

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

OUTUBRO DE 1940

N. 10

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

**HUGO RIBEIRO**

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

**JACI C. MONTEIRO**

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

**SALVADOR GONZALES**

1.º SECRETARIO

**RUBENS MACIEL**

2.º SECRETARIO

**ALFREDO HOFMEISTER**

TESOUREIRO

**ANTÉRO SARMENTO**

BIBLIOTECARIO

**LUIZ SARMENTO BARATA**

Doc. Livre de Cl. Urológica

**NINO MARSIAJ**

Cat. Int. de Cl. Médica

DIRECAO CIENTIFICA

**MARTIM GOMES**

Cat. de Ginecologia

**RAUL MOREIRA**

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**RUBENS MACIEL**

### REDADORES

GABINO DA FONSECA  
MARIO TOTA  
FLORENCIO YGARTUA  
NOGUEIRA FLORES  
VALDEMAR CASTRO  
PEDRO MACIEL  
JACI MONTEIRO  
MARIO BERND  
NINO MARSIAJ  
AMERICO VALERIO  
J. LISBÔA DE AZEVEDO  
IVO CORRÊA MEYER  
LUIZ S. BARATA  
HELMUTH WEINMANN  
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES  
GUERRA BLESSMANN  
DECIO DE SOUZA  
ANES DIAS  
RAUL MOREIRA  
PEREIRA FILHO  
J. L. T. FLORES SOARES  
J. MAIA FAILACE  
CARLOS CARRION  
ALVARO B. FERREIRA  
C. LUPI DUARTE  
JOÃO G. VALENTIM  
ANTONIO LOUZADA  
VALDEMAR NIEMEYER  
E. J. KANAN

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

# Sumario

## Trabalhos originais

- E. J. KANAN — Pseudoparalísia de Parrot (1) ..... pg. 349
- MARIO RANGEL BALLVE' — Orientação no estudo do doente alérgico ..... ” 353
- ENRIQUE D. ANNAJA y EUGENIO J. ISASI — Insuficiencia suprarrenal crônica y Embarazo ..... ” 361

Nas convalescências: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



**NEURILAN**

*Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vasomotores, palpitações, insônia, dispepsia nervosa.*

*A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendo.*

*Dose: 1 a 2 colheres das de chá em água açucarada às refeições.*

**NAO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

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

## Pseudoparalisia de Parrot (1)

E. J. Kanan

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de  
Medicina da Universidade de Porto Alegre

Ao fazer a seguinte comunicação, numa sessão dedicada à assuntos de sífilis, não tenho outra finalidade senão de chamar a atenção para um ponto, que julgo de grande importância como elemento de diagnóstico positivo da lués congênita ou inata.

Trata-se da menina Neuza B, com menos de 2 meses de idade, branca, brasileira, nascida de parto e gravidês normais, alimentada ao peito, e que se apresenta, há quase duas semanas, com impotência funcional do membro superior esquerdo. A mãe não sabe si a criança sofreu algum traumatismo; informa, porém, que ela chóra tôdas as vezes que se mobiliza o cotovelo esquerdo. Não tem tido febre.

O exame clínico revela o membro superior esquerdo imobilizado em adução e pronação; o cotovelo acha-se deformado ligeiramente, apresentando um aumento de volume tanto no sentido transversal como no antero-posterior, correndo por conta das extremidades osteoarticulares que se encontram levemente espessadas. Não há calôr local, nem edema ou rubor. A pressão determinada sôbre os elementos osteoarticulares do cotovelo desperta dôr, inquietação e chôrro. Os dedos e a mão móvem-se espontâneamente. O membro superior inteiro reage, ao simples pinçamento da péle, por movimentos ativos. Os movimentos passivos são possíveis em tôdas as articulações, mas sob forte reação dolorosa ao nível do cotovelo, esquerdo.

Além disso, a pequenina Neuza apresenta diversas manifestações secundárias de lués, tais como sífilides cutâneas, sob a fórma de máculas e papulo-erosivas, sôbre as nadegas, o terço superior das côxas, e dedo indicador da mão esquerda, com infiltração edematosa dos grandes lábios, e descamação peribucal. Discreta hepato e esplenomegalia. Não há conjuntivite nem vulvovaginite de origem gonocócica.

Os sinais clínicos são tão evidentes que o diagnóstico de Pseudoparalisia de Parrot, com manifestações cutâneas secundárias de lués congênita, se impõe duma maneira positiva.

O exame rediológico do esqueleto do membro superior afétado veio corroborar eloquentemente o diagnóstico clínico, revelando lesões próprias à sífilis congênita da 1.<sup>a</sup> infância. Com efeito, a radiografia demonstra imagens nítidas de manifestações de osteocondrite do 1.<sup>o</sup>, 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> graus ao nível da extremidade inferior do úmero e das ex-

tremidades dos ossos do antebraço esquerdo, assim como lesões de periostite ossificante e rarefações ósseas (V. Fig. 1).

As imagens radiográficas são tão claras que, si alguma dúvida existisse em relação ao diagnóstico etiológico, elas resolveriam facilmente a incerteza.

Não quero entrar em apreciações sobre o mecanismo de produção destas lesões, nem tampouco sobre o diagnóstico diferencial que se poderia prestar em casos de dúvida interpretação etiológica (paralisia obstétrica, moléstia de Barlow, osteomielite, etc.), o que viria alongar esta comunicação.

Sabe-se que o esqueleto fetal é invadido pelo espiroqueta, por via hematogena, com uma frequência quase constante, localizando-se sobre os ossos de origem cartilaginosa duma maneira simétrica, e aí cau-

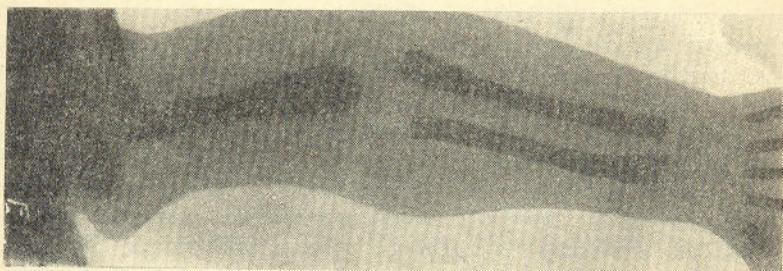


Fig. 1

Radiografia do membro superior esquerdo. Manifestações ósseas de lúes congênita. As extremidades epimetafisárias apresentam lesões típicas de osteocondrite.

