhor percentagem de cura nos casos operados.

Encerrando a serie de comentarios que fizemos sobre esta grave afecção peritoneal, devemos resaltar certas particularidades, que tornam interessante o caso por nós estudado e justificam a nosso ver a sua publicação.

- 1.º) A raridade das peritonites pneumococicas entre nós (não conhecemos nenhum caso relatado nestes ultimos onze anos).
- 2.º) A idade elevada da paciente, 42 anos, quando a afecção é mais comum em meninas de nove a 15 anos.
- 3.º) O facto de ter aparecido como complicação de uma pneumonia, pois são sem conta as pneumonias por nós observadas, e nunca vimos uma peritonite vir agrava-la.
- 4.º) A anormalidade do caso que se apresentava sem seus sinais proprios, a diarreia, o grande sinal diagnostico, e o herpes labial, o que nos levou como é comum nestas ocasiões, a dirigir nossa opinião para o lado de uma peritonite apendicular.
- 5.º) A feliz terminação do nosso caso, cuja doente teve alta curada, apesar da alta percentagem de letalidade nestes doentes socorridos pela arte cirurgica.

#### *Obras consultadas*

1. Augusto Paulino — Patologia Cirurgica, tomo II.
2. Traité de médecine Vidal Roger Teissier, tomo 15.
3. Mondor — Diagnostics urgents. Abdomen.
4. Lecène Leriche — Therapeutique Chirurgicale, tomo III.
5. Fèvre — Chirurgie infantile d'urgence.
6. Eiselberg — Tratado de patologia e clinica cirurgica, tomo II.
7. F. Lejars — Chirurgie d'urgence, tomo I.
8. Loutch et Merigot — Faut-il operer les peritonites a pneumocoques? Presse medicale, Mars 1934.
9. Mathieu et Dariéud — Peritonites generalisees a pneumocoques. Presse medicale juillet 1929.
10. Nové - Jousserand — Rapport au Congrès de chirurgie française 1931.
11. Warbasse — Surgical traitement, tomo II.
12. Quervein — Diagnostic Chirurgical.

**BROMOCALCIO**

**GASTRITES**

**UROGENOL**

**INFECCOES  
VESICULO-  
RENAES**

**PEPSINA INJECTAVEL**

**ULCERAS  
GASTRO-  
DUODENAES**

**SORO NEUROPLASTICO**

**DEFICIENCIAS  
ORGANICAS**

**EXTRACTO HEPATICO**

**INSUFFICIEN-  
CIAS DO  
FIGADO**

**NEUROTONE**

**ASTHENIAS  
ENDOCRINICAS**



**SENHORES MEDICOS:**

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

**INSTITUTO MEDICAMENTA  
FONTOURA & SERPE**

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

**ESTABELECIMENTO SCIENTIFICO - INDUSTRIAL**

# DIUREPHAN

OS  
MELHORES  
RESULTADOS

ACIDO URICO  
ARTHRITISMO  
RHEUMATISMO  
BEXIGA ≡

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA  
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO

# Sociedade de Medicina

Sr. Presidente.

Em obediência ao art. 5 dos Estatutos da Sociedade de Medicina apresento o relatório geral relativo ao ano de 1934.

## Sessões

Tendo iniciado sua atividade em Abril, reuniu-se a Sociedade de Medicina 34 vezes, com a assistência em média de 25 — 35 associados.

Nas reuniões foram lidas e discutidas as seguintes conferências:

Profilaxia da Tuberculose — Carlos Bento.

Considerações laboratoriais e clínicas sobre o glutationo — Mario Bernd.

Indicações clínicas das águas de Poços de Caldas e Iraí — Tomaz Mariante.

Concepção moderna das ictericias — Alvaro Barcelos Ferreira.

Constipação crônica e rebelde tratada pela reseção do simpático lombar — Adair Araújo.

Eletroterapia das ondas curtas — Pedro Maciel.

Considerações sobre bilirrubina direta e indireta — interesse clínico e laboratorial — Mario Bernd.

