

SYNDROME DE WEIR -MITCHELL NA LEPROSA

por GIL DE CASTRO CERQUEIRA

do Asylo Colonia Pirapitinguy.

SYNDROME DE WEIR - MITCHELL NA LEPROSA

A syndrome de W. M., caracteriza-se, clinicamente, por crises dolorosas que se acompanham de vermelhidão e entumescencia, localizadas de preferencia nas extremidades distaes dos membros. Das extremidades, são as inferiores as mais frequentemente lesadas, muito embora, regiões outras, segundo: — WEIR-MITCHELL, BENDA, COLLIER, SIGERSON, HEULLENBOURG, MOREL-LAVALLÉE, etc., possam ser compromettidas por esta affecção cujo nome traduz uma homenagem ao seu autor que, em 1872 e 78, procurou agrupar sob a mesma rubrica, estados que d'antes viviam de mistura com as mais dispares affecções. Antes, porém, de W. MITCHELL, esta syndrome já era conhecida por varios autores, dentre os quaes GRAVES em 1843 e PAGET em 1871, que a descreveram como uma "affecção singular dos pés" e por VULPIAN, SIGERSON, GRENIER, etc., como uma nevrose vaso-motora das extremidades ou uma syndrome de angio-nevrose. CASSIRER veio aggravar a confusão englobando, num trabalho de synthese, a erythromelalgia a estados outros, taes como: S. DE RENAUD, a esclerodermia, o oedema de QUINCKE, etc., sob a designação generica de nevroses vaso-trophicas. Os autores accordaram devam ser systematicamente eliminados deste diagnostico todas as perturbações vaso-motoras, que attingindo as extremidades, sejam dependentes de estados geraes organicos, taes como: lesões cardiacas. pulmonares, etc., ou de estados que embora localizados nas extremidades, estejam na dependencia directa de causas geraes perfeitamente definidas, como: a acrodynia, a esclerodermia, as phlebites, as varices, etc. A erythromelalgia é uma syndrome rara, mesmo rarissima, poucas vezes encontrada nos moldes classicos que a definem e attinge os individuos adultos de ambos os sexos e menos vezes as creanças e velhos, parecendo ser mais frequente nos homens: 63 homens para 98 mulheres, (CASSIRER). KOPPIUS e NOBECOURT citam observações de creanças, emquanto GRAVES faz referencias a individuos de 82 annos e L. LÉVI a um velho de 92. Em geral esta syndrome sobre-

vem em individuos portadores ou de infecções ou de intoxicações variadas ou ainda naquelles que apresentam pronunciadas disfunções endoerinas, e, até mesmo, sem causa justificada. Para alguns autores estes pacientes são typos predispostos e tarados que apresentam tendencias ao desequilibrio do systema sympathico. Das infecções reputadas responsaveis por esta syndrome, citam-se por ordem de frequencia e importancia: a syphilis, o typho, o paludismo, etc. Motiva, portanto, a apresentação desta observação, além do facto da sua grande raridade, o facto talvez ainda mais curioso qual seja o de não termos encontrado na litteratura medica, nenhuma referencia a esta syndrome observada em doentes de lepra e datei haver julgado interessante trazer a ao conhecimento desta Sociedade.

MAY e HILLEMAND, provavelmente com fins puramente didacti cos, pois são os primeiros a reconhecerem a difficuldade do assumpto, pela possibilidade de coexistirem num mesmo individuo factos de passagem entre um grupo e outro, procuraram dividir a syndrome de W. M. em 3 grupos: 1 ° o de natureza organica; 2 ° o de natureza reflexa; 3.° o de natureza funcional.

No 1.° grupo incluem-se os casos que ficam na dependencia directa das lesões constatadas no systema nervoso central ou peripherico, qualquer que seja a sua causa: — infecciosa, toxica, traumatica, etc.

No 2.° grupo figuram os casos que resultam provocados por causas as mais variadas, sem comtudo apresentarem a menor lesão do systema nervoso. Das causas commumente provocadoras, occupa lugar preponderante pela sua frequencia o desequilibrio da temperatura. Além deste factor, releva notar a acção dos traumatismos, facto, aliás, posto em duvida por varios autores que o contraditam. A alimentação, a fadiga muscular, a posição declive dos membros, etc., fazem explodir os accessos.

No 3.° grupo ficam incluidos os casos provocados por perturbações funcçionaes frequentemente observadas nos antecedentes destes pacientes que apresentam signaes de desequilibrio no funcionamento do systema nervoso. "São nevropathas nos quaes se observam malnfestações neurasthenicas, melancholicas ou mesmo são portadores de verdadeiras psychoses e muitos tem nos seus antecedentes pessoases, paralyisias ou anesthesias hystericas" (MAY e HILLEMAND). As dystonias endocrinas nas suas variadas formas são citadas como responsaveis pela Syndrome de W. M. Nem sempre, porém, são citados desvios nos antecedentes ou no estado presente dos pacientes portadores desta affecção e datei não poderem ser incluidos neste ou naquelle grupo.

As crises erythromelalgicas sobrem por accessos paroxysticos que evoluem, ora progressivamente, ora bruscamente, sem prodromos

capazes de fazerem prever o seu apparecimento e uma vez installados tornam-se sub-intrantes e de intensidade cada vez maior, terminando por aggravar ainda mais o estado do paciente. A vermelhidão que as regiões doentes apresentam pouco antes ou nos momentos das crises permite conhecer a proximidade destas e revela-se de coloração variavel desde: o roseo, ao vermelho escarlata e ao vermelho cyanotico, conforme o intensidade, duração e chronicidade dos accessos. Esta vermelhidão apresenta-se de maneira diffusa, geralmente em forma de placas multiples entremeadas de pelle sã e, menos vezes, em numero pequeno de placas. Passado os accessos esta coloração volta, geralmente ao normal. Nem sempre, porém, isto se observa porque, muitas vezes, nós casos chronicos ou nos casos extremamente violentos ou quando sub-intrantes, as regiões doentes podem apresentar-se prematuramente cyanosadas. Quanto aos limites desta coloração ou são regularmente nitidos ou são diffusos. Conjunctamente com este estado congestivo se nota o augmento da temperatura local que pode ser percebivel ou pelo proprio paciente que a accuse nitidamente, ou objectivamente por meio do thermometro que revela, não raras vezes.. diferenças de varios grãos. Outro symptoma da mais alta importancia e que domina quasi inteiramente o quadro morbido, concorrendo sobremodo para distinguir a E., dos demais syndromes das extremidades é a — dôr — muito embora — L. LÉVI, MOREL LAVALÉE, MAY e HILLEMAND, NOVA SANTOS, etc., falem em formas anesthesicas. Esta dôr quando existe, revela-se de urna intensidade extraordinaria, podendo. não obstante, variar desde a sensação de formigamento, até a dôr lancinante e desesperadora, quasi sempre comparada pelos pacientes com a produzida por um ferro em braza. De um paciente para outro esta dôr varia entre limites bem pronunciados ou no mesmo individuo de uma crise para outra.