Notam-se zonas de rarefação óssea ao nível das metafises umeral e cubital.

Periostite ossificante nítida sobre o cúbito e metade inferior do úmero.

sando lesões que se manifestam sob a forma de osteocondrite, periostite ossificante, rarefações ósseas, faixas transversas e produções ósseas exuberantes. Essas lesões são reveladas pela radiologia, como prova de profundas alterações anatómicas produzidas pelo espiroqueta, cuja presença pôde ser verificada ao nível da medula óssea, do periosteo e da zona epimetafisária.

Hoje, o valôr diagnóstico da radiologia óssea na sífilis congênita é incontestável. Graças aos trabalhos e pesquisas de Péhu, Policard, Chassard, Enselme, Boucomont, Stafford McLean, Cervini e Bogani, etc., e sem citar os que os precederam, pode-se, atualmente, dispôr dum meio inestimável ao diagnóstico da lúes congênita.

Não me refiro aos casos acompanhados duma sintomatologia típica (manifestações cutâneas e mucosas, coríza, onixis, hepato e esplenomegalia, etc.), que não oferecem dificuldade para o diagnóstico etiológico. São, justamente, para aqueles casos, em que essas manifestações estão ausentes ou pouco nítidas, que a radiologia do esqueleto poderá fornecer dados concretos importantíssimos, facilitando o diagnóstico e permitindo a ação eficiente da terapêutica específica.

E' verdade que a anamnese e as reações serológicas suprem em

parte esta dificuldade. Mas, quando se pensa que a lués póde pular uma geração, para se exteriorizar na terceira geração, e que os variados *tests* serológicos pódem falhar frequentemente, então, a radiológica sóbe de importância.

Comparando-se a positividade da serológia e da radiologia, esta oferece um índice de eficiência muito superior. Pascual Cervini e Guillermo Bogani, em trabalho publicado nos Arquivos Argentinos de Pediatria, em 1935-1936, chegaram à essa conclusão, que a radiologia é superior à serologia para o estabelecimento do diagnóstico da sífilis congênita da primeira infância. Segundo os mesmos autores, as manifestações radiológicas das lesões ósseas apresentam-se 100% na sífilis congênita da 1.<sup>a</sup> infância; e a radiologia é mais sensível e superior à serologia em quase 7%, nos casos que não são acompanhados de manifestações clínicas evidentes.

Também Péhu e Policard, em trabalho publicado na Presse Médicale, de 1931, tinham chegado às mesmas conclusões:

“Il est superflu de répéter que les lésions causées par le spirochète sur l'ossature sont, dans la première enfance, d'une grande fréquence. Puisqu'il en est ainsi, **l'exploration méthodique du squelette doit devenir une règle pour le clinicien soucieux de poser avec certitude le diagnostic de syphilis congénitale.** Sans doute, c'est seulement dans la première année de la vie que la recherche est concluante. Au delà de cet âge elle ne peut plus servir. Mais de la naissance à douze mois, c'est un moyen d'une valeur telle que, suivant la majorité des auteurs, sur 100 cas avérés, authentiques, de syphilis congénitale du premier âge, 70 ou 75 fois, sinon davantage, il existe une lésion osseuse.”

E', precisamente, sobre êsse ponto que eu queria chamar a atenção dos colegas, pelo inestimável auxílio que a radiologia póde fornecer no diagnóstico da lués congênita.

O caso apresentado, sob o ponto de vista clínico, não apresenta novidade alguma, mas as manifestações esqueléticas reveladas pela radiografia oferecem um aspecto interessante pela sua variedade.

# OS TRES CYTOS

---

## CORBIÈRE

---

OS TONICOS DE MAIOR APLICAÇÃO

**CYTO-**

**CORBIÈRE**

(CACODYLATOS ANHYDROS, SULFATO DE ESTRYCHNINA)

Estimulante da actividade cellular —  
Asthenias em geral — Lymphatismo —  
Fadiga physica e intellectual —  
Neurasthenia.

**HÉMO - CYTO**

**CORBIÈRE**

(CACODYLATOS ANHYDROS, SULFATO DE ESTRYCHNINA, FERRO COLLOIDAL)

Hemoglobinogeno — Anemias — Chloroanemias — Anemias post-hemorrhagicas — Convalescências post-operatorias — Leucemias. — Perturbações do crescimento e da puberdade, etc.

**CYTO - MANGANOL**

**CORBIÈRE**

(CACODYLATOS DE MANGANEZ, DE CALCIO E DE SODIO, GLYCEROPHOSPHATOS DE MAGNESIO E DE SODIO)

Desmineralisação — Desnutrição — Convalescências de molestias infecciosas — Esgotamento em geral — Emmagrecimento — Adenopathias — Asthenias, etc.

FABRICADOS NO BRASIL  
com licença especial e sob o controle dos  
LABORATOIRES CORBIÈRE  
27, Rue Desrenaudes — Paris



UNICOS DISTRIBUIDORES para todo o Brasil  
SOCIEDADE ENILA LTDA.  
174, Rua General Camara — Caixa 484 — RIO

## Orientação no estudo do doente alérgico

Mario Rangel Balloé

Para empreender êste estudo, devemos ter sempre presente na imaginação, que êle depende, não sómente de nossos conhecimentos de alergia, mas principalmente de nosso saber e competência em clínica geral.

Chegaria a dizer, e talvez peque por exagero, que só pode ser bom alergista quem fôr bom clínico geral. De nenhuma maneira diminúo, com isto, a importância dos conhecimentos que devemos ter sobre clínica alérgica, pois de modo algum se poderá fazer alergia tendo estudado só e exclusivamente clínica geral.

Quero deixar assentado de maneira categórica que, ainda que seja a alergia uma especialidade derivada deste ramo tão grande que é a clínica geral; ainda que tenha suas bases patogênicas e etiológicas próprias e sua sintomatologia bem definida; ainda que necessite de estudos especializados e de uma bôa prática de sua técnica de testes, tão individual e tão reservada a ela mesma, está sempre dependendo, como sub-divisão que é, da clínica geral, mas conservando sua independência na especificidade de sua maneira de reacionar e em seus síndromes próprios tão característicos.

Antes de entrar no assunto que aqui me traz, gostaria de dar algumas definições do que se entende por alergia e manifestação alérgica.

