

O syndrome acidotico das nephrites chronicas

pelo

Prof. ANNES DIAS

Cathedratico da Faculdade

Membro da Academia Nacional de Medicina

A physiopathologia está dominando a clinica hodierna e vae produzindo em todos os recantos da medicina um verdadeiro renascimento ; ao mesmo tempo que reforça as qualidades de observação, procura desenvolver no clinico o espirito de previsão, capacitando-o, com meios cada vez mais proficuos, a surprehender um disturbio que se esboça, a prevêr as consequencias deste.

O estudo da acidose realiza bem essa orientação actual ; não espera o clinico que appareçam os symptomas patentes desse grave disturbio para observal-os, interpretal-os e combatel-os, não ; elle faz mais, toda a vez que as condições do caso clinico comportem a probabilidade da interferencia dessa grave complicação. o medico não espera que esta se exteriorise, se evidencie, mas procura sondar as profundezas da regulação acido-basica do organismo, procura verificar o estado da reserva alcalina, e pôde assim surprehender uma acidose inicial, acidose de alarme. Sabemos que, nesse trecho inicial do disturbio, o organismo luta, empenhando suas reservas alcalinas, todas as suas defezas contra a acidose que o ameaça, e só depois que estas se acham fundamente

compromettidas é que afloram á percepção clinica as primeiras manifestações da falencia da regulação acido-basica.

Ora, é precisamente nesse momento, em que o organismo, desamparado, quasi vencido, inicia o seu recuo, que podemos soccorrel-o efficaamente, reerguendo-lhe as defezas combalidas, renovando as suas reservas alcalinas, abrindo-lhe os emunctorios, evitando a chegada de novos toxicos e, quanto aos já accumulados, obstando a sua acção perniciososa sobre os varios orgãos e funcções.

A observação clinica precisa ser mais apurada, no sentido de descobrir a relação com a acidose de certos signaes que por ahí andam sem uma explicação satisfatoria.

Só do estudo reiterado e meticoloso de casos em que exista a acidose de alarme poderá resultar para a pratica medica, a aquisição de signaes clinicos capazes, cuja filiação pathogenica com o deficit alcalino, permita o diagnostico clinico nessa phase da acidose em que a cifra de gaz carbonico se equilibra entre 40 e 53 %.

A affirmação de A. Bock, quando disse que os primeiros symptomas clinicos só apparecem na acidose accentuada, quando

a reserva alcalina desce a 35, mostrava quão distanciada estava ainda a observação clinica das possibilidades diagnosticas do laboratorio.

Cabe ao medico fazer o confronto repetido das cifras da reserva alcalina com os varios symptomas observados nos doentes em que aquellas se mostram baixas, observar quaes os signaes clinicos que desaparecem quando a cifra de gaz carbonico se eleva etc., e, só assim, irá a observação clinica preenchendo essa lacuna.

Por nossa parte, temos procurado, de accôrdo com essa orientação, explicar a coincidência de certos symptomas com a baixa da reserva alcalina.

Os nossos anteriores trabalhos sobre esta questão (1) nos permittiram apontar, como signaes de acidose, os sapinhos e o soluço, este em determinadas condições.

Novas observações nos levam a chamar a attenção dos clinicos para dois outros signaes, que não podemos ainda ligar seguramente á acidose, mas de cujas relações com esta suspeitamos. São a paresia vesical e a paralyisia intestinal, que sobreveem em certos azotemicos.

Temos encontrado esses dois signaes em varios casos de nephrite hyperazotemica com acidose; poderíamos attribuil-os, talvez, á intoxicação azotada, mas o facto é que os temos observado tambem em alguns casos de acidose não nephritica. Talqualmente se dá no choque operatorio, em que os mesmos phenomenos dependem de uma causa toxica, seria aqui talvez a acidose o motivo do seu apparecimento.

O caso que hoje vamos estudar nos permittirá abordar os varios aspectos da acidose nephritica.

OBSERVAÇÃO — M. S. 37 annos. Durante muito tempo deu-se a toxicos euphoristicos (alcool, morphina, cocaina, heroína), tendo feito, no anno passado, uma cura de desintoxicação em uma casa de saúde.

De ha muito que vem notando accen-

tuada polyuria, principalmente nocturna, orçando o volume total em cerca de 3 litros.