Proteção à infância — Salvador Gonzales.

Influência dos fenômenos meteorológicos sobre os parasitos e parasitoses — Raul di Primio.

Otite latente na infância — Florencio Igartua.

Trombose e embolias dos vasos oftálmicos — Waldemar Niemeyer.

A cirurgia nas gangrenas das extremidades — Jaci Carneiro Monteiro.

Ectopia do cristalino e aracnodaetilia — Waldemar Niemeyer.

A semiologia da tuberculose pulmonar e seu valor real — Carlos Bento.

Um caso de anemia — Antero Lisboa.

Um caso de lesões amplas do esôfago e piloro por ingestão de líquido caustico — Jaci Carneiro Monteiro.

Classificação das nefropatias medicas — Tomaz Mariante.

Cornos humanos — Heitor Silveira.

Glomerulo nefrite difusa — Tomaz Mariante.

Bruceloses — Norman Sefton.

Gangrena simétrica das extremidades inferiores — Tomaz Mariante.



Pitiriasis versicolor de forma acromiante — Hugo Ribeiro.

Bratestesia laringea — Tomaz Mariante.

Ensaio de interpretação da bratestesia laringea — Alvaro Barcellos Ferreira.

Sobre um caso de arterite aortico pulmonar com comunicação aortica pulmonar — Luiz Faiet.

Alem desses trabalhos interessaram as sessões inumeras communicões verbais e escritas de casos clinicos, tudo constando nas atas de sessões ordinarias.

#### *Visitas .*

Durante o corrente ano teve a Sociedade de Medicina a satisfação de receber duas embaixadas academicas.

A primeira, paraense, chefiada pelo doutorando Moacir Garez, recebida na sessão de 6 de Julho. A outra, baiana, compareceu á sessão do dia 10 de Agosto, tendo como chefe o doutorando Paulo Machado.

Foi ainda a Sociedade de Medicina honrada com a visita do Prof. Barros Lima, de Pernambuco, que leu interessante trabalho sobre Artrodesis extra-articulares nas coxalgias.

#### *Nova sede*

Com a transferencia do Sindicato Medico, funciona hoje a Sociedade de Medicina no predio n.º 1493 da rua dos Andradas, onde mais confortavelmente, podem se efetuar as sessões e onde ficou instalada a biblioteca, que passou a se denominar Tomaz Mariante, em homenagem ao ex-presidente da Sociedade de Medicina.

#### *Novos socios*

Durante este ano ingressaram para a Sociedade de Medicina os seguintes colegas: Paulo Kessler, Salvador Gonzales, Norberto Pêgas, José Carlos de Medeiros, Manoel Rosa, Arnaldo Koehn, Luiz Aragon, Celestino Prunes, Carlos Milano, Jaime Domingues, Fernando Lartigau, Darci Rocha, Amarilio Maecdo, Perci Louzada, Pedro Mota, Rubem Penna, Altair Simch, Frederico Ritter, Dirceu Mazzei, Luiz Kühn, Natal Paiva, Benjamin Galanternick, Lino de Melo e Silva.

*Socios correspondentes:* Foram accitos como socios correspondentes: Dr. Bruno Filho, de Pelotas; Prof. Fernando Gomez, de Montevideo; Dr. Raul Piaggio Blanco, de Montevideo.

Alem dos novos socios teve esta Sociedade a grata satisfação de obter a aquiescencia dos ilustrados colegas Drs. Carlos Geyer, Raul Pila, Lannes Brunet e Aurelio Py, em voltar a fazer parte do nosso quadro social, esquecendo antigos ressentimentos e vindo de novo colaborar para o maior prestigio da medicina riograndense.

Aí tem, sr. Presidente, a largos traços, o que de mais relevo achei para evidenciar a intensa atividade desta Sociedade científica, o interesse dos medicos do Rio Grande pelo seu crescente desenvolvimento e a incessante preocupação da atual Diretoria de conservar o grande patrimonio recebido das administrações passadas.

*Dr. Decio Martins Costa*  
Secretario Geral.