ALERGIA, segundo Ruiz Moreno, é uma modalidade reacional especial e específica, que é própria de certos seres humanos e que se pôde de manifesto por síndromes característicos, que são provocados por agentes múltiplos, os quais são inócuos para os demais seres humanos, em idênticas quantidades. Alergia é pois um estado silencioso cuja explosão, por assim dizer, constitue a manifestação alérgica. Estado alérgico se considera uma maneira desordenada de reagir do organismo, uma desorientação na reação. Esta desorientação é mais QUALITATIVA que quantitativa, o que há anos vem sendo sustentado pelo Dr. Caupolican R. Castilla, e os caracteres desta desorientação de reação variam segundo a época ou idade em que se apresenta no indivíduo. Êles estão condicionados à predominância de certos tecidos no momento da vida em que surge o estado alérgico. São êstes tecidos que vão dar a QUALIDADE da reação alérgica, e pôdem ser:

- 1) — na idade pre-puberal, o tecido linfoide;
- 2) — " " puberal, o tecido endócrino;
- 3) — " " post-puberal, os outros tecidos.

O estudo do doente alérgico inicia-se, como o de qualquer doente, pelo interrogatório. Entretanto, são tão conhecidas as doenças alérgicas, sua exteriorização já tão vista pelos profanos, que o mais comum

é o doente já trazer o diagnóstico feito. Mas o que nos interessa é a causa ou as causas desta manifestação alérgica e para chegar a descobri-las, devemos fazer um interrogatório "detetivesco", proceder com toda argúcia, para poder vêr o fundo da questão e lá descobrir, seja uma hereditariedade, que se manifesta nos 50% dos alérgicos, seja um estado alérgico adquirido.

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Muitíssimas vezes vamos encontrar nos antecessores do alérgico também uma manifestação alérgica, tal como: — asma, bronquite asmática, eczema, reumatismo, litíase, hepatite. Não existe herança na especificidade da resposta. Não há especificidade de sensibilização, podendo, muito bem, de pais alérgicos aos polens, nascerem filhos sensíveis aos alimentos, como também pôde acontecer vêr-se a mesma resposta de reação que a do antecessor, o que se conhece pelo nome de "salto atrás".

O que se herda é uma labilidade especial do sistema neuro-vegetativo, com predisposição a tornar-se alérgico. Um alérgico pôde muito bem passar sua vida sem manifestação alérgica, quer dizer, em estado de equilíbrio alérgico; mas as mais das vezes, êste estado é quebrado, não só pelo aumento do alergeno causal, como também, muitas vezes, por fatores que ocasionam um desequilíbrio orgânico, uma perturbação psíquica ou uma disfunção glandular. Encontraremos, não raro, eriaças alérgicas com herança tuberculosa, as quais apresentam como única revelação desta uma relativa positividade da reação de Mantoux. Entretanto, é esta herança que modifica o organismo para uma maior receptividade, para uma maior facilidade em sensibilizar-se a agentes estranhos, criando um desequilíbrio físico-químico total.

### ANTECEDENTES PESSOAIS

Quasi constantemente encontraremos nos antecedentes pessoais uma outra manifestação alérgica, principalmente no período de latência, onde acharemos quasi sempre um eczema, uma urticaria, vômitos e distúrbios intestinais ou manifestações alternadas de cada um dêles, revelando-nos já uma sensibilização anterior à manifestação atual, que alteraria as funções orgânicas orientando-as para o sentido alérgico.

Seremos informados, algumas vezes, de que a manifestação alérgica atual surgiu depois de uma enfermidade intercorrente; depois de bronquites repetidas, nos casos de asma e bronquite asmática; depois de alguma disendocrinia ou de alguma crise vegetativa; e todas estas perturbações acionam como causas "desencadeantes" sôbre um terreno já predisposto, rompendo o equilíbrio orgânico. Outras vezes, não encontraremos nenhuma referência a possíveis doenças alérgicas do passado, e, neste caso, devemos pensar em uma alergia adquirida ou não-atópica.

Como vemos, o interrogatório se orientará tanto no sentido dos antecedentes pessoais como hereditários devendo ser o mais minucioso pos-

2215



sível. Devemos investigar o passado do alérgico e de seus familiares. Interessa-nos sobremaneira o que êle come, com que tem contacto e o que respira. Isto só, já seria difícil e complicado, entretanto, mais ainda devemos nos aprofundar nesta pesquisa. E' de máxima importância saber onde êle vive; com que elementos se põe em contacto diariamente; em que colchão e travesseiro dorme e com que se cobre todas as noites; que elementos naturais costumam cercá-lo e como reage diante dêles; em que elementos cósmicos se acha melhor e quais os que o prejudicam. E a tal ponto aprofundaremos nossa investigação, que deveremos saber até em que, como e onde trabalha, quais são seus lugares preferidos de distração, e si é criança, quais seus jôgos e de que modo reage ante êles.

Êste interrogatório parecerá exagerado, mas devemos ter presente que muitas das doenças catalogadas como alérgicas pôdem muito bem ser produzidas por outros mecanismos que não o alérgico e será nossa obrigação saber diferenciá-las e distinguí-las.

As doenças alérgicas apresentam diversas modalidades clínicas segundo a localização do processo ou órgão de shock (respiratório, cutâneo, digestivo) mas todas tem a mesma patogenia, o que teve como consequência agrupá-las numa mesma classe. Ainda que existam distinções fundamentais entre elas, como por exemplo, entre asma e urticaria, todas obedecem a um mesmo mecanismo de reação e apresentam um conjunto de sintomas comuns, sintomas que caracterizam a natureza alérgica do processo.

Outra coisa que devemos deixar assentado, é que os diversos alérgenos não têm especificidade de sintomatologia; um mesmo alérgeno pôde produzir, em um indivíduo um ataque de asma, e em outro uma urticaria. Da mesma forma, um mesmo alérgeno, em um mesmo indivíduo, pôde ocasionar distintas manifestações alternadas, como urticaria, eczema e asma, tudo dependendo da maneira de reacionar do organismo ou do órgão de shock.

Diziamos que as manifestações alérgicas, ainda que apresenta diversas modalidades clínicas, são localizações distintas de um mesmo processo patogênico, e como tal possuem caractéres gerais que as englobam numa mesma família.