Em agosto de 1926, no Rio de Janeiro, teve albuminuria e, uns 15 dias depois, dôr de cabeça tenaz, diarrhéa e somno agitado; nessa occasião a albuminuria era de 1,5 por mil e acompanhada de cylindros hyalinos, a azotemia era de 0,41, o pulso de 126 e a tensão arterial maxima de 19. Posto em regimen de pouco sal, feculentos, exclusão completa de albuminas animaes etc., desapareceram a cephaléa, a diarrhéa e a tensão desceu a 14.

A seguir, abandonou o regimen rigoroso e, apezar disso, a albuminuria se mantinha pouco consideravel; tal a sua historia até 15 dias atraz, quando sobrevieram vomitos persistentes, subindo a albuminuria até exceder de 12 por mil. Os vomitos continuaram, apezar de uma lavagem do estomago que lhe foi feita e do regimen prescripto. A albuminuria, neste espaço de tempo, tem oscillado entre 4 e 8 grs.

A 1.º de abril de 1926 fomos chamados, pela primeira vez, e encontrámos o doente muito prostrado, falando com esforço e queixando-se de prurido generalizado e de um mal estar indefinivel, de cephaléa, vomitos e insomnia.

O exame mostra um homem robusto; o pulso é extremamente rapido e fraco; á escuta, o primeiro tom aortico se mostra abafado e o segundo retumbante.

O exame dos varios aparelhos nada revela de anormal; as urinas andam entre 2,5 a 3 litros.

O exame de sangue, feito nesse dia deu o seguinte resultado:

Uréa.....	1.226 por mil
Creatinina.....	3mgr., 7 %
Calcio.....	8mgr., 1 %
Chloretos ..	6 grs. por mil

De 1 a 4, o estado continúa mais ou menos o mesmo, em relação aos symptomas citados, mas apparecem dormencias nas mãos e na face e, uma tarde, somos chamados com toda urgencia e encontrámos o doente em plena crise de tetania; releva notar que

(1) Annes Dias — „Lições de Clinica Medica“, 2.º vol. - 1925.

isso se deu em ocasião de forte quéda barometrica ; o accesso, que começára ás 11,5 do dia, durára até á 1 hora da manhã.

Uma pesquisa de acidose, feita a 4 de abril, mostrára a cifra de 48 % ; a pesquisa de lipoides urinarios foi positiva.

Um exame de urinas foi feito a 8-4-26, fornecendo os seguintes dados : densidade, 1009, 7 ; pH-6,8 ; albumina, annel ; alguns cylindros hyalinos e poucos granulosos.

Dahi por diante, o estado geral vae melhorando gradualmente ; o doente levanta-se e tem mais appetite , a diurese oscilla entre 2 e 2,5 litros, a albuminuria decresce. O exame de sangue dá .

Uréa.....	0,43 por mil
Creatinina	2mgr., 3 %
Calcio.....	9mgr. 4 %
Cholesterina.....	1 gr. 716 por mil

A reacção de Wassermann foi negativa e foram fracamente positivas as de Jacobstahl e de Hecht-Weinberg.

A **27**, apparece um anthrax no flanco esquerdo, com enorme infiltração, causando grande soffrimento ao doente, que passou uma noite em claro e ficou extremamente nervoso.

A diurese baixou para 1500 grs., depois a um litro, a 800 e a 700 grs , ao mesmo tempo que a albuminuria, que descêra a 2,50, se alçou a 9,0. No sangue, os resultados foram os seguintes :

Uréa.....	2.932 por litro
Creatinina.....	3mgr., 8 %
Calcio	7mgr., 4 %
Co ²	41 %

Como se vê, a uréa e a creatinina se elevaram consideravelmente, ao passo que as cifras de calcio e de gaz carbonico decerem proporcionalmente, reiterando, e desta vez mais positiva, a ameaça de azotemia e de acidose.

O estado do doente se aggrava muito ; surgem perturbações visuaes, nuvens transitorias, os vomitos são mais frequentes, soluços apparecem episodicos e a prostração se installa.

A diurese melhorou, indo o volume urinario de 1100 a 1300 grs.

No dia **6**, sobrevêm, á noite, colicas intestinaes repetidas, com evacuações sanguinolentas, a prostração se accentúa e a inappetencia é absoluta.