## Atas

Ata da sessão realizada em 21 de Dezembro de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

Acha-se na presidencia o Dr. Gabino da Fonseca. Estão presentes os seguintes socios: drs. Hugo Ribeiro, Flôres Soares, Nino Marsiaj, Carlos Bento, Helio Medeiros, Huberto Wallau, Lupi Duarte, R. di Primio, Adair Eiras de Araujo, Nicolino Roco, Vieira da Cunha, Norman Sefton, Leonidas Escobar, Jaci Monteiro, Luiz Barata, Kanan, Decio Martins Costa, João Valentim, Luiz Falet, Norberto Pêgas, Florencio Igartua, Plinio Gama, Edegar Eiffler, Homero Jobim, Pedro Mota, Pedro Pereira, Salvador Gonzales, Alvaro B. Ferreira, José Barata, Manuel Rosa, Lino de Melo e Silva, Antero Lisbôa, Benjamin Galanternick, José Carlos Medeiros.

A' ata da sessão anterior, lida pelo 1.º secretario, não são feitas emendas.

No expediente figura uma carta do Dr. Lannes Domingues Brunet, anuindo em ser inscrito de novo no numero de socios da Sociedade de Medicina, vindo assim ao encontro de um apêlo que lhe dirigiu o sr. presidente. Como socios efetivos são propostos pelo Dr. Decio Martins Costa, os drs. Otavio Dreux e Valerio Malinski, formados pela Faculdade desta Capital.

Passando-se á ordem do dia é procedida a eleição dos cargos de presidente, vice-presidente e secretario geral. Para fiscalizar este ato o sr. presidente convida os drs. Carlos Bento e Norman Sefton. Uma vês procedida a apuração verificou-se o seguinte resultado: para presidente: Dr. Gabino da Fonseca — 32 votos; drs. Saint-Pastous, Antero Lisbôa e Plinio Gama — 1 voto cada; para vice-presidente: Plinio Gama — 32 votos; drs. Tomaz Mariante, Paula Esteves, Decio Martins Costa — 1 voto cada; para secretario geral: Dr. Decio Martins Costa — 25 votos, dr. Helmuth Weinmann — 6 votos; dr. Leonidas Escobar — 2 votos e os Drs. Carlos Bento e José Tavares Flôres Soares — 1 voto cada.

Com este resultado ficaram reeleitos respectivamente os drs. Gabino da Fonseca — presidente; Plinio Gama — vice-presidente; Decio Martins Costa — secretario geral.

A casa recebe este resultado com uma longa salva de palmas.

O dr. Gabino agradece sua indicação para reger os destinos da Sociedade no ano de 1935 e comunica que na proxima sessão, conforme os estatutos, dará os nomes dos seus auxiliares de diretoria.

A seguir pede a palavra o dr. Jaci Carneiro Monteiro que lê interessante trabalho subordinado ao título: Acidente grave na cirurgia do abdomen inferior.

O dr. Huberto Wallau faz comentarios em torno do assunto.

Antes de encerrar os trabalhos o sr. presidente marca a proxima ordem do dia: relatorios do secretario geral, tesoureiro e comissão de revista e finalmente a posse da nova diretoria.

Ata da sessão realizada em 28 de Dezembro de 1934, em uma das salas do Sindicato Medico.

Os trabalhos são iniciados estando na presidencia o Dr. Gabino da Fonseca, com a presença dos seguintes socios: Drs. Plinio da Costa Gama, Decio Martins Costa, Alvaro B. Ferreira, E. J. Kanan, Helio Medeiros, Carlos Bento, Vieira da Cunha, Huberto Wallau, Pedro Mota, Luiz Barata, Benjamin Galanternick, Homero Jobim, Luiz Faiet, Manoel Rosa, Hugo Ribeiro, Lupi Duarte, Raul di Primio, Norberto Pêgas, Decio Souza, Luiz Rothfuehs, Adair Eiras de Araujo, Valdemar Niemeyer, Jaci C. onteiro, Florencio Igartua, Tomaz Mariante, Norman Sefton, Leonidas Esecobar e Enio Marsiaj.