O accessos de erythromelalgia augmentam de intensidade e frequencia á proporção que tendem para a chronicidade. São notados, entretanto, remissões e mesmo paralysações espontaneas na sua marcha evolutiva, o que tem levado alguns autores a dizerem que a molleskia se "gasta".

Muito concorre para isto, a intercurrência de outras molestias, notadamente as de natureza infecto-contagiosas. O frio exerce acção nitidamente benefica, attenuando ou fazendo desaparecer os accessos e muito raramente se observa phenomeno inverso. Casos ha em que os accessos podem ser provocados por ambas as desigualdades de temperatura: — quente e frio (WEBER).

Do ponto de vista funcional esta syndrome é das mais graves, não se podendo dizer o mesmo, quod vitam.

Além dos symptomas já enumerados, já foram observados: — perturbações secretórias e trophicas que attingem de preferencia a

pelle e phaneros e mais raramente os ossos e os musculos. Igualmente foram descriptas perturbações sensitivas e motoras. As lesões encontradas para o lado do systema nervoso central, na sua maioria são contraditorias. LANNOIS e PORROT citam as lesões do tractus intermedio lateralis de Clarck, como a causa determinante dos accessos; outros attribuem estas perturbações vaso-motoras a uma lesão. "ora permanente, ora fluxionaria da substancia cinzenta da base dos cornos anteriores e da columna de Clarck".

Lesões de endarterite chronica tem sido, com frequencia encontradas e segundo RUDZKI e HOWASMKY é muito frequente a ruptura das fibras elasticas radias da parede dos vasos, chamados de Durck. Os nervos periphericos tem sido encontrados sem a minima alteração anatomica, e, muito raramente foram notados ligeiro augmento do tecido conjunctivo com degenerescencia de algumas fibras. Do ponto de vista endocrino as incertezas e as lacunas são ainda maiores, já pela discordancia dos exames praticados, já pelos resultados therapeuticos Quanto a sua pathogenia a S. de W. M. tem dado logar a interminaveis discussões ainda hoje não solucionadas. Defrontam-se. actualmente, para explical-a duas theorias: — 1.º os que attribuem seja esta syndrome provocada por lesões vasculares (SACHS, WIENER. HAIR. HAMILTON, etc.) e de outro lado, os que attribuem seja dependente de uma perturbação vaso-motora de natureza sympathies (W. MITCHELL, LANNOIS, PORROY, LAGNEL-LAVASTINE, etc.). sendo esta ultima hypothese a mais em voga, sobre ser a mais universalmente aceita. Varios tratamentos tem sido aconselhados para a cura da E, sem comtudo, lograrem na maioria dos casos, resultados apreciaveis. Tratando-se de uma syndrome dependente de causas variaveis, o tratamento para ser coroado de exito deve ir de encontro A. sua etiologia e não somente visar a sua symptomatologia. Com quanto se considere improficuos os tratamentos aconselhados, nem por isso se ha descurado da sua therapeutica, cujos resultados, varias vezes, tem sido surprehendentes com este ou aquelle medicamento. Por ser a syphilis frequentemente encontrada nos antecedentes destes pacientes, se ha deduzido dahi ser esta infecção a causa mais commum dos accessos, o que se tem varias vezes, confirmado pelo tratamento especifico. Nós mesmos já tivemos occasião de fazer taes tratamentos em pacientes (2), portadores. desta syndrome, cuja etiologia fôra suspeitada e assim confirmada. Além da syphilis foram observados varios typos de dysendocrinias como factores preponderantes no apparecimento desta syndrome, parecendo occupar logar de destaque a do typo ovariano, cujo tratamento associado ás outras glandulas tem dado, algumas vezes, bons resultados. Quando os tratamentos que se presumem especificos não dão resultados esperados, recorre-se á therapeutica symptomatica, já pelos antinervinos, pelos

sedativos communs e pelos vaso-constrictores, já pelas applicações eléctricas nas suas diversas modalidades e typos, já, emfim, pela cirurgia, desde a amputação, ás operações praticadas nos centros medullares e nos nervos periphericos onde se incluye a operação de Léri-che — a sympathectomia — cujos resultados, dizem as chronicas, sempre foram máus.

OBSERVAÇÃO

P. M., branco, brasileiro, com 57 annos, lavrador.

Anamnese pregressa: — Segundo soube, mezes depois de nascido, teve uma molestia do couro cabelludo que ficou inteiramente coberta por uma crosta — (possivelmente o impetigo sub-agudo). Dos 14 para 15 annos teve sarampo. catapora e já adulto teve urethrite gonococdca. Nega qualquer outra molestia venerea, taes como: — caneros adenites, syphilis etc, negando igualmente quaesquer outras infecções ou estados febris. Sempre foi sadio, forte e bem disposto para o trabalho. O seu pae foi igualmente forte e sadio, tendo fallecido aos 60 annos, em consequencia de -uma syncope cardiaca. A sua mãe foi tambem sadia tendo fallecido aos 59 annos, em consequencia de volvus intestinal.

Anamnese actual: — diz que, dois annos antes do apparecimento das primeiras manifestações claras da lepra vinha notando manchas (sic) situadas na face externa dos 2 malleolos, e que só eram visiveis quando ao regressar das viagens, notadamente quando feitas a pé, a poeira das estradas agarravam (sic) em outros pontos onde transpirava e não nas toes manchas onde a pelle era secca. Notava ainda, que lavada a perna, esta ficava por igual, não dando a perceber nada de anormal, quer do ponto de vista objectivo, quer ainda do ponto de vista subjectivo, Com o decorrer do tempo, estas areas, as quaes deu o nome de manchas, foram augmentando ao tempo que se iam tornando insensiveis, sem contudo apresentarem mudança de coloração e sem perderem os pellos. Cerca de 2 annos depois, quando estava queimando uma invernoada e estando transpirando abundantemente, atravessou uma varzea alagada ficando com os pés e pernas dentro d'agua durante todo o dia e quando foi a noite começou a sentir fortes deres nos pés, acompanhadas de formigamentos nas faces plantares, a ponto de não poder pisar o chão, e mesmo, de supportar o peso da coberta. Estes accessos se repetiram e nestas occasiões os pés e pernas ficavam muito vermelhos, parecendo que as veias queriam se romper, ao tempo que lhe parecia estar pisando sobre um brazeiro.