Exame de sangue no dia 7 :

Uréa.....	3,104 por litro
Creatinina.....	4mgr., 2 %
Calcio.....	7mgr., 2 %
Co ²	39 %

A marcha, que haviam iniciado, uréa e creatinina, no sentido ascendente, o calcio e gaz carbonico, no sentido descendente, se accentúa, mostrando o character progressivo da azotemia e a gravidade da acidose.

Até 19 o estado do doente se conserva estacionario, apresentando abatimento, dormencias passageiras na lingua, caimbras fugazes nos musculos do tronco e da face ; prisão de ventre extremamente rebelde.

A **16**, o exame de urinas dava : densidade, 1014,1 ; p H-6 ; albumina, annel ; pyina ; poucos cylindros hyalinos e raros granulosos.

O doente começa a ter retenção de urina, um especialista chamado declara nada encontrar no apparelho urinario que a justifique ; o catheter retira 800 grs. de urina.

Um novo exame de sangue dá estas cifras :

Uréa.....	4.22 por litro
Creatinina	10mgr., 5 %
Calcio.....	7mgr., 4 %
Co ²	33 %

Este resultado nos permittia fixar o prognostico, tal a brutalidade dos disturbios azotado e acido-basido, que iam em marcha rapida.

A **19**, ás 10,5 da noite, o paciente apresenta convulsões, mordendo a lingua e ficando muito abatido. No dia seguinte, grande prostração, sensação continua de vertigem, vomitos ; continúa a retenção de urinas ; volume nas 24 horas, 2 litros. Sangria, insulina e sôro glycosado.

No dia **21**, uma convulsão, grande abatimento, soluços e vomitos continuados ; diurese, 2,400 grs.

Sangue :

Uréa.....	3,77 por litro
-----------	----------------

Creatinina.....	9mgr., 6 %
Calcio.....	7mgr., 4 %
Gaz carbonico.....	33 %

Urinas : 1012,2, acida ; pH-6. 4; albumina, anel ; pyina ; alguns cylindros hyalinos ; raros granuloses.

Dia **22** — Delirio intermittente ; os vomitos diminuiram. A quantidade de urina colhida foi de 2,100 grs., tendo o doente urinado uma vez na cama. Sapinhos. O doente teve uma convulsão.

Dia **23** — Por vezes, o paciente emite gritos, pronunciando phrases delirantes, mas responde bem quando sua attenção é solicitada, Somnolencia ; urina duas vezes na cama.

Dia **24** — Mesmo estado.

Sangue :

Urça.....	4,556 por litro
Creatinina.....	10mgr., 6 %
Calcio.....	6 mgr., 2 %
Gaz carbonico.....	30 %

A marcha ascendente, apenas interrompida pelo effeito da sangria, recommçava.

Dia **25** — Passou a noite calmo ; acha-se agora prostrado e mais pallido. Volume de urinas 1400 gr., tendo além disso, urinado, por duas vezes, na cama ; quando accordado, precisa ser sondado.

Dia **26** — Dôr vesical ; os vomitos diminuiram, alguns soluços.

Dia **27** — Prostrado, alguns vomitos. Tem continuado a insulina, bicarbonato e sôro-glycosado.

Dia **28** — Mesmo estado. Sangue : uréa 5,021 por litro

creatinina.....	11mg,4 %
calcio.....	6mg,3 %
gaz carbonico	29 %

Urinas : Volume 800 ; pH-7,25 ; albumina, anel ; proteoses, traços ; sangue, sim ; alguns cylindros hyalinos e poucos granuloses.

Dia **29** — Um pouco menos abatido ; sensação de cabeça ôca, voz arrastada. Urinas 800 gr.

Dia **30** — O doente tem pavor de estar só ; urinas 600 gr. Diminue a irritação

urethral. Vomitos e soluços continuam. Temperatura 35,8-36,1.

Dia **31** — Dormiu bem á noite. Diz que pôde raciocinar melhor. Ainda vomitos e soluços. Urinou mais de 1 litro. Temperatura 35,9-36.

Junho **1** — Novamente muito fabatido ; vomitos e soluços recrudesceram ; colicas intestinaes.

Urina 1100 gr. Temperatura 35,9 a 36,2.