Uma vez procedida a leitura á ata da sessão anterior o dr. Gabino da Fonseca apresenta uma emenda no sentido de figurarem as referencias elogiosas que fizera ao trabalho do Dr. Jaci Monteiro.

O expediente consiste de uma carta do prof. Aurelio Py na qual comunica que volta ao seio da Sociedade, atendendo assim, u mapêlo que lhe dirigira o sr. presidente. Figura ainda no expediente um officio do Dr. Argimiro C. Galvão convidando a Sociedade de Medicina a associarse ás homenagens que serão prestadas ao prof. Sarmiento Leite.

Passando-se á ordem do dia, são apresentados minuciosos relatorios sobre a atividade da Sociedade durante o ano de 1934.

O primeiro a falar é o Dr. Decio Martins Costa, secretario-geral; em seguida o Dr. Norman Sefton presta contas do serviço da tesouraria e finalmente em nome da comissão de revista o Dr. Luiz Rothfuehs faz a leitura da receita e despeza dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", órgão oficial da Sociedade.

A seguir é lido pelo 1.º secretario o parecer sobre o trabalho intitulado "Estudo clinico da amebiose intestinal cronica", apresentado para concorrer ao "Premio Pedro Benjamin de Oliveira". E' o seguinte o parecer emitido pela comissão: A 19 do mez de Dezembro de 1934, reunida a comissão ifra-escrita, eleita para julgar o trabalho "Estudo clinico da amebiose intestinal cronica", apresentado por Esculapio, afim de concorrer ao "Premio Pedro Benjamin de Oliveira", é de parecer que o referido trabalho é inedito, de real valor e capaz de ilustrar as letras medicas riograndenses, satisfazendo assim plenamente as exigencias impostas pelo regulamento (a. a.) Plinio Gama, Tomaz Mariante, Alvaro Ferreira, Basil Sefton e Luiz Faiet".

Posto em discussão, conforme regulamento, o parecer é aprovado pela casa com uma prolongada salva de palmas.

Aberto o envelope lacrado que continha o nome do autor que se

apresentára sob o pseudônimo de Esculapio, verifica-se ser o mesmo o Dr. Nino Marsiaj.

Em seguida é dada a posse á diretoria eleita para 1935, assim constituída:

Gabino da Fonseca (re-eleito) — presidente; Plinio Gama (re-eleito) — vice-presidente; Decio Martins Costa (re-eleito) — secretario-geral; Helmuth Weinmann (re-eleito) — 1.º secretario; Carlos Bento (re-eleito) — 2.º secretario; Norman Sefton — tesoureiro; Gert Seco Eichenberg — arquivista e bibliotecario; R. di Primio (re-eleito), Jaci Carneiro Monteiro e Decio Soares de Souza — comissão de revista; Adair Eiras de Araujo — secretario da redação.

A seguir o Dr. Gabino da Fonseca apresenta palavras de agradecimento por ter sido reconduzido á presidencia e como já o fizera no ano anterior, declara que ainda desta vez não vinha com grande programa de ação, mas comprometia-se a prosseguir na tradição de manter a Sociedade de Medicina na altura do conceito que gosa na classe medica.

O dr. Norman Sefton propõe que os trabalhos lidos em sessões fossem obrigatoriamente publicados nos "Arquivos". O dr. Hugo Ribeiro pede que se lance em áta um voto de louvor á diretoria que terminava seu mandato.

O dr. Jaci Carneiro Monteiro propõe ainda que este voto de louvor se estenda á comissão de revista pelo brilho que soube imprimir ao órgão official da Sociedade; ésta proposta é completada pelo dr. Gabino da Fonseca no sentido de enaltecer a eficiente contribuição do Sr. Almanzor Alves, gerente da revista, assim como agradecer á firma Germano Gundlach & Cia., editora dos "Arquivos", o corretismo com que se houve.

Logo após o Sr. Presidente dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 28 de Dezembro de 1935.