O mais importante destes sinais é o EDEMA. O edema alérgico é devido a hiperpermeabilidade capilar com extravasamento de líquido nos tecidos, edema que não é nem cardiaco, nem renal, nem discrásico e que oferece, as vezes, todo o colorido ao quadro clínico, como se passa no edema de Quinke e na urticaria. O extravasamento de líquido ocasiona aumento da pressão nos tecidos, mas êste aumento é local e circunscrito às areas afectadas pelo processo. Muitas vezes, o edema segue um caminho já traçado, influenciando diversas porções distintas entre si, como se passa na enxaqueca e nos disturbios do aparelho digestivo, com nauseas, vômitos, constipação. A estas manifestações vem unir-se o segundo sinal ou o ESPASMO DOS MUSCULOS DE FIBRA LISA.

Êste espasmo, antigamente considerado como o mais importante, só se produz quando o órgão de shock contém tal musculatura. No ataque de asma é onde poderemos vêr sua mais típica manifestação.

Companheira inseparável de toda manifestação alérgica é a EOSINOFILIA, a qual póde, não obstante, desaparecer durante os períodos intercalares. Para alguns, e não é nosso propósito entrar em demonstrações sôbre seu mecanismo de produção, esta eosinofilia estaria ligada ao hipertono vagal, tão comum nestes estados; para outros, seria devida à penetração, no organismo, de proteínas estranhas. A eosinofilia deve ser procurada não só no sangue, mas em toda secreção que possa obedecer a um mecanismo alérgico, tal como hidrorreia nasal, escarros, fezes, etc. Sua ausência, entretanto, não depõe contra o estado alérgico, pois como já disse, muitas vezes, ela não é encontrada nos intervalos das crises.

A SECREÇÃO MUCOSA é, também, seguidamente encontrada, quando no órgão em que se processa o shok existem glândulas de mucina. Algumas vezes esta secreção é o sinal anunciador da terminação de uma crise, tal como se observa na asma.

### EXCITAÇÃO NEURO-VEGETATIVA.

Em todos os alérgicos vamos ter ocasião de notar um desequilíbrio neuro-vegetativo, uma distonia vegetativa em suma, predominando em alguns casos o simpático e em outros, que são a maioria, o parasimpático. Repito outra vez que não quero entrar na discussão de um problema tão debatido como o que se refere às origens desta distonia.

O fundamental será admitir uma labilidade, uma anfotonia dêste sistema, com grande tendência a reações hipervagotônicas. Em meu modo de vêr, e creio ser muito pouca minha competência para emitir opinião em tal assunto, a predisposição alérgica herdada, portanto congenita, cria a distonia neuro-vegetativa com predomínio do tono vagal. O sistema nervoso vegetativo rege e dirige o quadro hemático e o equilíbrio ácido-básico. Portanto, havendo um hipertono ou predomínio do parasimpático, êste dirigirá o quadro hemático que apresentará:

- a) — leucopenia
- b) — eosinofilia
- c) — linfocitose.

Por outro lado, estando o quadro hemático e o equilíbrio ácido-básico em íntima relação e ambos dirigidos pelo parasimpático, o equilíbrio ácido-básico, por aumento do quociente  $K/Ca$ , desvia-se para o lado da alcalose e dá diminuição do denominador  $Ca$ .

Como resumidamente acabamos de vêr, a sintomatologia alérgica não apresenta nenhum sintoma patognomônico, nenhum sintoma que a diferencie, por si só, de outras enfermidades. E' o conjunto dêles, a união de todos ou dos mais importantes que nos vai dar a direção para o diagnóstico.

Nunca deveremos perder de vista a parte clínica dentro da manifestação alérgica. Assim é que um Wassermann e um Kahn, uma reação de Mantoux e um exame de matérias fecais serão sempre elementos indispensáveis para um juízo integral. Uma positividade no Wassermann ou no Kahn já nos indica um fator condicionante atuando sôbre um terreno predisposto, pois, muitas vezes, a união dêle com um fator

inespecífico que por si só seria nulo, vai ocasionar desequilíbrios alérgico com suas respectivas manifestações.

Outras vezes, o exame de fezes nos vai demonstrar a presença de parasitas que, com suas proteínas, estão mantendo e agravando um desequilíbrio alérgico.

Não deixaremos de lado o estudo do sistema glandular do doente. As relações das glândulas, principalmente tireoide, paratireoide, supra-renais e genitais com a alergia são de uma importância imensa. O que ainda se discute é si uma disendoerinia isoladamente pôde ocasionar uma manifestação ou si necessita unir-se com outro fator. Deixando de lado estas discussões, podemos afirmar que dentro da clínica alérgica o disfuncionamento glandular desempenha um importante papel.

Tão íntimos são os laços de união entre a clínica e a alergia, que é impossível querer afastar uma da outra e estudá-las isoladamente. Portanto, toda direção do estudo do doente alérgico deverá obedecer um critério iminentemente clínico. Conhecer o doente primeiro clinicamente e depois alérgicamente: — eis o lema que deve seguir quem não queira caminhar para o êrro e para o fracasso terapêutico.

Para concluir com o estudo clínico da alergia devemos observar a correlação dos sintomas no tempo e no espaço. Segundo Adams, com referência ao tempo observamos sintomas periódicos e não periódicos. Dentro dos primeiros estão os estacionais, os mensais e os semanais; nos segundos encontram-se os perenes ou permanentes e os ocasionais.

Nos sintomas em relação com o espaço, enfileiram-se os de:

- 1) — vivenda (casa, habitação)
- 2) — lugar de trabalho
- 3) — lugares ocasionais.

A relação dos sintomas com o tempo e com o espaço já nos vai dar uma direção para fazermos o diagnóstico específico da alergia, o diagnóstico de sensibilização. Êste o fazemos por meio dos testes diagnósticos, que pôdem ser pesquisados na pele, mucosas, por transmissão passiva e, dentro destas provas de sensibilização, colocaremos as diétas de eliminação e a câmara livre de alergenos. Entretanto, os mais usados são os testes cutâneos que devem ser realizados por dois métodos:

- a) — intradérmico
- b) — escarificação ou cutirreação.

Para praticar o teste, usamos as soluções de extratos alergênicos. Alergeno é qualquer agente capaz de produzir um estado ou manifestação de alergia. Os alergenos usados para os testes são concentrações em forma líquida, pasta ou pó, das seguintes substâncias, tituladas em unidades Stull-Cooke para uso intradérmico:

- a) — polens
- b) — inalantes
- c) — alimentos
- d) — bacterias
- e) — cogumelos,

ou qualquer substância cujo extrato deve ser preparado com o seu nitrogênio convenientemente dosificado. Os testes intradérmicos, ainda que mais perigosos quando arbitrariamente usados, são mais sensíveis; os por escarificação, são menos perigosos, mas menos sensíveis. É a leitura dos testes que nos vai dar a resposta sobre a sensibilização específica do indivíduo a este ou aquele alérgico.