Dia **2** — Muito prostrado, delirando frequentemente ; vomitos e soluços. Temp. 36,2-37,0

Sangue : Uréa.....	5,009 por litro
Creatinina.....	11mg,6 %
Calcio.....	6mg,4 %
Gaz carbonico.....	30 %

Dia **3** -- Sente-se melhor ; vomitos diminuiram, soluços continuam ; urinas 1100. Temp. 36-36,8.

Dia **4** — Abatido. Dormiu bem a noite. Urinas 900 gr. Pulso 90. Temp. -36,0-36,5.

Dia **5** — Sente-se mal, com a impressão de vacuidade na cabeça ; a pallidez é mais accentuada ; Soluços e vomitos repetidos. Urina 1 litro.

Dia **6** — Muito prostrado ; sobresaltos musculares ; difficuldade de falar. Ás seis h. da tarde, violenta convulsão, após a qual somnolencia e quasi impossibilidade de fallar. Pulso 96. Soluços. Vomitos cessaram.

Sangue : Uréa...	4gr,976 por litro
Creatinina.....	11mg,4 %
Calcio.....	6mg,4 %
Gaz carbonico..	31 %

Dia **7** — Uma vez, á noite, e outra, ás 9 da manhã, teve convulsões. Sobresaltos musculares incessantes, principalmente no rosto e nas extremidades. Estado de inconsciencia. Ás 11 h. fallece.

A marcha da azotemia

Neste caso não deixa de ser curiosa a coincidencia, durante tanto tempo verificada, de grande albuminuria com polyuria ; o que se costuma vêr, em clinica, é uma forte albuminuria ligada á oliguria, a não ser no caso de degeneração amyloide, não existente no doente. Essa polyuria

era de defesa, pois a aggravação 'do estado do doente correu parallela á diminuição da diurése, num dado momento, quando do apparecimento do anthrax. Este evolueu sem febre, mas occasionou grande infiltração dos tecidos do flanco e dôres fortes; a partir dahi, decahiu o estado do doente que era de franca melhora, tanto que se levantára, o appetite voltára, os exames do sangue melhoraram de tal modo que as cifras de uréa e creatinina entraram nos limites normaes, a diurése voltou a ser de 2,5 litros, a albuminuria decresceu extraordinariamente. Essa melhora, que durou uns 15 dias, foi uma tregua a que veio pôr fim o anthrax referido.

Os azotemicos, mesmo os que se equilibram na cifra da azotemia de alarme (0,50 a 1gm), são doentes cuja nutrição, cuja funcionalidade organica, se acha em estado de equilibrio instavel, e são bem comparaveis, a este respeito, aos diabeticos. Estes ultimos, pôdem, brusca ou rapidamente, entrar no plano inclinado da doença, que é a acidose; para tanto basta, ás vezes, uma forte emoção, uma indigestão, uma dôr violenta que abale o organismo, como a colica hepatica ou a renal.

Os azotemicos pôdem, ou ignorar o desequilibrio azotado, ou julgar-se curados, após o desaparecimento dos symptomas deste; mas, si tal disturbio não foi apenas a resultante de um mal agudo, passageiro, e si representa uma miopragia metabolica constituida, ficam esses doentes sob a ameaça de ser rapidamente rompido o equilibrio existente, e diante delles se abre o caminho sombrio da azotemia progressiva. Foi o que succedeu ao nosso doente: a azotemia que elle mostrára a 1/4/27, já era a expressão de um mal constituido, em que os disturbios metabolicos. verificados nessa occasião, eram acompanhados de séria lesão renal evidenciada pela albuminuria massica, que já datava de muitos mezes. O regimen e a medicação conseguiram, nessa phase da doença, equilibrar mais ou menos as funcções comprometidas, mas a superveniencia de um mal

infeccioso e extremamente doloroso, veiu tudo desregrar abalando e desorganizando a harmonia nutritiva.

Os disturbios metabolicos.

Os varios exames feitos reflectem, de modo indiscutivel, as graves perturbações do metabolismo da uréa, da creatinina, do calcio, mais uma vez mostram que, na uremia, o desequilibrio acido-basico se mostra parallelo ao do calcio, apresentando os dois as mesmas oscillações.