*Dr. Helmuth Weinmann*  
1.º secretario.

ULCERAS DO  
ESTOMAGO E  
DUODENO

PEPSINA ACTIVA INJECTAVEL

**Helcosan**  
Ampoula

Aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública  
sob nº 101 em 4-10-59

Soluto injectavel de PEPSINA, preparada por processo original dos Drs. Augusto Machado, Anacleto Marques da Cunha e Julio Muzil e por elles controlada, o fermento se encontra activo e estabilizado.

Indicações: DYSPESIAS por tipo e hiperacidez - ULCERAS do ESTOMAGO e do DUODENO  
ANEMIAS e estados de DESNUTRIÇÃO em casos DERMATÓSES crônicas,  
ULCERAÇÕES de boca, etc.

Cada amp. de 1cc.

Produto fabricado pelo Laboratorio Medico Brasileiro  
Distribuidores: ROBERTO FLORES & CIA.-C.P. 2082-Rio de Janeiro

Propaganda exclusivamente medica

**NEURILAN**

Poderoso calmante do  
systema neuro-vegetativo.  
Indicado em excitações nervosas  
nos desequilibrios vasospasmo-  
micos, palpitações, insonecia,  
dispepsias nervosas.

A base de estroncio bromado,  
crotaegus, leptalobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua  
assucarada as refeições

Lab. Gross - Rio

**NÃO DEPRIMENTE**  
**NEURILAN**

**TRATAMENTO MODERNO da EPILEPSIA**

Baseado no estudo do equilibrio  
acido-basico no epileptico

**Anepon**

Aprovado pelo Departamento Nacio-  
nal de Saude Publica, sob o numero 26L,  
de 4 de Agosto de 1950

experimentado no Hospital Nacional de  
Alcoolicos e no Instituto Oswaldo Cruz, no  
Laboratorio de Clinica do professor  
Carcara Felipe

O ANEPON é fabricado na  
LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO  
Distribuidores: ROBERTO FLORES & CIA.-C.P. 2082-Rio de Janeiro

**EPILEPSIA**

COMPRIMIDOS

**ANEPON**

Marca registrada

**„Immunol“**Toxico geral — Anti-toxico  
Reparador**INJEÇÃO INDOLOR**Formula e preparação do Pharmaceutico  
Francisco Giffoni(Cinamato de benzyla, cholesterina,  
galaicol, camphora).**Indicações:**Fraqueza organica geral  
Affecções pulmonares  
Bronchites  
Bronchorrhéa  
Grippe  
Lymphatismo  
Anemia  
Escrophulose  
Adjuvante no tratamento  
da tuberculose

Nas boas Pharmacias e Drogarias

**Simuval**Procioso Neuro-sedativo  
(Simulo, bromo, valeriana estabilizada)**Indicações:**

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

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

Crianças, metade das doses acima, de cada vez.

Preferido pelo  
eminente cat... de Clinica  
Neurologica... de Me-  
dicina do Rio...

Nas boas Pharmacias e Drogarias

**Physiocholina****TRATAMENTO  
DE RESISTENCIA BIOLOGICA**

Tonico geral — Anti-toxico

Formula e preparação do  
Pharmaceutico Francisco Giffoni**INJEÇÃO INDOLOR — ASEPTICA**

Formula:

Chlorhydrato de cholina..... 0,02  
Solutu physiologico de Na Cl. 2 cc.**INDICAÇÕES:**Infeções, principalmente bacillose e  
asthenias predisponentes.**MODO DE USAR:** Uma injeção hypo-  
dermica ou intramuscular diaria-  
mente ou em dias alternados, se-  
gundo indicação medica.Não tem contra indicações, nem é incompativel  
com qualquer outra medicação. Antes, é um au-  
alliar proporcionando ao organismo a resistencia  
vital de que elle carece para alcançar a cura.  
Pode ser usado por tempo indeterminado, sem o  
o menor receio de effectos secundarios.

