

SINTESE BIBLIOGRAFICA (*)

REGULAÇÃO DA CIRCULAÇÃO NA PELE E MUSCULOS DOS MEMBROS INFERIORES — M. FRIEDLAUDER, S. SILBERT, W. BIERMAN

— Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 657.

O autor procurou modificar a circulação por varios metodos.

- 1.º) Injeção paravertebral de alcool.
- 2.º) Anestesia espinhal.
- 3.º) Injeções endovenosas de sol. hipertonicas de ClNa.
- 4.º) Injeções endovenosas de sol. fisiologica de ClNa.
- 5.º) Injeções endovenosas de adrenalina.
- 6.º) Imersão em agua quente.
- 7.º) Injeções endovenosas de vacinas anti-tificas.

Observou que a paralisia das fibras simpaticas não é capaz de aumentar a circulação nos musculos e que portanto a gangliectomia para o tratamento da claudicação intermitente não tem bases fisiologicas.

De todos os metodos estudados o uso das injeções endovenosas de sol. salinas hipertonicas foi o unico capaz de aumentar a circulação na pele e musculos.

Quando ha aumento da circulação da pele não se pode concluir que haja sempre igual aumento no musculo.

Concluiu tambem que a corrente sanguinea nos musculos dos membros inferiores não é diretamente controlada pelo sistema nervoso simpatico.

RESULTADOS NEGATIVOS DA RADIOTERAPIA DO PILORO E DA ÁREA DAS GLANDULAS DE BAUNNER EM PACIENTES COM POLICETOMIA VERA — K. W. STENSTROM, P. H. HALLOCK e C. G. WATSON

— Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 646.

MORRIS e HITZENBERG lembraram a hipotese de ser a super produção de eritrocitos devida à excessiva elaboração do principio antipernicioso (fator intrinseco de CASTLE). LINGER fazendo gastrectomia em individuo com policetemia vera com ulcera do duodeno, observou após 1 ano só 4:6 milhões de eritrocitos.

HITZENBERG lembrou irradiar o estomago com o fim de diminuir esse hipotético excesso do fator intrinseco e em 2 pacientes verificou melhoras temporarias.

O autor estudou 4 casos de policetomia vera aos quais aplicou roentgen-terapia sobre o piloro e duodeno sem obter resultados.

HEMOPTISE E RUPTURA DA ARTERIA PULMONAR — R. CHARR

— Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 641.

O autor estudou 12 casos de hemoptises fatais em tuberculosos. Dos 12 casos, 8 apresentavam ruptura do 1.º ramo principal da arteria pulmonar à altura da 2.ª cartilagem costal proximo à linha paraesternal; chama a atenção para as cavernas a essa altura como perigosas pela possivel erosão desse ramo principal

(*) Resumos cedidos gentilmente pela biblioteca de I. M. H. — Santa Casa. (Serviço do Prof. A. Almeida Prado).

ETIOLOGIA DO PNEUMOTORAX IDIOPATICO — H. J. JORGE —
Am. H. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 635.

KIRSHNER chamou a atenção para o fato do pneumotorax idiopatico aparecer em jovens, portanto idade em que o enfisema é raro e diz ser antes o resultado de um defeito congenito da pleura e que a formação de “bolhas” pleurais deve ser uma manifestação secundaria a um enfraquecimento primario da pleura.

O autor apresenta 9 casos que parecem confirmar essa idea. Pensa tambem ser uma inferioridade constitucional da pleura a causa primaria do pneumotorax idiopatico.

ENFARTE DO MIOCARDIO SEM DOR — H. M. POLLARD e T. H. HARWILL —
Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 628.

Os autores reviram as observações de 375 pacientes de enfarte do miocardio e encontraram:

4,5% — 17 casos — sem dor em qualquer sintoma anginoso (casos absolutamente seguros de enfarto).

4% — 15 casos — sem dor — casos duvidosos.

No 1.º grupo de casos nos quais não havia duvida do enfarto os sintomas mais comuns foram: dispnéa, vômito, nauseas, tonturas e colapso.

O enfarte do miocardio sem dôr é pois relativamente raro.

COMPARAÇÃO ENTRE AS FASES HIPERTENSIVA E NÃO HIPERTENSIVA SUBSEQUENTE À TROMBOSE CORONARIA
— H. GROSS e H. ENGELBERG — Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 621.

É geralmente aceito ser a hipertensão arterial a maior se não a unica causa de hipertrofia cardiaca fóra, naturalmente, as molestias valvulares e renais.

A associação de hipertensão com molestia coronaria é bem conhecida.