O termo uremia, é uma especie de chave, que abrange todas as possibilidades symptomatologicas cabiveis em taes casos.

Hoje os estudos da chimica humoral, feitos parallelamente aos da clinica, tendem a dissociar cada vez mais esse complexo, pesquisando as relações physiopathologicas dos varios symptomas com determinados desequilibrios metabolicos. Quando a symptomatologia é rica e as desordens chimicas do sangue são diversas, difficil se torna a attribuição pathogenica referida; quando, porém, os disturbios humoraes são limitados a uma ou duas das substancias em questão e os symptomas que os acompanham são poucos, e sempre os mesmos na occurrencia das mesmas condições clinicas e chimicas, então se pôde ir fazendo a filiação pathogenica tão necessaria para o melhor conhecimento destas questões tão importantes.

No caso que estudamos, é vasto, é rico o cortejo symptomatico: ahi encontramos inappetencia, vomitos, soluços, prostração, paresthesias, perturbações oculares passageiras, estado vertiginoso, voz arrastada, prurido, sapinhos, insomnia, retenção de urinas, prisão de ventre rebelde, delirio, convulsões, etc.

A dissociação symptomatica.

Ora se o clinico, nos casos de uremia pelo estudo meticoloso desses symptomas e pelo seu confronto com as varias desordens nutritivas, conseguir determinar quaes os que devem ser attribuidos a esta ou áquella das desordens citadas, terá dado um grande passo na elucidação physio-clinica dos estados uremicos. Quaes os

symptomas devidos ao excesso de uréa, de creatinina, ao deficit calcico, á acidose.

Á creatinina excessiva, com deficit de calcio, podemos attribuir as convulsões como já mostramos em trabalho anterior. As relações da *calcipenia* com a acidose nephritica já abordámos na recente lição sobre nephrite azotemica. *)

A azotemia parece responsavel principalmente pelos phenomenos digestivos, como inappetencia, vomitos, certos symptomas nervosos, como prostração, o mal estar tão caracteristico desses doentes, a hypothermia (Lemiérre), a insomnia, etc. Esses signaes já existem quando a uréa está elevada, mesmo quando as outras taxas sanguineas não se acham ainda em grave desequilibrio, por isso parece-nos ser razoavel a sua attribuição á azotemia.

Hewlett, Gilbert e Wicket, em interessantes auto-observações, procuram estudar os effeitos da ingestão de 100gm de uréa, em curto espaço de tempo, 5-6 horas; elevaram, assim, a azotemia a mais de 2gm, e verificaram o apparecimento de cephalea, entorpecimento intellectual, asthenia, e, de modo não constante, diarrhéa e vomitos. Essas experiencias vieram mostrar que a uréa, só por si, não é tão pouco toxica como se pretende, pois é capaz de determinar os phenomenos citados.

Symptomas devidos á acidose.

Á acidose cabem, sem duvida, dois signaes que fomos os primeiros a filiar ao desequilibrio acido-basico, — os sapinhos e os soluços. Quanto aos sapinhos que nos baste dizer que, de ha muito, o seu apparecimento no adulto ou no velho era considerado como de grave prognostico, sem que se soubesse, aliás, porque é nos doentes cachecticos e, portanto, deshydratados, nos que, por effeito de uma longa e rigorosa dieta, se deshydrataram, nas crianças exgottadas pela infecção prolongada e pelas diarrhéas exhaustivas, que essa sacharomycose se desenvolve, o que tambem se dá em certas nephrites avan-

çadas. Taes verificações da clinica de todos os tempos nos levaram a encarar essa doença local como favorecida, na sua eclosão, por um estado geral sempre o mesmo na diversidade das entidades clinicas citadas.

Como, por outro lado, era sabido que o meio buccal, nessas condições, se mantém acido e que os alcalinos constituem boa medicação e, tambem, como é de observação, que a melhora manifesta do estado geral faz desaparecer os sapinhos mais rapidamente do que qualquer medicação local, fomos levados a procurar a reserva alcalina nos casos que apresentavam sapinhos.

O primeiro doente em que essa pesquisa foi feita, foi, precisamente, um caso de gravissima nephrite azotemica, com azotemia de 4,0, caso que vimos em companhia do Prof. Ney Cabral, seu assistente; a pesquisa da reserva alcalina, feita pelo Prof. Pereira Filho se mostrou extremamente baixa a 23 %.