Fazem-se testes em crianças maiores de dois anos, sendo nelas preferível empregar o método da escarificação. Os momentos propícios para praticá-los são aqueles em que o doente se encontra afastado de uma crise. Fariamos mal em dar ao teste um valôr absoluto, e negar, por falta de positividade, o terreno alérgico. Sua importância é apenas relativa e em muitos casos vamos encontrar uma negatividade completa a todos êles, mas devemos ter presente que apesar disso o terreno alérgico pode existir.

Os alérgenos são causas desencadeantes específicas que variam constantemente, e em muitos casos, como com pó de casa, penas, talco, embora com fraca reação positiva, êles estão agindo tão só como "espí-nhas irritativas".

Em outros casos, vamos achar forte reação a um ou a outro dêles, e então, aqui, estará indicado o tratamento desensibilizante específico com quantas ou tantas unidades, mas praticando sempre também o tratamento desensibilizante inespecífico ou tratamento de fundo, pois si não o fizermos, o indivíduo deixará de ser sensível a um polen determinado para adquirir sensibilidade a um outro polen qualquer. Não nego com isso o papel importante que desempenha o conhecimento do alérgeno específico para o tratamento do doente alérgico, tratamento que nos dará excelente resultado principalmente nos casos de polinoses. Há casos em que a manifestação alérgica é causada por um alérgeno específico que podemos tornar conhecido pelas reações de testificação, por existirem anticorpos alérgicos (reaginas) circulantes no sangue. Em outros, não acharemos reaginas circulantes ou por estarem aderidas às células ou por serem fosseis, pois sabemos que o alérgeno pode deixar de produzir anticorpos. Muitas vezes também, a manifestação alérgica será produzida pela soma de diversos fatores inespecíficos e fatores condicionantes ou somente pelos primeiros.

Muita atenção devemos prestar também aos alérgenos psíquicos, causantes de crises alérgicas devidas a reações emotivas. Interessantíssimos são os edemas psicógenos resultantes de sonhos patogênicos ou de reações ao medo. Por êsse motivo o alergista deve ser também um psiquiatra e um psicólogo.

O desencadeamento de um estado alérgico está condicionado pelo LIMIAR de tolerância da pessoa alérgica para os diversos fatores causantes dêste estado. Este limiar é variável de indivíduo para indivíduo e só quando é ultrapassado teremos uma manifestação alérgica. Algumas vezes é apenas o alérgeno específico que ultrapassa o limiar produzindo a crise; outras vezes, são os fatores inespecíficos que atuam favorecendo o aparecimento do estado alérgico, embora o alérgeno específico conserve suas mesmas proporções. Encontramos exemplo deste fato, na menstruação, que na mulher asmática, pode desencadear uma

crise de asma exclusivamente por si só, pelo desequilíbrio que ela ocasiona. Noutros casos, são os fatores condicionantes que, em união com os fatores inespecíficos, vão diminuir o limiar, ocasionando manifestação alérgica, talvez por diminuição da resistência orgânica.

Quisera dizer também alguma coisa sobre os alimentos. Muitos indivíduos sensíveis a determinados alimentos, cuja manifestação alérgica costuma aparecer tardiamente, não são sensíveis ao alimento em si, mas a seus produtos de desdobramento e entre os quais os dois principais são a histamina e as purinas.

Uma coisa com a qual devemos ter muito cuidado durante a testificação ou o tratamento, é o fenômeno conhecido com o nome de "SOMA DE EFEITOS". Doses pequenas, que por si sós seriam inócuas, por sua adição sucessiva, devido a não mediar um tempo mais ou menos afastado entre uma e outra, vão ocasionar uma manifestação alérgica as vezes tão grave que leva à morte.

Antes de terminar este estudo, ao qual procurei dar uma orientação prática de acôrdo com o que vi nos serviços da Argentina, quero mais uma vez, e sei que com isso me torno um pouco perseverante, recordar novamente que nossa direção no estudo do doente alérgico deve ser, ao mesmo tempo, uma orientação clínica e alérgica. As duas vão juntas e é impossível querer separá-las.

# Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. — Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral. Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localizações microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afecções para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcia — Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

**LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069  
SÃO PAULO**

## DEXTROSOL

(GLOCOSE — D)



**“DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,  
ELIMINANDO EDEMAS, AUGMENTANDO O VOLUME  
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURÉSE”.**



**E. MEYER - (Usos Therapeuticos das Injecções Endo-  
venosas de Soluções de Glucose) Zentralb. F. Klin. Med.  
102: 343, 1925. Abs. J. A. M. A. 86.521, — 1926**

# Insuficiencia suprarrenal crónica y Embarazo

For los Doctores

Enrique D. Annaja y Eugenio J. Usasi

Desde hace ya un tiempo, prestamos especial interés a los cuadros clínicos que pueden responder a la insuficiencia suprarrenal y así hemos tenido oportunidad de descubrir algunas formas frustas, que fueron confirmadas por los exámenes de laboratorio y luego hicieron su prueba terapéutica.

Entre estos casos de insuficiencia suprarrenal, tuvimos uno, motivo de esta comunicación, sumamente interesante por sus particularidades clínicas y etiopatogénicas, y por sus resultados terapéuticos.

Se trata de una joven señora de 28 años de edad, que desde su pubertad arrastra un síndrome clínico caracterizado por astenia marcada, anorexia e hipotensión y que con el diagnóstico de ptosis visceral llega hasta la época de nuestra consulta, en que se constata un embarazo y el cuadro clínico que vamos a relatar.

J. V. de M., uruguaya, casada, 28 años de edad.

Consulta porque desde hace quince días, el conjunto sintomático habitual en ella, constituido por astenia e intolerancia digestiva, se ha intensificado coincidiendo con una amonorea de dos meses, que responde a un embarazo.

## ANTECEDENTES PERSONALES

Nacida a término, al parecer de parto normal.

A la edad de tres años, afección intestinal diagnosticada "fiebre intestinal" que duró algo más de un mes.

Sarampión y tos convulsa a los ocho años.

Anginas a repetición.

Adelgazamiento y anorexia marcada desde pequeña.

Menarca a los trece años. — Las menstruaciones siempre fueron dolorosas el primer día, obligándola a guardar cama. Tipo 6-7 y de abundante cantidad. 28-26

Desde la pubertad, a la anorexia se agrega astenia marcada, y por esos síntomas sus familiares consultan médico que presta especial atención al aparato respiratorio, sin que ello pueda aclarar el diagnóstico, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico.