As manchas que anteriormente não apresentavam mudança de coloração, passaram a ficar vermelhas e a invadir, por extensão, as demais regiões do corpo. Inclusive rosto. Tal estado de cousas durou cerca de 6 meses os quaes fora obriçado a passar accamado. N'esta phase foi examinado por um medico que lhe fez o diagnostico de lepra, iniciando logo o seu tratamento especifico. Com o evoluir da molestia as dôres dos pés chegaram mais ou menos, ao ponto actual, ora com phases de accalmia, ora com phases de peioras. Neste particular notou que as peioras coincidiam com o verão e com o calor e as melhoras com inverno e com o frio.

Actualmente, ainda sente intensas e intoleraveis dares de queimação nas faces plantares, com predominancia á direita, ao mesmo tempo que sente uma especie de retezamento dos nervos (sic). Esta sensação exacerba-se da tarde para a noite quando attinge ao acmé, declinando depois até desaparecer durante o dia.

Estas crises parecem se iniciar ao nível do primeiro espaço interosseo do pé direito e quando vem, dá a sensação de estar com os pés mettidos em tamanca de páu e as pernas em polainas de chumbo (sic). Os pés, principal-

mente, o direito ficam fortemente avermelhados, congestos, com as veias tumidas, salientes e alem da sensação de retezamento dos nervos tem a sensação de pés grossos a ponto dos movimentos serem dificeis. Contudo, os pés não ficam oedemaciados, não apresentando o signal caracteristico á pressão.

Conjuntamente com estes signaes, as dares tornam-se de tal modo violentas que chegam a arrancar lagrimas ao paciente que se Julga o mais infeliz de todos os doentes. Observa claramente que o calor e a posição declive dos membros fazem augmentar taes soffrimentos e que o unico meio capaz de lhe alliviar os incommodos é a acção da agua fria.

Por esta razão, logo que sobrevem estas crises se refugia no banheiro onde permanece com os pés n'agua até as dôres melhorarem e lhe permittirem voltar ao leito.

DIAGNOSTICO: — Este paciente é portador de lepra nervosa -Maculo-anesthesia e está melhorando em vista da involução das lesões anteriormente anotadas, conforme se poderá vêr das fichas inicial e de revisões. Mesmo em relação aos phenomenos subjectivos notamos sensível diminuição dos accessos que são menos intensos e muito mais espaçados,

EXAMES: — Não notamos lesões organicas ou funcçionaes do ponto de vista clinico, e digno de registro nos seus aparelhos: — respiratorio, renal, digestivo e genito-urinario.

O baço e o fígado apresentam as suas dimensões normaes e acham-se nas suas respectivas lojas.

Não foram encontrados elementos anormaes na urina.

O aparelho circulatorio central nada revela de anormal e o peripherico nos deu os seguintes resultados ao sphysiotensio-phone de Laubry-Vacquez: —

Braço	direito	Mx. — 12	Mn. — 8%
"	esquerdo	— 12	— 8%
Perna	direita	— 13	— 9 ½
"	esquerda	— 13	— 8 ½

O exame de fezes foi negativo para parasitas.

O exame de sangue não revelou o hematozoario de Laveran.

Examinado meticulosamente não encontramos signal algum de lues congénita ou adquirida e os exames de sangue e do L. C. R. deram os seguintes resultados:

SANGUE: — R. de Gomes	+	
R. de Wassemam	++	
Kahn	—	
Ruhino	—	
Clarificação de Meinicke		—

L. C. R. Claro, ausencia de véo fibrinoso e flocos em suspensão.

Contagem de cellulas 8 por mm.3

formula deucocytaria — lymphocitos 95%

— polynucleares 5%

ALBUMINA — Reacção de Pandy — positiva

Chloretos	7,5%
Assucar	normal
R. de Wassemam	—
R. de Kahn	—
R. de Benjoin	—

Para o lado do systema nervoso notamos o seguinte: —

	REFLEXOS —	Babinsky — ausente	
		Romberg — “	
		patellar — augmentado	
REFLEXOS:	— Achilleano	— a Esquerda	normal.
“		a Direita	ligeiramente augmentado
“	Crematerian superficial		normal
“	“ profundo (Tolosa).
“	Cutaneo-abdominal
“	Argyl-Robertson		ausente
“	Cubito-pronador		normal
“	Flexão do ante-braço
“	Pilar		positivo
“	Mamilar		thelotismo
SIGNAL DE	Polonski.		negativo
“	Maronon.
“	massagem local.
PROVA DE	Babinski e Heitz (H20 a 46°).
“ DA	agua fria		negativo
“	Histamina (para lepra).		positiva
“ DE	L. Lavastine e Hallion da mancha branca.		positiva forte

Conforme se nota nos casos de atonia capillar e hipertensão venosa. permitindo, segundo certos autores, avaliar o grão de instabilidade do systema vaso-motor que preside a circulação local, revelando as modificações de plasticidade reaccional dos capillares. Juntamente com o factor tissular.

Alem destas pesquisas fizemos mais as seguintes provas: —

Prova da acetylcholina — 0,10 — e notamos localmente leve tom rosco nos pés e pernas alguns minutos a injecção. Nada observamos do ponto de vista subjectivo.

O pulso antes da injecção era:

Numero de pulsações	77
Mx.	12
Mn.	8

Depois da injecção

Numero de pulsação.....	72
Mx.	12
Mn.	8

PROVA DE PILOCARPINA (miligramma).

Antes da prova:

Numero de pulsações.....	75
Mx.	12½
Mn.	8½

R. O. C.

Numero de pulsação em ½ minuto	28
Mx.	12
Mn.	8½

Depois da injeccão de $\frac{1}{2}$ milligramma de pilocarpina fizemos as seguintes contagens de 10 em 10 minutos; e notamos: —

1.ª contagem: —

Numero de pulsações	73
Mx.	12½
Mn.	8½

pupillas sem alteração.

Ausencia de signaes subjectivos.

2.ª contagem —

Numero de pulsações	70
Mx.....	12½
Mn.....	8½

pupillas sem alteração.

R. O. C.

Numero de pulsação em $\frac{1}{2}$ minuto	28
Mx.....	12½
Mn.....	8½

Pupillas sem alteração e nenhum signal subjectivo.

3.ª contagem: —

Numero de pulsações	70
Mx.....	12½
Mn.....	8½

Pupillas normaes.

R. O. C.

Numero de pulsação em f minuto	28
Mx.	13
Mn.	8

Pupillas sem alteração e nenhum signal subjectivo,

4.ª contagem: —

Numero de pulsações	68
Mx.	13
Mn.	8½

R. O. C.

Numero de pulsações em $\frac{1}{2}$ minuto	29
Mx.	12½
Mn.	8½

Pupillas normaes.

5.ª contagem: —

Numero de pulsações	68
Mx.	12½
Mn.	8½

R. O. C.

Numero de pulsação em % minuto	28
Mx.	12½
Mn.	8½

Pupillas normaes.