Surge a questão de saber se a queda da pressão subsequente à trombose coronaria pode beneficiar o decurso posterior da molestia, isto é, se pode ser estabelecido que a pressão permaneça baixa por alguns anos.

Analizou 100 casos de hipertensão autopsiados; todos os casos tinham confirmação necropsial da trombose coronaria, e na observação clinica frequentes verificações da pressão arterial.

Tem sido verificado que a incidencia da hipertensão na trombose coronaria é de 90%.

No material estudado, o grau da hipertrofia cardiaca não corria paralelo com a duração e gravidade da hipertensão, pois em alguns casos apesar da hipertensão grave de longa duração, não havia hipertrofia cardiaca tão acentuada.

PALMAR era de opinião ser melhor o prognostico nos casos hipertensos, nos quais, após a oclusão coronaria, a pressão voltasse ao nivel alto.

Os autores não verificam tal fato pois a volta da hipertensão não prejudicou nem melhorou a sobrevida dos pacientes e o mesmo acontecendo com a hipotensão.

Lembra que o fornecimento de sangue do coração depende de fatores mecanicos, humorais e reflexos. Normalmente a irrigação cardiaca se faz na diastole principalmente, sendo de menor importancia na sistole.

Se a hipertensão aumenta a circulação coronaria poder-se-ia esperar efeito benefico por isso mas por outro lado o trabalho cardiaco é aumentado pelo aumento da resistencia periferica.

Em corações hipertrofiados, com lesões vasculares extensas, a nutrição do coração em si é mais importante para manter a compensação do que o trabalho que tem a vencer.

O PAPEL DO RIM NA PATOGENESE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL — E. DICKER — Am. J. Med. Sc. Vol. 199 n.º 5, Maio 1940, pg. 616.

O autor apresenta a historia de 2 pacientes. O 1.º apresentava grave disfunção renal sem hipertensão, em consequencia de uma intoxicação de origem desconhecida. O 2.º apresentou, depois da escarlatina, uma hipertensão acentuada, sem qualquer sinal de insuficiência renal, por muito tempo. O problema a ser estudado em relação a estas duas observações . saber porque o 1.º paciente não tinha hipertensão e esta aparecia no 2.º.

O 1.º paciente apresentava grande retenção azotada pelo que de acôrdo com velhas ideas deveria ter hipertensão. Lembra dados experimentais contrarios a isso, assim a extirpação dos dois rins, a ligadura *total* de ambos os renais e anastomose do ureter com a veia iliaca, o que sempre provoca acentuada retenção azotada, não produz hipertensão. Lembra as experiencias de GOLDBLATT nas quais produz isquemia cronica do rim por constrição artificial da arteria renal principal. Estas experiencias mostram que para o rim ser capaz de produzir e manter a hipertensão é necessario e suficiente ter a circulação reduzida.

Tem sido demonstrado por varios meios que este tipo de hipertensão não é de origem nervosa, mas sim o resultado de um mecanismo humoral.

É muito provavel que em consesuencia da diminuição da irrigação renal, certos processos de desintegração ou de sintese não são levados a produtos finais inocuos e os resultantes desse metabolismo incompleto, absorvidos pela circulação, agem direta ou indiretamente sobre os vasos perifericos. Por exemplo: sabe-se que o rim isquimico não possui o mesmo poder de hidrolisar a sacarose ou de reduzir o azul de metileno num determinado pH.

Sendo o rim capaz de produzir hipertensão sem alterações importantes nas suas funções excretoras, pode-se separar a hipertensão observada no decurso de certas nefropatias de outras lesões funcionais do rim. Pode-se considerar o problema da hipertensão que acompanha as nefrites como resultado de alterações de funções independentes daquelas relacionadas com a elaboração de urina. Assim se compreende porque a hidronefrose ou pionefrose, com ou sem azotemia, pode evoluir sem hipertensão, a menos que o rim apresente lesão vascular (o que é frequente).

De acôrdo com estas ideias compreende-se porque o 1.º paciente com grave perturbação da função excretora mas sem sinais de vaso-constricção periferica — prova da histamina e da acetilcolina — não apresentou hipertensão ao contrario do 2.º em que estas provas eram positivas para vaso constricção.

No 1.º paciente a injeção intradermica de histamina e acetilcolina provocou zona normal de eritema — 35 cm² e 21 cm² respectivamente e o periodo de latencia dermografica era normal — 5 segundos. No 2.º paciente as mesmas provas deram respectivamente como resultado 21 cm² — 13 cm² e 2 a 3 segundos.