Recuerda la enferma que a los quince años su presión máxima era de diez y su peso de 38 kgms. Esta presión y este peso, controlados varias veces en los años sucesivos, solamente sufren ligeras oscilaciones.

Hace seis años, cuadro agudo de vientre, caracterizado por epigastralgia intensa que lleva a la lipotimia, vómitos abundantes y sudores; se hizo tratamiento médico y curó, volviendo a repetirse con idénticos caracteres un mes más tarde.

Ese síndrome doloroso dio lugar a un estudio cuidadoso de sus vísceras abdominales, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico y los informes de esta época son: ptosis renal derecha; ptosis gástrica (el estómago dos dedos por encima del pubis); ptosis intestinal (ángulos esplénico y hepático del colon en las fosas ilíacas correspondientes). Desde entonces comienza su constipación habitual y dice la enferma que su presión había descendido a ocho para la máxima.

Todas sus molestias se atribuyeron a la ptosis de sus órganos abdominales y es sometida casi constantemente a tratamientos médicos, con mediocres resultados. Solo consiguió aumentos de peso de uno a tres kgms. que no se mantenían. — El máximo de presión que consiguió tener fué de 10 para la máxima y tampoco se conservaba.

Junto al cuadro que acabamos de describir, se agrega un síndrome nervioso caracterizado por inquietud, nervosismo, temor por la soledad e insomnio marcado; desde hace más de tres años la enferma tenía que tomar infaliblemente todas las noches, un comprimido de 0gr.10 de Cardenal para poder conciliar el sueño.

**ANTECEDENTES FAMILIARES.** Padres fallecidos a la edad de 68 años de insuficiencia cardíaca aguda, el padre; la madre también a los 68 años de edad por un neoplasma del hígado. Un hermano sufre de litiasis renal. Dos hermanas intervenidas quirúrgicamente; una por apendicitis aguda y otra por un embarazo ectópico.

**ENFERMEDAD ACTUAL.** Enferma en amenorrea desde hace dos meses y que responde a un estado de gravidez.

Astenia, anorexia y nervosismo marcados; sialorrea abundante; ardores de estómago que aparecen dos horas después de ingerir alimentos y que cesan al producirse vómitos alimenticios que se repiten en número de dos o tres por día.

#### EXAMEN.

Enferma de pequeña talla y muy desnutrida. Apiretica.

Talla 1m51.

Envergadura 1m50.

Vertex — pubis 0m78.

Pubis — suelo 0m73.

Circunferencia craneana 0m53.

Al practicar la inspección y palpación de los tegumentos, estado marcado de desnutrición, pániculo adiposo muy escaso. No se observan grandes modificaciones en la coloración de la piel; algunos lunares en la cara anterior del tórax y en el dorso. En la parte externa del muslo izquierdo, se observa una mancha color café con leche de forma cuadrilonga, de dos centímetros de largo por uno y medio de ancho y que es congénita.

#### *Boca y faringe*

Boca aseada con varias piezas dentarias artificiales. No hay caries. Lengua saburral. Mucosas un poco pálidas pero no se constatan las manchas que caracterizan la enfermedad de Addison.



*Torax*

Aparato pleuro pulmonar sin particularidades.

Aparato cardiovascular. Corazón: Punta en el cuarto espacio intercostal inmediatamente por dentro de la línea medio clavicular. Cien pulsaciones por minuto. P.A. al Vaquez Máxima 9 y mínima 4.

*Abdomen*

No hay cicatrices. Paredes de buena tonicidad. Se palpa útero por encima del pubis. Se constata ptosis renal derecha. No se palpa el hígado. No se palpa ni se percute bazo.

Sistema nervioso sin particularidades.

*Exames de Laboratorio*

Agosto de 1938.

Orina

Elementos anormales no contiene.

Urea 14 gr. 30 por litro.

Cloruros NaCl 5 gr. 85 por litro.

Sedimento urinario abundante.

Microscopia: Numerosas células epiteliales planas, algunos leucocitos; muy raros cilindros hialinos y abundantes uratos.

*Examen de sangre*

Cloruros (según Van Slyke y Sendroy mod. Eisenman)

4 grms. 80 por litro.

Cloro plasmático (según Van Slyke y Sendroy mod. Eisenman)

3 grms. 12 por litro.

Cloro Globular (según Van Slyke y Sendroy mod. Eisenman)

1 grm. 52 por litro.

Sodio (según técnica de Müller) en suero

0 grm. 575 por litro.

Potasio (según técnica de Müller) en suero

0 grm. 213 por litro.

Na

— = 0.26

K × 10

Glicemia (semi micrometodo de Epstein) 0 grm. 80 por litro.

Reserva alcalina 53.6 por 100 cc. de plasma (expresado en CO<sup>2</sup> a 0° y 760 mm).

## TRATAMIENTO

Se inicia el 23 de Agosto de 1938.

1) Regimen alimenticio hiperclorurado.

2) Inyecciones intravenosas de suero clorurado hipertónico al 20%, 20 cc. dos veces al día (40 cc.) .

CHAPEUS FINOS  
CHAPEUS MODERNOS  
CHAPEUS de qualidade estilo e gosto  
próprio do



**IODOBISMAN**

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

**TROPHOLIPAN**

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MARRUICO E CHALMOGRICO SUPERSATURADOS DE LÍPIDOS TOTAES DO CEREBRIO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA

**PIO. MIRANDA & CIA. LTDA**

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

**RIO**

Amostras em Porto Alegre:

**SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.**

3) Inyecciones intramusculares de Cortin, una diaria durante 15 días del mes. Los otros 15 días: 4 comp. de cortin diarios.

A los 15 días del tratamiento la enferma comienza a tener apetito. Los vómitos que se fueron espaciando al principio, han desaparecido.

Los otros síntomas se han modificado.

Al mes de Tratamiento (Set. 23 938). Apetito normal. Astenia poco marcada.

Presión arterial Mx 10 y Mn 4. Solamente persisten los trastornos dispepticos, el ardor que se calma con una tableta de hidronal.

Peso 42 Kgms. 500.

En Octubre 5 de 1938. Nuevo Analisis de sangre.