6.ª contagem: —

Numero de pulsações	68
Mx.	13
Mn.....	8 ½

R O C.

Numero de pulsação em ½ minuto.....	28
Mx.	13
Mn.....	9

Pupillas normaes e nenhum signal subjectivo.

Nesta prova de ÉPPINGER e HESS, preferimos seguir a modificação aconselhada por PARISSOT e RICHARD, por que, alem da idade já avançada do nosso paciente, estes autores demonstraram não ser um centigrammo (1 cntg) de pilocarpina uma dose de todo inocua, tendo ainda o inconveniente de provocar reacções, quer de vagotonia, quer de sympathicotonia etc.

Pela leitura geral desta prova: — diminuição do numero de pulsações e exaggero do R. O. C. podemos considerar = uma prova de vagotonia positiva, apezar de tensão sanguínea se manter elevada e da ausencia de signaes subjectivos outros.

Fizemos a prova RUGGERI que este autor julga capaz de substituir o R. O. C. e nenhuma modificação obtivemos das pulsações ou das tensões Mx. e Mn. Portanto resultado nullo.

PROVA DA ATROPINA — 0,001 milligrammo —

Antes da injecção

Numero de pusações	80
Mx,	11 ½
Mn.	7 ½

Pupillas normalmente pequenas.

R. O. C.

Numero de pulsações em % minuto	34
Mx.	11
Mn.	7 ½

Pupillas sem alteração.

Após 10 minutos da applicação de uma injecção de 1 milligrammo de atropian, fizemos a contagem de 10 em 10 minutos com os seguintes resultados: —

Numero de pulsações	72
Mx.	10 ½
Mn.	7 ½

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	30
Mx.	12
Mn.	8

pupilas sem alteração.

2.ª contagem: —

Numero de pulsações	72
Mx.	11
Mn.	7 ½

R. O. C.

Numero de pulsação em ½ minuto	28
Mx.	11½
Mn.	7½

Pupilas normaes

3.ª contagem: —

Numero de pulsações	62
Mx.	11½
Mn.	8

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	24
Mx.	11½
Mn.	7½

Pupillas sem alteração. Não notamos nenhum phenomema subjectivo.

Nesta prova só notamos uma das phases que DANIELLOPOLU e DANULESCO, dizem, podem apparecer e são as seguintes: — uma excitação aliás rapida do vago, seguida da sua paralysação. Notamos tendencia para baixo das tensões Mx. e Mn. e exaggero do R. O. C., que caracteriza a phase de excitação ligeira do vago, Não notamos nem a tachycardia, nem os phenomenos subjectivos da 2.ª phase. Por esta prova estamos ainda deante de uma vagotonia.

PROVA DE GOESTSH modificada por PERISSOT e RICHARD COM ADRENALINA

Antes desta prova.	Urina ausencia de assucar
Numero de pulsações	70
Mx.	11½
Mn.	7½

R. O. C.

Numero de pulsações em % minuto	30
Mx.	12½
Mn.	7

Dez minutos depois — ingerio assucar — 100 gr.

H2O 250 grs.

Dez minutos depois tomou 34 milligrammo de adrenalina (P. D.) e dahi por deante fizemos contagem de 10 em 10 minutos.

1.ª contagem: —

Numero de pulsações	70
Mx.	11½
Mn.	7½

R. O. C.

Numero de pulsações em 4 minuto	26
Mx.	12½
Mn.	7

2.ª contagem —

Numero de pulsações	80
Mx.	12½
Mn.	73½

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	26
Mx.	12½
Mn.....	7

3.ª contagem: —

Numero de pulsações	78
Mx.	13
Mn.	7

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	23
Mx.	13
Mn.	7

4.ª contagem: —

Numero de pulsações	78
Mx.	12
Mn.	7

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	20
Mx.	13
Mn.	6½

5.ª contagem: —

Numero de pulsações	82
Mx.	12
Mn.	7

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	26
Mx.	13
Mn.	7½

Neste momento — vontade imperiosa de urinar, tendo expellido urinas claras, limpidas — com ausencia de assucar.

6.ª contagem: —

Numero de pulsações.....	82
Mx.	12
Mn.	7

R. O. C.

Numero de pulsações em % minuto	26
Mx.	13
Mn.	7½

7.ª contagem: —

Numero de pulsações	80
Mx.	12
Mn,	7

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	20
Mx.	13
Mn.	6½

8.º contagem: —	
Numero de pulsações.....	82
Mx.....	12
Mn.....	7½

R. O. C.

Numero de pulsações em ½ minuto	20
Mx.....	13
Mn.....	7

De 2 em 2 horas foram retiradas as urinas e examinadas, dando os seguinte resultados: —

- 1.ª Ausencia de assucar.
- 2.ª " " "
- 3.ª Traços leves de assucar.
- 4.ª Ausencia de assucar.

Analysando os resultados desta prova notamos: —

Moderada aceleração do pulso.
Ligeiro augmento da Mx. com tendencia para baixo da Mn,
R. O. C. agindo no sentido de um exagero, com Mx. elevada e Mn.
baixa.

Fugaz glycosuria, diurese mais ou menos abundante, com urinas claras e limpidas.

Parece-nos dahi que se pode inferir. em que pese em sentido contrario opiniões divergentes — que o nosso paciente tem uma moderada tendencia para reagir no sentido duplo: — sympathico e para-sympathico.

Sympathico pela aceleração do pulso augmento da tensão Mx. ligeira glycosuria, diurese, mais ou menos, abundante com urinas claras e limpidas.
Parasympathico pelo: exaggero do R. O. C. e tendencia da Mn. para baixo.

— PROVA DE DANIELOPOLU —

Atropina combinada com o orthostatismo.

De accordo com esta prova considerada pelo autor, de grande precisão e que constitue "um reactivo muito mais fino que o R. O. C." obtivemos os resultados seguintes: —

Rythmo clinostatico 72 = tonus vegetativo relativo.

Acceleração maxima depois da paralyisia completa do vago = 96 p.

Tonus absoluto do vago ou força de inibição deste nervo 96-72=24.

Dose total para obter a paralyisia do vago 0,00075 de milligramo (314 de milligramos) .

Comparando-se com a tabella organizada por DANIELOPOLU quer nos parecer que o nossopaciente é um hypoamphotonic.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

Os factos de passagem, os estados limites entre a E., a acrocvnase e outros estados neurotrophicos das extremidades são relativamente frequentes e não raras vezes de difficil diagnostico, razão porque, ora são classificados num grupo, ora noutra. Ademais, as associações entre varios destes estados, corno por ex.: — S. de Renaud, não são raros, o que vem de difficultar, mais e mais, este capitulo.