Nas boas Pharmacias e Drogarias

**Physiocalcio****THERAPEUTICA COLINO-CALCICA**

Solutu — Injectavel — Indolor

Tratamento de restauração e defesa  
Tonico — Antitoxico — RecalcificanteFormula e preparação do  
Pharm. Francisco GiffoniGlyconato de calcio a 10%.... 5 cc.  
Chlorhydrato de cholina..... 0,02**INDICAÇÕES:**Todos os casos de Descalcificação, Os-  
teomalacia, Fracturas osseas, Periodos  
de Lactação e Gestação, Hemophyllia,  
Dermatoses, Lymphatismo, Rachitismo,  
Escrophulose, Fraqueza geral, Affec-  
ções broncho-pulmonares, Bacillose,  
Infeções, Convalescenças, Adjuvante  
no tratamento da Tuberculose e das  
Asthenias a ella predisponentes.**MODO DE USAR:** Uma injeção intramuscular  
diariamente ou em dias alternados, segundo  
prescrição medica.

3 empôlas de 5 cc. Vide literatura.

Nas boas Pharmacias e Drogarias

AMOSTRAS E LITTERATURAS Á DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MEDICOS  
**J. SIEGMANN** — RUA VIGARIO JOSÉ IGNACIO, 843  
CAIXA POSTAL 456 PORTO ALEGRE

## Notas terapeuticas

*J. Saidman* "Los Rayos Ultravioletados".

Um volume de 740 paginas, ilustrado com 190 figuras e 4 laminas  
Brochura 46 ptas. Encadernado em tela 51 ptas.  
Salvat Editore S. A. — 41, Mallorea, 49 — Barcelona.

O emprego racional dos raios ultra-violetas não se consegue simplesmente com o uso de uma lampada de maior ou menor importancia ou potencia. O livro de Saidman estuda uma verdadeira especialidade que exige grande conhecimento e pratica para que o processo possa render. O autor distribue a materia em tres partes. Na primeira estuda aparelhos e dispositivos. Na segunda as propriedades fisiologicas dos raios ultra-violetas e os estuda no laboratorio e na clinica, ocupando-se de sua acção sobre o sistema nervoso, sobre o sangue, sobre as trocas nutritivas. Na terceira parte estuda as applicações terapeuticas e destas proprias se aproveitará especialmente o fimatologista, estudando a acção dos raios ultra violeta em tuberculose, paginas essas que são magnificas, de grande valor pratico e indispensaveis, nós o repetimos, para os que tratam tuberculose. Termina a obra com umas paginas dedicadas aos raios ultra violetas em diversas especialidades e com uma nota bibliografica. Trata-se de um interessante e útil livro, excelentemente editado.

*E. Lesser e J. Jadassohn* — "Tratado de las Enfermedades de la Piel e Venéreas" (14.<sup>a</sup> edição).

Constará de dois volumes. Publicado o segundo com 568 paginas e 93 figuras. Brochura 45 ptas. Encadernado em tela 51 ptas.  
Salvat Editores S. A., 41, Mallorea, 49 — Barcelona.

O presente volume corresponde á parte dedicada á venéreas da magistral obra de Lesser, cuja primeira parte trata das da péle. E' de todos tão conhecido e o seu tratado tão classico e tão universalmente adoptado em todos os centros docentes que seria irrisorio apresentar aqui ao autor e sua obra.

Esta edição corresponde á necessidade sentida de renovação no que diz respeito a certas materias cujos conceitos foram removidos pelos fatos fruto de incessantes trabalhos no campo das molestias venereas.

Jadassohn conservou o tipo, o plano geral da obra, incluindo as illus-

trações ás quais acrescentou por sua conta outras em numero bastante consideravel. Conservou o método das exposições de Lesser: objetivação dos fatos clinicos sem esquecer suas relações com a patologia geral. Não obstante, muitos capitulos foram escritos quasi de novo e outros foram profundamente modificados.

O volume da obra aumentou consideravelmente, contendo numerosos fatos novos referentes principalmente á blenorragia e á sua profilaxia, ás sífilis visceral e nervosa e outras questões modernas não menos interessantes.

