

SINTESE BIBLIOGRAFICA (*)

VALOR DA PROVA DO ÉTER NA MEDIDA DE VELOCIDADE CIRCULATORIA — SAMUEL BAER e HAROLD ISARD — Am. Journ. Med. Sc., vol. 200, n. 2, Agosto 1940.

- 1) Apresentam-se os resultados do tempo de circulação braço-pulmão, verificados pelo eter, em 329 pacientes.
- 2) O tempo obtido em 184 pacientes normais varia de 3,5 a 9,4 segundos, com a media de 5,8 segundos. Apenas 6 dos 184 pacientes apresentaram tempo acima de 8 segundos.
- 3) Em 26 pacientes com lesão pulmonar evidente, o tempo varia de 2,5 a 10 segundos. A media foi de 6,1 segundos e apenas em 2 dos 26 pacientes o tempo foi acima de 8 segundos.
- 4) Em 90 pacientes com lesão cardíaca, o tempo variou entre 4 e 19 segundos. A media dos pacientes sem lesão cardíaca foi de 5,8 segundos, e dos com lesão, de 10,2 segundos.
- 5) O teste do eter tem valor definitivo para o diagnostico diferencial entre insuficiencia do coração direito e as condições que a simulam.

EFEITO DA SULFAMILANIDA E SULFAPIRIDINA SÔBRE O METABOLISMO HEMOGLOBINICO E A FUNÇÃO HEPÁTICA — C. WATSON, W. SPINK e R. EVARTS — Arch. of Int. Med., vol. 65, n. 4, Abril 1940

A Anemia hemolítica e a ictericia são efeitos tóxicos da administração da sulfamida; os autores visam demonstrar em que condições se dá a lesão do fígado e a maior destruição do sangue. Estudando minuciosamente 110 casos tratados no hospital pela sulfamida em molestias diferentes, chegam às seguintes conclusões: 1.º) a sulfamida e sulfapiridina em doses habituais ocasionam um aumento do metabolismo da hemoglobina caracterizado por um aumento do urobilinogenio nas fezes e das porcentagem dos reticulocitos, principiamente quando ha anemia hemolítica. 2.º) em muitas pessoas há disfunção do fígado, como urobiligenuria, bilirubinemia e ictericia. Está provado que a sulfapiridina é menos toxica para o fígado que as outras sulfamidas.

GASTROSCOPIA NA ULCERA DUODENAL — TAGE CHRISTIANSEN — Am. Journ. Med. Sc., vol. 200, n. 1, julho 1940.

- 1.º) Podemos admitir como regra que portadores de ulcera duodenal não estenosante estão sujeitos a transformações patológicas da mucosa gástrica, mesmo que a radiografia não acuse anomalias.
- 2.º) Desvios da acidez normal não fornecem a base para conclusões acerca do carater destas alterações ou a sua localização no estômago.
- 3.º) O metodo do exame consiste em verificar gastroscopicamente o estado do estômago.

(*) Os resumos foram cedidos gentilmente pela 1.ª M. H. (Serviço do Prof. Almeida Prado).

4.º) As alterações gástricas compreendem todas as tres formas de gastrite, sendo a mais frequente a gastrite superficial crônica relativamente a mais benigna. Gastrite hipertrofica crônica é mais grave porem menos frequente. Erosões solitarias e hemorragias podem se manifestar como elementos de uma gastrite ou apenas como anomalias gastroscopicas. O mesmo acontece com hemorragias sub-mucosas puntiformes.

5.º) A gastrite pode ser total ou parcial; neste ultimo caso se encontra no fundo do estomago; se o anstro estiver envolvido é sempre como parte duma pangastrite, visto que uma gastrite antral isolada não foi verificada gastroscopicamente.

6.º) As erosões são manifestações agudás que podem sarar em poucos dias, independentemente da evolução da gastrite. Não se observaram passagens para ulcera gástrica crônica.

7.º) Os sintomas ulcerosos típicos parecem se estabelecer com preferencia nos casos em que o estomago estiver igualmente afectado.

8.º) Retenção gástrica aguda pode se associar a graves processos de erosão no estomago, correspondendo aos achados de autopsia. Estas alterações são inconstantes e podem desaparecer rapidamente quando cessar a retenção. Provavelmente estas condições não são de gastrite primaria, como julgava RONOETZNY, mas antes uma molestia peptica secundaria, segundo SCHINDLER.