A S. de W. M., apezar de ter characteristics perfeitamente determinadas, pôde prestar-se á confusão com um sem numero de estados

morbidos. Destes, alguns só poderão ser passíveis de engano quando esquecidos ficarem os symptomas peculiares a cada caso; outros estados, porém, são de diagnostico differencial realmente delicado. Daremos, como convem, de uns e de outros breve relato. No primeiro grupo se incluem: — as crises de resfriamento, de congelação, a erysipela, as dores dos tabeticos, a arterio-esclerose, a gotta, as varices profundas, a coloração cyanosada dos cardiacos, o rheumatismo polyarticular, as arthrites das pequenas articulações, a tarsalgia dos adolescentes, a podynia de Gross, o panaricio de Landgraff — geralmente dito — erro de Landgraff, a erythremia ou molestia de Vacquez, etc. Cada um destes estados tem para definil-os propriedades especialissimas que sabidas e bem ponderadas os fazem bem destacados da erythromelalgia.

No 2.º grupo citaremos os casos de diagnostico delicado a começar pela: —

1. ° — Glossy - Skin: — dermatonevrose consecutiva a certas nevrites e caracterisada pelo estado secco, liso e tenso da pelle que se apresenta desprovida de pellos, brilhante como um espelho e de coloração, ora rosca, ora vermelha.

A E. distingue-se pela evolução, aspecto da pelle, intensidade das dores, constancia da triade: — vermelhidão, turgescencia e dores.

2 ° — A acroparesthesia de Schultze: — traduz-se por perturbações sensitivas localisadas nas extremidades, principalmente mãos, e reveladas por formigamentos de intensidade variavel identicos aos produzidos pela compressão de um nervo, e algumas vezes acompanhadas de vaso-constricção. E' frequentemente observada nas mulheres e nella não se observam, nem modificações da temperatura, nem coloração da pelle que se houver, será no sentido de uma vaso-cons-tricção. Para SAVILL, muitas vezes, estas acroparesthesias podem ser consideradas ponto inicial de uma mesma affecção que pode evoluir ou para a erythromelalgia ou para a S. de Renaud.

NOVA-SANTOS descreveu uma acroparesthesia chronica que se revela por unia erythrodermia persistente, com paresthesias e crises dolorosas semelhantes a E.

Igualmente descreveu uma outra variedade que designou de erythromelalgia anesthesica.

Estes casos de NOVA-SANTOS foram contestados.

3.º — As acrocyanoses classificadas, ora como uma tropho-nevrose, ora como uma ecto-sympathose, são mais frequentemente vistas na puberdade e coincidem com a evolução genital. Além disso não se acompanham de perturbações subjectivas notaveis, especialmente de dores, e objectivamente apresentam cyanose, testemunho de uma tendencia notavel anormal para a estãse venosa e capillar. As acrocyanoses apresentam congestão passiva chronica e podem, muitas vezes, apresentar um augmento progressivo das partes molles cyanosadas —

constituindo a acrocyanose chronica hyperthophica. Na acrocyanose chronica anesthesica de Cassirer, nota-se além da cyanose permanente, pelle humida, fria e ausencia de dores.

4.° — Na esclerodermia, quando a invasão se faz insidiosamente, é frequente observar-se crises de dores localizadas nos membros, acompanhadas ou não de accessos febris, de phenomenos vaso-moto. res diversos e evoluindo lentamente para a atrophia dos tecidos. Esta manifestação é quasi sempre symetrica e nota-se como symptomas subjectivos: — caimbras e formigamentos das extremidades, particularmente das mãos. Demais, na esclerodermia destas regiões vê-se a esclerodactylia com insensibilidade dos dedos.

5.° — Na S. de Crocq-Cassirer, nota-se uma cyanose permanente ou chronica, attingindo de preferencia as extremidades inferiores que não apresentam dares e revelam resfriamento, pelle humida e ausencia de surtos paroxysticos, sobrevindos exclusivamente nos individuos do sexo feminino, portadores geralmente de dysendocrinias genitae.

6.° — Na erythro-cyanose super-malleolar, dermatose inesthetica observada no sexo feminino em individuos portadores, segundo crêem alguns autores, de tuberculose ou ainda de meiopragia hepatica, é quasi sempre symetrica e localisa-se nas porções inferiores das pernas, logo acima dos malleolos. Este estado traduz uma infiltração, especie de empastamento de natureza cellulitica e acompanha-se de frieza, coloração vermelho-violacea que se attenua pela digito-pressão; não é dolorosa. Os individuos que apresentam esta syndrome tem geralmente, cyanose das mãos, das bochechas, nariz, etc., e são portadores de um estado especial e particular da pelle que JOUSTER chamou: — erythrocyanogenico.

7.° — "O edema circumscripto da fase dorsal do pé" é uma afecção descripta por JOUSTER e LÉVY-FRANCKEL e é provocada pelo uso de sapatos apertados e caracteriza-se por oedema branco ou roseo, duro, não doloroso e é mais pronunciado de um lado que do outro e quasi sempre apparece em seguida ás marchas prolongadas, parecendo produzida por urna perturbação circulatoria sanguinea ou lymphatica, tendo como factor importante as perturbações endocrinas — de preferencia — as do typo ovariano.

8.° — Causalgia — complicação de ordem sensitiva observada nas mononevrites, apresenta-se sob a forma de uma neuralgia, revelada por sensações de ardor ou queimor de extrema violencia. Esta neuralgia que STAPFORD julga preferivel se denomine thermalgia, sobrevem quasi que exclusivamente após os ferimentos, por arma de fogo, de troncos nervosos. A dar conquanto seja continua, apresenta paroxysmos que se acompanham de vermelhidão e augmento da temperatura.

Distingue-se da E., pela origem, pela evolução e mesmo pela invo-

lução que é a das mononevrites traumaticas que podem terminar pela cura graças a regeneração do nervo.

9.º — Na metartalgia de Morton nota-se inchação, porém a dôr produz-se por compressão geralmente do calçado. Além disto é uma dôr unilateral nitidamente localisada na face plantar, ao nível da cabeça de um ou mais metatarsianos e não se manifesta por acessos, nem apresenta phenomenos circulatorios e vaso-dilatadores.

10.º — No pseudo-phlegmão, ha espessamento dos tegumentos que são endurecidos, embora de coloração vermelha e sobrevem ás lesões dos troncos nervosos, por nevrites que determinam as perturbações trophicas acima.

11.º — Na gangrena symetrica das extremidades — Syndroma de Renaud — além da symetria de localizações nota-se: — cyanose local, palidez dos dedos, que ficam frios, asphyxia propriamente dita, dôres intensas, etc. A crise pode parar nesta phase ou progredir para a gangrena. A S. de Renaud é um phenomeno ortho-sympathico de excitação que produz uma vaso-constricção, um espasmo arterio-venoso. E' portanto a antithese da S. de W. M.