Por tudo isto, esta edição do classico tratado vem a prestar um assinalado serviço, tanto ao especialista como ao clinico e ao estudante.

—:—

**PALAVRAS DO DIRETOR DA SAÚDE PUBLICA DO ESTADO  
DE GOIAZ, SOBRE O SURTO DE TIFO RECENTEMENTE  
VERIFICADO NAQUELE ESTADO**

“As vacinas TIFODISENTERIVACIN dos Laboratorios Raul Leite provaram magnificamente.

Empregadas em corporações inteiras, livraram-nas do tifo, completamente, sem falhar em um caso sequer!” (a) Dr. Vasco dos Reis, Diretor Geral do Serviço Sanitario do Estado de Goiaz).

Porto Alegre, 23 de Dezembro de 1934.

**S.<sup>rs</sup> CLINICOS DI - SOLVENTE (LIQUIDO)**  
**QUEBRA PEDRA - BOLDO - CHA' MINEIRO - RUIBARBO - ABACATEIRO**  
**MATE - LITINA - FORMINA - CITRATO SODIO - SULFATO SODIO**  
**CONTRA O ACIDO URICO** Ph.<sup>co</sup> **JULIO Ed. SILVA ARAUJO**

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

**ATROVERAN**

**EM ENTORPECENTE**

△ base de papaverina, belladonna, meimendra e boldo  
 XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.<sup>rio</sup> Gross - Rio



# GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada  
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SORO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA



REPRODUCIDO POR PERMISSÃO DO INSTITUTO DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO



SYPHILIS em TODOS os PERIODOS

**O MÉRCIOL**  
nas manchas e pells,  
nas chancres molles,  
nas prurigas resacas,  
**absolutamente indolor**

**O MÉRCIOL**  
Fermênto mercurial solúvel,  
perfeitamente seguro,  
extraordinariamente eficaz.

**Merciol**

## Merciol

SOLUTO ESTÁVEL DO SAL SÓDICO  
DE SALICYL-MERCURI-HYPOSSULFETO DE SÓDIO  
PATENTE N. 18672

Approved pelo Departamento Medico de Saúde Publica sob n. 119 em 29-1-1920.

Produto fabricado pelo Laboratório Medico Brasileiro  
Conselho Técnico: Dr. Attilio Machado, Dr. Cláudio Pezza,  
Dr. José de Costa Cruz, Dr. Eule de Figueiredo,  
Do Instituto Oswaldo Cruz - Mangalhas.

**Laboratório Medico Brasileiro** Distribuidores: **ROBERTO LEON & CIA - CP 2082 - RIO DE JANEIRO**

COLITES - DIARRHEIAS NAS GREANGAS - GAS-  
TRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DER-  
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-  
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IM-  
TOXICAÇÃO INTESTINAL.

COMPRIMIDOS

COMPRIMIDOS

# BIOLATOL

PARAFENO

LACTICO

PREPARADO NO

LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO

PORTO ALEGRE

YBERTUS

# HORMONIOS

Biologicamente standardizados  
Rigorosamente ativos  
Eficiencia comprovada

INTO-GYNAN      Hormonio purissimo do ovario a 100 - 1.000 -  
10.000 Unidades

INTO-HEPATAN      Hormonio anti-anemico do figado am-  
polas-gotas

INTO-HEPATAN FERRUGINOSO  
Liquido-drageas

INTO-CEREBRAN      Drageas-ampolas

INTO-CORTICAN      Astenias - Convalescencas - Doencas  
infecciosas

ADRENO-CORTICAN      Vomitos inoerciveis da gra-  
videz - Enjoo de mar

ASMO-CORTICAN      Asma

AGRAVITOX      Lipoides anti-toxi-graveticos

INTO-INSULAN      Insulina rigorosamente ativa em Vs. de  
100 - 200 - 400 Unidades

INTO-NUTRAN      Para o tratamento de engorda

---

**Labs. Baul Leite — Bio — Caixa 599**