O EFEITO DA NEFRECTOMIA SOBRE A HIPERTENSÃO ASSOCIADA À MOLESTIA RENAL ORGANICA — H. SCROEDER e G. FISH — Am. J. Med. Sc., vol. 199, Maio 1940, n.º 818, pg. 601.

Praticou a nefrectomia em 7 pacientes; estes foram escolhidos sendo casos de hipertensão associada à molestia renal unilateral com diminuição acentuada da função deste rim mas sem insuficiencia renal. Em 4 havia lesão menor no outro; em 3 nada havia no outro rim.

Melhoras em 2 casos nos quais as lesões arteriolares verificadas no rim extraído eram mínimas e a hipertensão era de 3 anos num vaso e de 1 ano noutro. — O rim apresentava pielite crônica — hidronefrose — fibrose e atrofia, pielonefrite focal supurativa, arterioloesclerose mínima, num caso; noutro — fibrose do parênquima — hipoplasia do rim, arterioloesclerose mínima.

Estabelece o critério de seleção dos casos para essa terapêutica:

- 1) Hipertensão recente; arbitrariamente fixo em 2 anos.
- 2) Lesões unilaterais.
- 3) Função renal — concentração e "urea clearance" dentro dos limites normais.
- 4) Ausência de retinite.
- 5) Pressão arterial permanente.

EFEITO DA SULFAMIDA SOBRE A ATIVIDADE FIBRINOLÍTICA DO STREPTOCOCCUS HEMOLÍTICO — L. HINES, A. HOOVER e E. GROFF — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 4, Abril 1940.

Partindo do conceito de que o streptococo hemolítico tem o poder de dissolver a fibrina humana, acham os autores que o sucesso da terapêutica sulfamídica reside em tornar esta fibrina completamente resistente à ação do germen. Fizeram experiências em 9 indivíduos e em todos eles acharam uma resistência à fibrinólise muito aumentada, pela administração da droga. Acham que ao lado da ação bacteriostática da droga, há um aumento da resistência da fibrina situada ao redor dos focos infectados à ação lítica do germen.

PROGRESSO NA QUIMOTERAPIA DAS MOLESTIAS BACTERIANAS E OUTRAS. Especial referência ao Prontosil, Sulfanilamida e Sulfapiridina — J. KOHNER — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 4, Abril 1940.

É um magnífico trabalho sobre os efeitos da terapêutica pela sulfamida desde a sua descoberta. Faz primeiro o histórico e depois entra na parte experimental sobre o tratamento das infecções estreptococcias nos camundongos, cujos resultados são esplêndidos. Passa depois em revista os resultados colhidos na terapêutica humana. 1.º) Infecção puerperal, pelo st. hemolítico a porcentagem de morte desceu de 22,8% para 4,7%. Em geral, em todas as infecções pelo strep. hemolítico os resultados são notáveis, menos na endocardite sub-aguda. Assim na septicemia, a mortalidade desce a 22%. Na erisipela a 2%. Na escarlatina, previu as complicações. Na meningite é uma impressionante cura de 80% dos casos. Na anigoalite é em geral pouco eficiente. Na sinusite aguda, os resultados são bons, o que não se dá nas formas crônicas. Nas otites e mastoidites, os resultados são variáveis. Na peritonite, os resultados foram bem favoráveis. Em outras infecções pelo hemolítico, em geral, as curas foram bem favoráveis. Sobre o streptococco viridans e o fecalis a ação é quasi nula, a não ser um prolongamento da molestia. Nas infecções meningococcicas, principalmente a meningite, a porcentagem de cura é de 90%, tanto para a sulfamida como a sulfapiridina. Nas infecções pneumococcicas, as curas tem sido extraordinárias, principalmente com a sulfapiridina, tendo a mortalidade descido de 5 a 8% nas pneumonias lobares. Em alguns casos, associa-se ao soro pneumococico. Na meningite pneumococica, a sulfapiridina faz descer a mortalidade de 100% para 30%, mais ou menos, e também na peritonite pelo mesmo germen. Nas infecções gonococcicas, agem tanto a sulfamida como a sulfapiridina; assim nas uretrites, porcentagem de cura, 90%. Na oftalmia e na artrite, a ação tem sido sempre efectiva. Nas infecções do tracto urinário por germens diversos, os resultados sempre foram bons, menos para o streptococcus fecalis. Nas infecções extraptococcicas os resultados não tem sido tão bons. Ultimamente têm sido usados, as sulfamidas corantes e a sulfapiridina com resultados melhores, principalmente da septicemia. Na bru-