12.º — Na Doença de Buerger nota-se: "caimbras nas pernas, dôr, claudicação intermittente, sensação de frio, suppressão dos batimentos arteriaes, ischemia e necrose que se iniciando no primeiro podarticulo. marcha progressivamente invadindo todo o membro inferior". E' uma doença de marcha chronica, e que pela sua evolução acaba provocando a morte do paciente devido ás gangrenas extensas e successivas.

13.º — A acrodynia de Lannois ou ainda — erythroedema — é urna molestia propria á primeira infancia, embora raras vezes notada nos adultos, revela-se por acessos febris, vermelhidão, erupção miliar vermelha localisada nos orificios das glandulas sudoriparas, crises de suor, prurido atroz, etc. E' uma molestia considerada por muitos. autores como uma nevraxite de natureza infecciosa e epidemica, e por outros, como uma dysfunção do systema neuro-vegetativo.

14.º — Erythromelia de Pick, ou acrodermatite chronica atrophiante de Hexheimer — que segundo uns é uma angio-nevrose e segundo outros é uma endocrinide, caracteriza-se pela sua chronicidade, marcha lenta e progressiva localisada de preferencia nas extremidades dos membros inferiores que apresentam um processo de atrophia cutanea que marcha da extremidade para a raiz do membro. Não ha dôres, nem turgescencia.

15.º — Erythrose de Betcherew: — é uma affecção propria dos individuos jovens, é rara, hereditaria — (segundo parece) — e se caracteriza por vermelhidão do rosto e das extremidades. Esta vermelhidão é dependente de ectasias congenitas dos vasos e augmenta

com o decorrer dos anhos, assim como sob a acção dos excitantes externos. Não é dolorosa.

16.º — O edema azul de Charcot: — "é unia afecção de inicio ordinariamente brusco, em seguida a traumatismos moraes ou physicos e seguidos de paralysisa, paresia ou contracturas de um ou mais membros. As regiões attingidas ficam immediatamente cyanoticas, embora apresentem dôres intensas e um oedema cutaneo, mais ou menos, permanente e não raras vezes de grande intensidade".

A mancha branca produzida pela digito-pressão desaparece com grande lentidão e a temperatura é abaixo da normal. Este oedema pode desaparecer temporariamente, mas retorna periodicamente e localisa-se, sempre nas extremidades e quasi sempre m um só membro.



Numa crise pequena



Depois da crise

TRATAMENTO

O nosso paciente foi submettido a varios tratamentos. Citaremos em primeiro lugar: — o tratamento especifico anti-leprotico feito pelos estheres de chaulmoogra e seus derivados:—C, E. C. C., C. E. I., Mercado Heiser, etc., por via intramuscular e pelo oleo bruto por via oral.

Do ponto de vista puramente especifico, parece-nos que os resultados foram bons porque as lesões cutaneas especificas da lepra re-

grediram, conforme se pode verificar da ficha inicial de internamento comparada ás de revisão. Entretanto, quanto a syndrome dolorosa paroxystica localisada nos pés, os resultados foram, até agora, improficuos, parecendo, mesmo, que alguns destes medicamentos aggravavam este estado porque, não poucas vezes, fomos obrigados ou a diminuir as doses, ou a espaçal-as ou mesmo a interrompel-as.

Apezar de não havermos notado nenhum symptoma ou signal de infecção luetica, fizemos o tratamento de prova, já pelos iodicos, já pelos saes de mercurio, já pelos de bismutho, sem notarmos qualquer modificação para o lado dos phenomenos dolorosos que nos pareceram, até, recrudescerem com alguns destes saes, como por exemplo: — os iodicos. Do mesmo modo, apezar dos exames para a pesquisa do hematozoario de LAVERAN terem dado negativos, fizemos o tratamento visando uma possivel manifestação anomala do paludismo, sendo os resultados nullos. Lançamos, ainda, mãos de medicamentos puramente symptomaticos, já pelos antinervinos communs: — brometos, atophan, etc., já pelos medicamentos reputados de acção sobre as sympathalgias: — luminal, valeriana, etc., e comquanto os resultados fossem de algum modo beneficos pela sua acção palliativa, não foram animadores pelo exgottamento rapido da acção antidolorosa. Deixamos muito propositadamente de recorrer aos tratamentos cirurgicos, maximé, pela sympathectomia, pela má chronica de que us mesmos se fazem acompanhar quando empregados em casos identicos. Demais, a priori, os reputamos contraindicados no caso vigente, porque iriamos — aggravar uma syndrome vaso-dilatadora, com uma intervenção cujos efeitos certamente se sommariam.

Empregamos as injecções do azul de methyleno a 1 % — por via endo-phlebica, e esta medicação nos pareceu exercer acção benefica, fazendo as dôres diminuirem de intensidade e frequencia, dando treguas, não raras vezes, longa ao nosso paciente. infelizmente, porém, estas dôres ao fim de algum tempo voltaram, comquanto menos intensas e de algum modo transformadas, pois que de dôres puras e intoleraveis que eram, passaram a serem sentidas como um mixto de dôr e de queimação, com predominancia desta ultima sensação. A dose total de azul de methyleno foi de 250 cc., em fracções de 5 e 10 cc., 3 vezes por semana.

Faremos notar que a acção antineuralgica do azul de methyleno já é de longa data conhecida e quando foi por nós recentemente empregada, segundo as indicações de MONTEL, modificadas conforme nos pareceu mais adequado a cada caso, os efeitos sedativos da dôr foram, na maioria dos casos, nitidamente observados comquanto de acção pouco duradoura. Sendo o azul de methyleno uma substancia considerada inibidora do vago, dahi se poderia explicar, talvez, os insuccessos e os accidentes notados, e que deram e dão margem ás

divergencias tão grandes e tão a miude observadas em diversas partes e por varios experimentadores. Dahi julgarmos util e interessante se conhecer previamente o estado de equilibrio do systema neuro-vegetativo dos pacientes submettidos a esta medicação, constituindo isto um capitulo digno de estudo para quem deste assumpto se queira inteirar. Fomos obrigados a suspender o seu emprego, porque as dôres voltaram, mesmo no decurso do tratamento, talvez, por um possivel exgottamento da acção medicamentosa ou de habito, e porque notamos signaes evidentes de uma adynamia que promettia progredir.