O ELETROCARDIOGRAMA E AS MODIFICAÇÕES DO TEOR DE POTÁSSIO — HAROLD J. STEWART, JAMES SMITH e ADE T. MILHORAT — Am. Journ. Med. Sc., vol. 199, n. 6, Junho 1940.

São estudadas as alterações eletrocardiografias durante ataques de paralisia familiar periodica, junto com as concentrações do sódio, potássio, calcio, fosfato. Estas correlações não foram anteriormente referidas. As alterações mais notáveis e responsaveis pela forma bizarra do eletrocardiograma foram o alargamento dos espaços PR, QRS, e Q-T, alterações da forma do segmento R-T e diminuição em amplitude da onda T. Algumas destas alterações eram devidas a um defeito de propagação da onda excitadora. Durante a paralisia o teor de potássio tinha apenas a metade do valor que apresentou após o restabelecimento do ataque, 4 meses depois. Segundo a nossa opinião, as alterações eletrocardiograficas se associam a redução do sorum potassium. Alguns dados publicados apoiam este ponto de vista.

HIPERTENSÃO, CONSTITUIÇÃO E OBESIDADE — MARSHALL BRUCER — Am. Journ. Sc., vol. 199, n. 6, julho 1940.

1.º) O papel de obesidade na hipertensão é avaliado separando-se a obesidade do fator constitucional com o qual está intimamente ligado.

2.º) A obesidade está intimamente ligada ao tipo brevilineo, não correndo frequentemente nos longilineos (37 % e 3 % respectivamente).

3.º) O tipo constitucional está intimamente ligado à hipertensão. Os tipos hiperestenicos apresentam sempre pressão mais elevada, incidência mais frequente de hipertensão e mais raro de hipotensão.

4.º) Num mesmo grupo constitucional as relações com a obesidade são incertas. Nestas circunstancias, mesmo havendo correlação, é muito menos nitida que quanto aos tipos.

5.º) A obesidade mostra maior correlação nos tipos longilineos.

6.º) O tipo constitucional é portanto o verdadeiro fator genotípico determinante de predisposição para hipotensão.

7.º) O papel da obesidade é pequeno e a noção geralmente aceita de comitancia deve ser revista.

A SIGNIFICAÇÃO PROGNOSTICA DO DESVIO DO EIXO ELETRICO PARA A DIREITA NOS HIPERTENSOS E ARTERIOESCLEROTICOS — MAX J. KLAINER — *Am. Journ. Med. Sc.*, vol. 199, n. 6, Junho 1940.

1.º) Observam-se casos de desvio do eixo para a direita nas molestias cardiacas hipertensivas e arterioescleróticas, mesmo havendo hipertrofia ventricular esquerda.

2.º) Em geral associa-se a ataques recentes de trombose coronaria e a grave lesão miocardiaca. Em 13 casos autopsiados, 10 tinham infarto do miocardio e 2 fibrose difusa. O desvio do eixo eletrico para a direita dá-se nos casos de infarto anteriormente ou posterior separadamente ou em combinação.

3.º) Dos pacientes com desvio do eixo eletrico para a direita, e cujos casos foram estudados, 83 % morreram dentro de 27 meses e 45 % de toda a serie morreram dentro de 1 mês após a sua descoberta. O aparecimento do desvio do eixo para a direita em pacientes com molestias cardiacas hipertensivas ou arterioescleroticas sem alterações reumatismais ou congenitas ou cor pulmonal indicam um prognostico severo.

4.º) Outro mecanismo que altera o eixo eletrico será talvez uma necrose extensa de um ventriculo que pode anular por completo os efeitos de hipertrofia deste ventriculo.

REGULARIZAÇÃO DA CIRCULAÇÃO CORONARIA APÓS OCLUSÃO EXPERIMENTAL DA CORONARIA. Com particular referencia à vascularização de adesões pericardicas — H. BURCHELL — *Arch. of Int. Med.* vol. 65, n. 2, Fev. 1940, pag. 240.

O autor faz as suas experiencias em cães usando colares constritores de metal que provocassem a oclusão das coronarias, principalmente da coronaria direita, da circumflexa e ramo descendente anterior da coronaria esquerda. Foi possivel produzir-se a oclusão sem a produção de de infarto e disturbio da função cardiaca normal. Foi verificado tambem que as adesões pericardiacas favorecem o restabelecimento mais rapido da circulamusclo cardiaco impede a formação do infarto. O restabelecimento da ção. Foi tambem demonstrado que um enxerto muscular do peitoral no circulação se faz a custa dos primeiros ramos dos troncos das coronarias e pelo alargamento das cadeias colaterais pre-existentes.