Glicemia (Epstein)	0 gr. 88 %
Sodio (según Müller)	1 " 58 %
Potasio (según Kramer)	0 " 20 %

Na

$$\frac{\quad}{\quad} = 0.79$$

$$K \times 10$$

Octubre 12 de 1938

Cloro total	3 gr. 16 por litro
Cloro plasmatico	3 " 72 " "
Cloro globular	1 " 13 " "
Reserva alcalina 62,5 volúmenes de CO <sup>2</sup> en 100 cc. plasma.	

Hasta fines de Noviembre se continua con el mismo tratamiento. La enferma ha ido aumentando su peso en relación de 2 Kgms. 500 por mes aproximadamente.

Pesa al fin de Noviembre 48 Kgrms. 200.

Tiene mucho apetito; la astenia ha disminuido considerablemente; solo persiste el ardor. La presión arterial esta conservada. El embarazo continua normalmente (6-to. mes).

Modificación del tratamiento: (Nov. 30).

- 1) Regimen alimenticio igual.
- 2) 15 cc. de Cloruro de sodio hipertónico IV c/2 días.
- 3) 10 cc. de Cloruro de calcio 10% IV c/2 días.
- 4) Una inyección de Cortin diaria 15 días en el mes alternando

los 15 días subsiguientes con cuatro comprimidos de Cortin por día.

Este tratamiento fué continuado hasta el final del embarazo y luego se suspendió toda inyección.

Al 9.º mes del ambarazo su estado es mejor que al sexto mes. El peso llega a 50 kgrms. La presión arterial es de 12 y 5. El ardor de estómago es muy discreto.

Febrero 26 de 1939. Parto a termino. Niño de 4 kgrms. de peso al nacer, extraído por forceps (Dr. Achard) y normal al examen.

Posparto normal. El ardor ha desaparecido.

Transcurrido más de 8 meses del parto tiene excelente apetito; amamanta a su hijo que pesa 10 kgms. 800. Nunca ha demostrado tanta actividad y bienestar. Su peso actual es de 48 kgms. 200. Su presión arterial al Reckinghamen Ma. 13½ Mn. 6.

### Exámenes de Laboratorio.

Metabolismo Basal + 10%.

Estudio Radiológico de Tubo digestivo: Se constata una ptosis de los ángulos esplénico y hepático del Colon. Estómago de función, forma y motilidad normal.

Cloruros en el plasma	5 gr.	967	por mil	(Expresado en CINA)
Valor en Cloro	3 "	621	" "	" "

Cloruros en globulos	3 gr.	042	por mil	(Expresado en NaCl)
Valor en Cloro	1 "	846	" "	" "

K en suero	0 gr.	196	por mil	(Tisdall's)
Na en suero	2 "	95	" "	(Barrenscheen)

N

— = 1.5 (Análisis efectuad. por la Sta. Balea).

K

Reserva alcalina	58 gr.	4	por 100 cc. de plasma
Glicemia	1 "	07	" litro
Orina	Normal		

De la historia Clínica que acabamos de leer, llegamos al diagnóstico positivo de insuficiencia suprarrenal a evolución crónica, exacerbada en sus manifestaciones por la intercurriencia de una gravidez. Hacemos este diagnóstico, porque nos hallamos frente a los dos síndromas, clínicos y humoral de la insuficiencia suprarrenal y cuyas características más salientes son:

#### 1) Síndrome clínico

Astenia. Síntoma de primer orden en el diagnóstico de la afección que nos ocupa y que en el presente caso data desde la pubertad y era tan intensa que le impedía realizar las funciones ordinarias del hogar y mismo la inhabilitaba socialmente porque la enferma casi vivía recluida en su casa. Nos relataba que a menudo no salía porque las marchas la fatigaban, llegando al punto de no poder ascender algunas pendientes de las calles de nuestra Ciudad.

#### 2) Desnutrición

En nuestra enferma databa desde la infancia y fué rebelde a todos los tratamientos, sobre su intensidad son sobradamente elocuentes el peso oscilando alrededor de 38 kgms. con una altura de 1 mt. 51.

3) *Transtornos digestivos.*

Constituídos por un síndrome celialgico muy intenso y que se repitió al mes de producido, anoxia, nauseas, vomitos y epigastralgias banales, síntomas que por su intensidad orientaron la investigación clínica hacia la búsqueda de una causa digestiva.

4) *Transtornos vasculares.*

Representando en nuestro caso por hipotensión marcada y que como hemos dicho ya fué constatada cuando la enferma tenía quince años de edad y que siempre osciló entre ocho y diez para la máxima.

5) *Transtornos nerviosos.*

Constituidos en este caso principalmente por nervosismo e insomnio.

6) *Deshidratación.*

7) *Coloración anormal de piel y mucosas.*

## SINDROME HUMORAL

1) *Hiperpotasemia.*

Normalmente el K en el suero sanguíneo oscila entre 180 y 200 mmgr. por litro. Su aumento en la sangre tiene un extraordinario valor diagnóstico y para algunos autores hasta es primordial. En los casos graves sus cifras oscilan entre 200 y 300 mmgr. por litro pero se citan porcentajes muchos mayores 480 y 514 milgr. 0/00, en dos casos de Annes Dias y 560 mmgr. en un caso de Thaddea citado por Annes Dias. En nuestro caso 213 mmgr. en el primer examen según la técnica de Kramer.

2) *Hiponatremia.*

Normalmente el Na en el suero sanguíneo oscila entre 3 gr. 40 y 3 gr. 80 por litro. El descenso de este elemento en la sangre es muy importante en la insuficiencia suprarrenal y tanto más cuanto más grave es el caso. Algunos autores, Annes Dias entre otros, le dan un valor considerable en el síndrome humoral que estudiamos. Otros le dan más importancia al aumento de K.

En nuestro caso, en el primer examen según la técnica de Müller se halló un valor extraordinariamente bajo, 0 gr. 575 por litro.

3) *Otros dosajes.*

Queda completado el síndrome humoral por la baja de la glicemia, de los cloruros totales, del cloro globular y plasmático y por el descenso de la reserva alcalina.

La presente historia clínica se presta a una serie de interesantes consideraciones que deseamos puntualizar.

1.º La importancia de la astenia, la desnutrición, la cefalalgia y la hipotension en el despistaje de las formas frustras de insuficiencia suprarrenal.

2.º El valor diagnóstico en el síndrome humoral de la constatación de la hiperpotasemia y de la hiponatremia.