Ainda tentamos acalmar as dôres do nosso paciente por meio de injecções, endovenosas de sulf. de atropina (0,00025 por cc.) em doses crescentes ate 1 1/2 milligramma de cada vez, ora simples, ora associadas ás injecções de agua bidistillada na dose de 5 e 10 cc., dadas em horas differentes e os resultados animadores que obtivemos nos primeiros dias, breve se desvaneceram pelo habito do medicamento. Finalmente, fizemos injecções de anaveneno crotalico nas porque as dôres além de não regredirem, tiveram accentuado exagero, doses e indicações já sabidas e aconselhadas no trabalho do nosso collega Dr. Moraes e os resultados não foram animadores, neste caso, apesar de persistirmos no seu uso.

Recordando, notaremos que dos medicamentos empregados exerceram acção de algum modo benefica ou palliativa os que, pela sua acção pharmaco-dynamica, são considerados inhibidores do vago: — azul de methyleno, valeriana, meimendro, luminal, belladona, atropina. datura-stramonio; ao passo que os de acção excitante deste systema aggravaram o soffrimento deste paciente e foram principalmente: — os iodicos.

Continuaremos a tentar outros medicamentos e outros methodos therapeuticos com o fim de solucionarmos o difficil problema que ora se nos depara, ou ao menos diminuir o soffrimento já atroz e que pela sua intensidade e sobretudo persistencia, faz com que o nosso paciente se julgue, no meio em que vive, o maior e o mais infeliz de todos os doentes do Mal de Hansen.

CONSIDERAÇÕES

Sabemos de ante-mão das difficuldades que se nos antolham ao attribuirmos á lepra responsabilidade na determinação desta syndrome, mesmo porque, esta observação, julgamos, é a primeira a ser dada á publicidade.

Mas, perquirindo motivos em torno do assumpto, nenhum estado nos pareceu mais plausivel e adequado de explicar esta syndrome, no nosso observado, que a lepra que, se não pode ser affirmada cathegoricamente, Lambem com maior razão e logica pode ser negada. E, porque excluir, a priori, a lepra quando outras infecções e estados morbidos têm sido e são reputados determinadores delta?

As manifestações variadas de *sympathologia clinica* não poderiam encontrar terreno mais proprio ás suas exteriorisações e expansões morbidas que o apresentado pelos doentes de lepra. Quem se der ao cuidado de estabelecer correlações entre as multiplas variedades de *symptomata clinica* que vão desde: — as algias, ás perturbações circulatorias; desde as *dysfuncções endocrinas*, ás perturbações secretorias; desde as alterações que attingem a pelle e *phaneros* nas suas multiplas e variadas funções até ao *desequilibrio da motricidade*, não deixará de ficar surpreso ante o numero consideravel de estados, precoces uns, tardios outros e que se poderão, possivelmente, explicar luz deste grande e difficil capitulo de *pathologia* que é a *sympathologia*. Desconfiamos e somos propensos a acreditar que se nos estudos da lepra esta directriz houvesse sido seguida, talvez, varios problemas de *sympathologia clinica*, especialmente de *acropathologia* estariam hoje mais bem encaminhados. Não ignoramos, sabemos que, em relação á lepra, estudos, de quando em quando, surgem sem trazerem, porém, uma directriz, uma coherencia e encadeiamento de pesquisas necessarias a tal desiderato. Não se infira dahi, desconhecemos as difficuldades oriundas da interpretação dos *phenomenos neuro-vegetativos* e que seja este um assumpto a se resolver a traços largos de observações esparsas, pois ainda tem fóros de realidade as phrases de R. L. Müller de que "os nossos conhecimentos sobre o *systema sympathico* são absolutamente insufficientes para delle se fazer applicações na clinica". A E., segundo uns, é uma *syndrome sympathica* de excitação, como parece demonstrar o resultado da intervenção de BENNOIST que conseguiu paralyzar uma crise de *erythromelalgia*, injectando no L. C. R. do paciente, um soluto de cocaina, cuja acção é sabidamente inhibitora dos vaso-dilatadores. De accôrdo cam as pesquisas *plethysmographicas* de CAVAZZANI e BRECCI a *erythromelalgia* depende de um *phenomeno activo*, porque os vasos das *extremidades* se contraem energicamente durante as proprias crises sob a influencia de *estimulos periphericos*.

A theoria dos vaso-dilatadores, porém, não é acceita por todos os autores, que allegam não estar ainda hoje bem determinado a existencia de nervos especialisados a vaso-dilatação, isto é, nervos vaso-dilatadores, principalmente dos vasos da pelle. Outros ha que acreditam que se estes existem, não são antagonicos completos, mas, sim, *inhibidores* dos vasos *constrictores*, segundo as experiencias de CL. BERNARD, embora MORAT e DASTRE julguem haverem descoberto no *systema sympathico* fibras vaso-dilatadoras activas e que outros procuram explicar como simples *phenomenos* de *inibição*, pela excitação das fibras *intercentraes*, segundo a lei de *interferencia* de CL. BERNARD. Para os que admittem a existencia de nervos especialisados vaso - dilatadores, a *syndrome*, pode ser produzida, em certos Ca-

sos, pela excitação destas fibras, muito embora, as fibras vase-constrictoras não sejam paralyzadas, o que pensam provar fazendo-as entrar em acção durante o accesso com o emprego de excitantes directos ou ainda por meios indirectos, pelo effeito suspensivo sobre os vasodilatadores, tal foi a experiencia de BENNOIST já referida.

Acredita-se, pois, ser da mais alta importancia a excitação dos vasodilatadores para os que admittem a sua existencia, comquanto não seja menor a da paralyxia ou inibição dos vasos constrictores na determinação desta syndrome.

Ainda hoje reina incerteza onde o sympathico e lesado nesta syndrome. Segundo GASKELL, BIELD, etc., o ponto attingido é a columna de Clarck considerada centro medullar do sympathico.

Os capillares, principalmente os das extremidades, apesar de alguns autores passados haverem suspeitado e até affirmado a sua autonomia (BICHAT, BROUSSAIS, etc.), tem hoje as suas funções e autonomia bem determinadas e provadas. Com a descoberta da capillaroscopia por LOMBARD e das medidas de tensão capillar e resistencia capillar, um avanço se vem notando nos estudos das syndromas capillares. Si os autores parecem accordar serem os capillares autonomos nas suas propriedades puramente dynamicas, divergem, comtudo, quanto ao seu mechanismo, defrontando-se para explical-o varias theorias.

Procuram uns, estabelecer correlação entre esta autonomia e a existencia de substancias chimicas, humorales e hormonicas.