HEPATITE TOXICA. Forma intermediaria com aumento do figado. Estudo clinico e patológico — J. D. KIRSCHBAUM e H. POPPER — *Arch. of Int. Med.*, vol. 65, n. 3, Março de 1940, pg. 465.

E natural que se queira explicar porque o aumento do figado na ictericia catarral, contrastando com a sua diminuição na atrofia amarela aguda. Os autores estudaram 15 casos, 10 homens e 5 mulheres com quadro clinico da ictericia catarral, mas com morte rapida em poucos dias, em cuja autopsia se encontrou sempre o aumento do figado. O quadro clinico era constituido por arrepios, febre, vomito, dôr abdominal e ictericia. Sobrevinha estupor, inconciencia e sempre dôr de cabeça. Os exames de laboratorio acusavam leucocitose, uréa no sangue de 40 a 205 mgr.% e aumento da crealinina (6,6 a 16 mgr. %). O baço tambem quasi sempre aumentado. Os rins geralmente inchados. O quadro anatomo-patológico era de uma hepatite serosa: separação dos cordões das células hepáticas aumento dos espaços de DISSE. As células hepaticas ao redor das veias centrais estavam muito alteradas, notando-se uma degeneração gordurosa, quasi sempre. Ductos biliares com a sua luz muito estreitada, pela compressão do

edema. Impunha-se o diagnóstico de hepatite aguda diferenciando-se da atrofia amarela aguda pelo aumento do fígado. Admite-se um agente tóxico como causa etiológica. Nestes casos pode dar-se a regeneração do tecido e a cura por injeções hipertônicas de dextrose. Consideram os autores estes casos como intermediários entre a icterícia catarral e a atrofia amarela aguda.

O fígado, sempre aumentado, mostra alterações das células epiteliais. O quadro da hepatite serosa e a dissociação dos cordões celulares que é ocasionada pela lesão dos capilares sanguíneos. A icterícia é devida a uma combinação de necroses localizadas e células com destruição dos cordões e a diminuição da função celular pela hepatite serosa. O aumento do fígado é devido ao edema tóxico.

OS EFEITOS DO CIGARRO E INSPIRAÇÕES PROFUNDAS SOBRE O SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO — M. G. MULINOS e I. SHULMAUX — Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Março 1940, pg. 108.

Encontra na literatura numerosos estudos afirmando que o fumar produz vaso-constricção periférica; estudavam esse fenómeno pela observação volumétrica da mão, outros pelas variações de temperatura da pele e pela capilaroscopia. WRIGHT pela capilaroscopia observou um retardo e mesmo estase na circulação capilar que só era apreciável quando o paciente "tragava" o fumo. Sabe-se porém que as simples inspirações profundas provocam uma constricção arteriolar.

Daí a ideia de comparar os efeitos das inspirações profundas e do cigarro sobre o sistema vascular periférico.

O ato de fumar acompanha-se quasi sempre de inspirações profundas — "tragar" esta ação associa 3 fatores cada um deles capaz de produzir vaso-constricção e são: 1) Ação farmacológica dos constituintes do fumo (nicotina, etc.); 2) irritação da mucosa e 3) inspirações profundas. O autor por meio de varios métodos estudou as variações do sistema vascular periférico: fletismografia, temperatura da pele e capilaroscopia.

Concluiu: 1) As inspirações profundas por si só são responsáveis pela maior parte da vaso constricção verificada pela diminuição de volume da mão e queda da temperatura da pele, resultante do "tragar" o fumo.

INFLUENCIA DAS ESTAÇÕES SÔBRE A GRAVIDADE DO DIABETE E SUAS COMPLICAÇÕES ESCLEROSAS — L. OWENS e C. MILLE — Am. J. Med. Sc., vol. 199, n.º 5, Maio 1940, pg. 705.

A diabetes como moléstia parece ser mais frequente e mais grave nos climas temperados e ser mais benigna e menos frequente nos trópicos.

O autor procurou verificar a frequência de admissão de 1.094 diabéticos em relação às estações do ano, desde 1923 até 1938.

Não verificou nas estatísticas influência das estações sobre os casos não esclerosos, não havendo entre o inverno e o verão modificações da quantidade de insulina, porém houve um aumento de admissão de pacientes diabéticos com complicações vasculares durante o inverno.

Pela observação anterior atribue esse aumento pela ação do frio sôbre as complicações vasculares e não sobre o estado diabético.

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).