3.º Desde el punto de vista etiopatogénico queremos destacar la falta de antecedentes personales y familiares relativos a la bacilosis y la existencia de visceroptosis abdominal que según algunos autores puede producir la atrofia de las glándulas suprarrenales. "Para Fowler existe una sólida ligazón, asegurada por ligamentos fibrosos entre las suprarrenales, los riñones y el colon; la ptosis de estos, arrastra a aquellos con perjuicio de la función suprarrenal. A esta causa atribuye la atrofia que se verifica en 30% de los casos, siendo el 70% restantes debidos a la tuberculosis ulcero-caseosa" (Annes Dias).

#### 50. RESULTADOS TERAPEUTICOS

Es bien conocida la notable eficacia de la terapéutica moderna en la insuficiencia suprarrenal y que la administración de extracto de corteza de suprarrenal junto con el regimen hiperclorurado, las inyecciones de cloruro de sodio y la vitamina C. ha operado verdaderas resurrecciones en casos agudos y graves y es de éxito seguro en todos los casos bien diagnosticados.

Afirmación tal, no significaría más que un nuevo apoyo a lo que la clínica moderna ya ha admitido. — No es ese el objeto de la presente comunicación, sino que queremos destacar el hecho de la conservación de un embarazo hasta su término, en una insuficiencia suprarrenal, mediante la terapéutica citada y la posible cura de dicha afección después del parto.

El síndrome clínico producido por la falta o insuficiencia de la hormona o polihormonas corticales, es bien corregido por la administración de este producto, pero ello constituye una terapéutica de sustitución como sucede en la Diabetes Melitus con la insulina. Desaparecida la acción del medicamento suministrado, el organismo vuelve a caer en insuficiencia y el síndrome clínico reaparece, pero en nuestro caso llevamos más de un año de normalización.

Se nos podrá objetar que existen formas latentes que son puestas de manifiesto por una afección o un estado fisiológico nuevo intercurrente y que desaparecida esta causa vuelven otra vez al estado de latencia. Pero no es este el caso, pues se trata de una enferma que comenzó a sufrir desde la pubertad y desde esa época hasta los 28 años (fecha del embarazo). El estado de gravidez en este caso, no hace más que exacerbar un poco la sintomatología de la época anterior. Por lo tanto no se trata de una meiopragia suprarrenal puesta de manifiesto por la gravidez. Estas formas clínicas fueron brillantemente desarrolladas por el Profesor Garcia Otero en su trabajo sobre el tema al Ier Congreso Pan Americano de Endocrinología y donde el autor pone bien de manifiesto dos categorías de observaciones. Nos dice:

"Unas veces la existencia de una insuficiencia suprarrenal impide la evolución normal de la gravidez. Otras, la gravidez pone en evidencia

la meiopragia funcional suprarrenal instalándose un cortejo sintomático de insuficiencia cortical. En ambos casos la medicación adecuada permite el feliz desarrollo del embarazo y la yugulación de la sintomatología a condición de que el tratamiento sea ininterrumpido hasta un mes después del parto".

Leamos nosotros este trecho, "asi como la falta de todo signo clínico de deficit suprarrenal fuera de los embarazos, pues tiene importancia desde el punto de vista de la interpretación del cuadro clínico. Se trata evidentemente de capsulas suprarrenales incapaces de tolerar la sobrecarga funcional que les exige el embarazo y por eso manifiestan su insuficiencia más o menos intensa a raíz de dicha sobrecarga. Aceptada esta interpretación se concibe la reserva pronostica que lleva aparejada la constatación de una tal meiopragia, que si bien en los casos por nosotros estudiados hasta ahora no ha tenido consecuencias mas serias, puede preverse la posibilidad de que frente a nuevos embarazos el deficit funcional suprarrenal, puede no ser modificado con la terapéutica o persista después del embarazo, estableciéndose una Insuficiencia Suprarrenal Crónica" (Garcia Otero).

El caso por nosotros relatado no entra en el grupo que establece el Profesor Garcia Otero, pues se trata de una insuficiencia suprarrenal ya crónica, evolucionando desde la pubertad, que a la edad de 28 años entra en estado de gravidez, que la terapéutica corriente permite su evolución hasta el término y que producido el parto interrumpe toda terapéutica sin que reaparezca el cuadro de insuficiencia suprarrenal.

Ha transecurrido mas de un año desde el parto y hoy podemos considerar a la enferma curada desde el punto de vista clínico y humoral.

Por lo tanto en esta enferma se nos presentan las siguientes interrogantes:

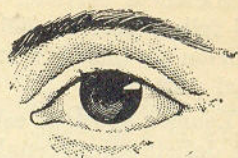
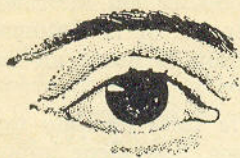
1.º — La terapéutica instituida solamente sirvió para corregir las manifestaciones existentes y yugular la exacerbación discreta producida por el ambarazo, o su influencia llevo a producir una normalización funcional permanente?

2.º — Si bien es conocida la influencia perjudicial que tiene la gravidez sobre la función de la cortical suprarrenal, tambien es conocida la hipertrofia que puede producirse en las glándulas suprarrenales durante el embarazo.

Esa hipertrofia puede comportar una hiperfunción glandular que vaya mas alla del parto y este sería un caso?

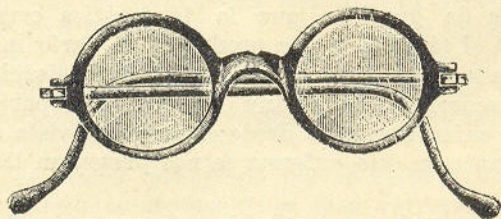
3.º — Se ha invocado la estatica viscerο-abdominal en la etiopatogenia de la insuficiencia suprarrenal y así, como dijimos más arriba, Fowler, considera que el 30% de los casos son producidos por la atrofia glandular ulcerο-caseosa de las glándulas suprarrenales.

Nosotros nos planteamos el problema de si es posible que la modificación de la posición de las visceras abdominales en el curso del embarazo al corregir la viscerοptosis produzca por su exclusiva acción o asociada a los factores que ya mencionamos, una normalización de la función suprarrenal mas o menos duradora.



# OPTICA

**PIO S. CONTREIRAS**  
RUA MAL. FLORIANO 35 — PORTO ALEGRE



ÓCULOS

LUNETAS

PINCE-NEZ

BINÓCULOS

MICROSCÓPIOS

BARÔMETROS

Lentes Krytok Bifocaes — Para ver longe e perto

INVISIVEIS

Apresentam-se receitas medicas com a máxima perfeição.