Destas substancias, além da cholina, adrenalina, etc., parece reservada posição de destaque a chamada — substancia H. de Lewis que é semelhante a histamina e que, podendo tambem existir nos tecidos profundos, tem como sede principal a epiderme viva, isto e, a cellula epidermica. Esta substancia é nitidamente vaso-dilatadora arteriolar e parece provir do metabolismo normal dos tecidos, sendo posta em liberdade graças ás excitações que se exercem sobre a pelle, e, em tanto maior quantidade quanto mais forte fôr o excitante. A sua diffusão se faz atravez os espaços intersticiaes, de modo que, nos pontos em que a circulação fôr mais intensa, o seu decrescimo será mais rapido, o que provoca a contracção vascular. Quando é o inverso que se dá, isto é, quando a circulação se torna menos activa, a substancia H, ahi se accumula acabando por provocar, conforme a sua intensidade, a dilatação dos vasos, até, determinar a paralyzação da torrente sanguinea. A temperatura é considerada um dos mais poderosos e dos mais frequentes excitadores do metabolismo tissular e por consequencia do apparecimento da substancia H. que ainda tem a propriedade de exercer a sua acção a distancia, por intermedio do systema nervoso. Além desta substancia H, outras ainda resultantes deste mesmo metabolismo cellullar ou tisular, vem sendo aponta-

das como capazes de exercerem acção sobre a circulação capillar cutanea, como seja a theoria de LANGLEY que pensa serem as variações de diametro dos capillares, devido ás variações de equilibrio das pressões externas e internas e a acção dos metabolitos de ROY e GRAHAM, que postos em liberdade agem directamente sobre as suas paredes.

O hormonio hypophysario tambem parece agir sobre o systema nervoso vaso-dilatador, ora em acção synergica, ora em conjuncção com as modificações dependentes do equilibrio acido-base, isto é, com os ions K e ions CA que, segundo VOLTERA, agem sobre a adventicia conjunctivo-reticular, mantendo o equilibrio physico-chimico que se romperá para o lado de uma vaso-constricção se o disequilibrio se der para o lado dos ions K e vaso-dilatação se fôr para o lado dos ions CA.

Segundo ZONDEK, os electrolytos K ou CA, agem directamente e por si proprios, agindo as excitações, apenas, para fazei-as deslocar-se da superficie das cellulas onde existem normalmente. De modo que, o eletrolyto K. em excesso age de maneira identica a produzida pela excitação do vago e o CA. como se fôra a do sympathico.

C O N C L U S Õ E S

Concluindo e salvo melhor juizo, somos de opinião: —

1 ° — que o nosso paciente P. M., é portador da S. de Weir-Mitchell de natureza leptotica.

2° — que deante das provas pharmaco-dynamicas e biológicas applicadas como tests demonstrativos da acção do systema grande sympathico, apezar da desigualdade dos resultados, julgamos que o paciente reage mais no sentido vago-tonico que no sympathicotnico e em rigor, talvez, seja um amphotnico.

Aliás, nas poucas e raras vezes em que taes provas foram feitas. os resultados foram desconnexos e, até, paradoxaes, como aconteceu a MAY e HILLEMAND, AVEZZU, RADONIÈRE e KIKELESS.

3.° — que a propria discordancia de resultados obtidos falta em favor de um disequilibrio ou instabilidade neuro-vegetativa.

4.° — que segundo alguns autores — L. LAVASTINE e outros) a erythromelalgia é uma syndrome sympathicotonica e segundo outros (H. ROGER) é uma syndrome vagotonica.

5.° — que as opiniões tendem a se affastar, mais e mais, da theoria dichotomica de ÉPPINGER e HESSE que collide com a de instabilidade vago-sympathica ou com a de um estado de nervosismo que se caracteriza pela hyperexcitabilidade de todo o systema sympathico inclusive o parasymphatico.

Instituto Paulista de Dermotherapia Ltda.

Director: Dr. LINNEU PRESTES

Prof. Cathedratico de Chimica Toxicologia e Bromotologia da Universidade de S. Paulo e chefe do Serviço-Chimico do Departamento de Prophylaxia da Lepra.

NO TRATAMENTO DA LEPRA:

CHAULMOETHYL

(Estheres ethylicos do oleo de chaulmoogra) (Hydnocarpus Wightiana), creosotados a 4 %)

CHAULMOETHYL - IODICO

(Estheres ethylicos do oleo de chaulmoogra (Hydnocarpus Wightiana), iodados a 2 %)

— Preparados com materia prima das melhores procedencias e com a mais moderna e perfeita technica.

Embalagens: *Clinica*:

Em caixas de 6 ampoulas, 1.º, 2.º e 3.º grau correspondendo a 1-2 e 3 cc.

Em caixas de 50 ampoulas de 1.º, 2.º e 3.º graus.

Hospitalar:

Em caixas de 50 ampoulas de 10 cc.

Nota: Toda caixa traz no seu verso, o poder rotatorio especifico do ester contido nas ampoulas.

Concessionarios exclusivos:

NOVOTHERAPICA ITALO BRASILEIRA

G. DE MATTIA & CIA. LTDA.

Av. Brig. Luiz Antonio, 336

São Paulo



1909 | era de Ehrlich — assignala o inicio das grandes descobertas em quimioterapia arsenical.

1934 | 25 annos depois — assignala o periodo em que, abandonando paulatinamente os antigos 914, os syphiligraphos, hospitaes e postos de prophylaxia passaram a adoptar o mais moderno, mais espirillicida e 'mais toleravel dos arsenicaes trivalentes.

RHODARSAN

914 DA ACTUALIDADE

Theor arsenical garantido (19 a 21%), segundo as exigencias da Pharmacopéa Brasileira,

Correspondencia: *Rhodia* - Caixa Postal, 2916 - S. Paulo

BIODINA

Proteínas, lipóides e gorduras, em estado de
ULTRAPEPTONAS

Bacteriographo injeçtavel

PODEROSO EXALTADOR DAS DEFESAS LEUCOCY-
TARIAS - LISE THERAPICO POLYVALENTE

PARA O TRATAMENTO DE TODAS AS MOLESTIAS
INFECCIOSAS, DE QUALQUER ORIGEM, EM QUAL
QUER PERIODO, EM QUALQUER IDADE.

Não provoca choque proteico visível graças ao estado de ul-
trapeptonas dos seus antígenos.

MODO DE USAR: — Uma ou mais ampoulas por via in-
tramuscular ou endovenosas diariamente.

Nefro-Aminas "PIAM"

Ácidos aminados de rim total, de animal sadio.

Solução para uso oral e ampoulas de 1cc. para uso intramus-
cular ou venoso

Tratamento etiológico, reconstituente específico, das
nephropathias.

NEPHRITES AGUDAS E CHRONICAS — NEPHRO-
SES — TOXICOSES — INSUFFICIENCIA FUNC-
CIONAL DO RIM — AZOTEMIA — ANURIA—OLIGURIA

Empregado com successo nas lesões renaes da lepra.

MODO DE USAR: — Por via venosa ou muscular: Uma
ou duas ampoulas diarias.

Por via oral: 3 a 4 colheres das de chá, em água
por dia.

(NÃO TEM CONTRA-INDICAÇÕES).