celiose, a ação tem sido quasi sempre favoravel. No cancro mole, ótimos resultados. Na febre tifoide, ainda não se tem uma ideia conveniente. Na tuberculose, os resultados são maus. Em outras infecções diversas pelo bacilo coli, proteus, piocianico, pfeiffer, piogenicos, tubercencia actinomicose, resultados sempre bons. Ineficaz na febre reumática, lupus, coqueluche. Nas molestias por virus, bons resultados. No linfogranuloma venereo, influenza e tracoma. Nas molestias de origem parasitaria, geralmente é inefficaz. Em seguida traz uma tabela resumindo toda a ação das diferentes sulfamidas nas varias doenças humanas. Passando a estudar o valor profilatico da droga, acha que deve ser usada em doses prudentes. Quando à applicação local, acha que deve ser usada em condições especiais, como sinusite, etc. Quando ao modo de ação da droga, acha que age diretamente sobre o germen, inibindo a sua multiplicação, provocando a bacteriostase, isto é, interrompendo a atividade metabolica e enzimatica do germen. A aborção do remedio dá-se 3 a 4 horas após a ingestão oral. A eliminção total dá-se de 24 a 48 horas depois. Para a dosagem e administração da droga, o autor confecciona uma tabela muito simples e sugestiva. Passa finalmente em revista as principais manifestações toxicas do remedio, que são: sintomas mentais, anorexia, nauseas e vomitos, acidose, cianose, febre, manchas, anemia, neutropenia e agranulocitose, e outros sintomas mixtos, dando para cada um a terapeutica adequada.

SUBITA OCLUSÃO DAS ARTERIAS CORONARIAS EM SEGUIDA

À REMOÇÃO DAS VIAS SENSITIVAS CARDIACAS. Estudo

Experimental — C. G. MAC EACHERN, G. W. MANNING e G. E. HALL — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 4, Abril 1940.

É um estudo puramente experimental visando demonstrar que a remoção das vias sensitivas do coração protege o animal contra a dôr e a morte subita após a ligação da arteria coronaria no estado conciente. Foram utilizados, nas experiencias, 46 cães normais, divididos em 3 grupos, nos quais foram removidas completa ou incompletamente as vias sensitivas cardiacas. No 1.º grupo, de remoção incompleta, a dôr diminuiu e a mortalidade foi reduzida. No 2.º grupo, com maior secção de vias, não houve morte subita, nem dôr. No 3.º grupo, com completa desnervação e a ligadura da circumflexa esquerda, houve um decrescimo notável da mortalidade e nenhuma dôr foi verificada. Acham os autores que as conclusões podem servir na pratica ordinaria, em individuos que sofrem de angina pectoris. A desnervação simpatica bilateral do coração, nestes individuos, protege-os da dôr e da morte subita, tão terribes e comuns.

INFARTO MILIAR AGUDO DO CORAÇÃO — J. LISA e MACPEAK —

Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 5, Maio 1940, pg. 919.

Os autores estudam 99 casos de infarto miliar agudo do coração associado, quasi sempre, a uma síndrome aguda da insuficiencia ventricular esquerda. Sobre o assunto fazem uma revisão de 2.857 casos autopsiados no Hospital em 12 anos. Repartem os casos em 2 grupos: casos em que estava presente a arterioesclerose coronaria e aqueles em que ela faltava. Ainda no 1.º grupo eles consideravam os doentes como um fator cardiaco primario e os que a síndrome não era cardiaca. A lesão foi mais frequente no grupo cardioesclerótico, menos no grupo não esclerótico. Os sintomas clinicos da lesão eram os da insuficiencia aguda ventricular esquerda: subita dispnéia extensa, perspiração profusa, grande fraqueza, taquicardia pronunciada, pulso mau, aprrensão e cianose. Em 17 dos 99 casos foram encontrados trombos ou embolias dos ramos miocardicos da arteria coronaria. Nunca foi demonstrada a natureza infecciosa da lesão miocárdica; mas a infecção dos outros órgãos, principalmente dos pulmões, estava presente na maioria dos casos. Na opinião dos autores, a lesão, na maior parte dos casos é toxica, e em pequena porcentagem é por trombo ou embolia associada a uma infecção.

A SULFANILAMIDA ORIGINAL DE FOURNEAU



**MUITO ATIVO
CONTRA OS
ESTREPTOCOCOS
E
MENINGOCOCOS**

EMBALAGENS

Tubo de 20 comprs. a Ogr. 50.
Vidro de 250 comprs. a Ogr. 50

POSOLOGIA

De 1 a 8 comprs. por dia,
conforme o caso

SEPTOPLIX

(1162 F.)

CORRESPONDÊNCIA: *Rhodia* C. POSTAL 2918 - S. PAULO

ORIENTAÇÕES PARA O USO

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

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

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

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