A deducção clinica fôra confirmada plenamente pelo laboratorio. Hoje, não só as nossas, mas as observações de varios collegas, reaffirmam as relações dos sapinhos com a acidose.

Mais precoce e mais constante do que esse é outro signal que fomos tambem os primeiros a filiar nas nephrites á acidose, é o soluço persistente, que, muitas vezes, dura dias. No doente que hoje estudámos, o soluço appareceu quando a reserva alcalina desceu a 41 % nos limites ainda da acidose de alarme, que, como se sabe, vae de 53 a 40 %.

Dahi por diante, o soluço continuou.

Essa interpretação do soluço, sobrevindo em determinadas condições como um signal de acidose, nós justificámos na 3.^a lição sobre acidose do 2.^o volumes de «Clinica Medica» (2).

O valor prognostico da acidose:

Quando, num azotemico, a reserva alcalina

*) *Nephrite azotemica*. Arch. Bras. de Med. — 1927

(2) Annes Dias — „Cl. Medica“, 2.^o vol. 1926, pag. 133.

lina desce rapidamante, a prostração se accentúa tambem na direcção do coma, que é a etapa ultima da acidose progressiva.

Alguns attribuem á acidose, a polyuria, o delirio e a agitação (Achard). De todo o exposto se verifica que certos symptomas, que sobrevêm nos azotemicos, devem ser attribuidos á acidose, como bem o demonstraram os nossos trabalhos e os de Weill e e Guillaumin, Achard, Cordier e Delore; que a sua existencia, comprovada pela medida de reserva de alcalina, impõe uma therapeutica especial, a alcalina, e que o seu estudo permite uma melhor apreciação do prognostico. E' quanto basta para que se justifique a denominação de *syndrome acidotico*, proposta por Weill e Guillaumin, hoje admittida por Achard, Delore, Labbé etc.

Si em todo caso de nephrite, se impõe a dosagem da uréa e da creatinina sanguinea, não é menos verdade que, para maior segurança do prognostico, é de rigor a medida da reserva alcalina do sangue. De facto, o apparecimento da acidose não só ensombrece consideravelmente o prognostico, como o seu reconhecimento permite, por uma therapeutica energica que a atenua, retardar o desfecho fatal e, quiçá, quando ainda precocemente descoberta, reequilibrar o organismo desarvorado.

A observação nos mostra que esse disturbio se bem costume sempre apparecer nas nephrites hyperazotemicas, não segue sempre marcha parallela ao da uréa, de modo que as respectivas indicações de prognostico podem divergir.

Delore, depois de affirmar que todos os casos que vira succumbirem á uremia apresentavam grande baixa de reserva alcalina, attribue maior valor prognostico á acidose de que á azotemia e diz que a uremia parece subordinada mais directamente á acidose do que ao disturbio azotado.

Outros autores tambem julgam que as indicações da baixa alcalina são mais seguras.

A verdade é que dois casos com a mes-

ma cifra de uréa muito differem, quanto ao prognostico, conforme as taxas da reserva alcalina; assim, dois casos apresentam a mesma azotemia, 3gm., por exemplo, e num delles o Van Slyke dá 25 % ao passo que no outro 45 %; é certo que no primeiro o prognostico se acha consideravelmente mais sombrio. Esse exemplo, melhor do que quaesquer palavras, mostra a valia da cifra da reserva alcalina nas cogitações sobre prognostico.

Desses estudos clinicos e chimicos já decorrem conclusões de ordem pratica que permitem ao medico agir em situações em que, antes, elle se via obrigado a cruzar os braços, sem acção.

No graphico n. 1 procurámos estudar a marcha das alterações chimicas do sangue, quanto á uréa, á creatinina, ao calcio e á reserva alcalina, e verificamos que as duas primeiras seguiram marcha ascendente mais ou menos parallela e que as curvas de reserva alcalina e do calcio seguiram, na sua progressão decrescente, um parallelismo devéras interessante.

No graphico n. 2 encontram-se dados semelhantes, obtidos no caso que serviu, ha pouco, para a nossa lição sobre nephrite azotemica.

O exame das curvas, feito em face da evolução clinica do caso, suggere as seguintes considerações:

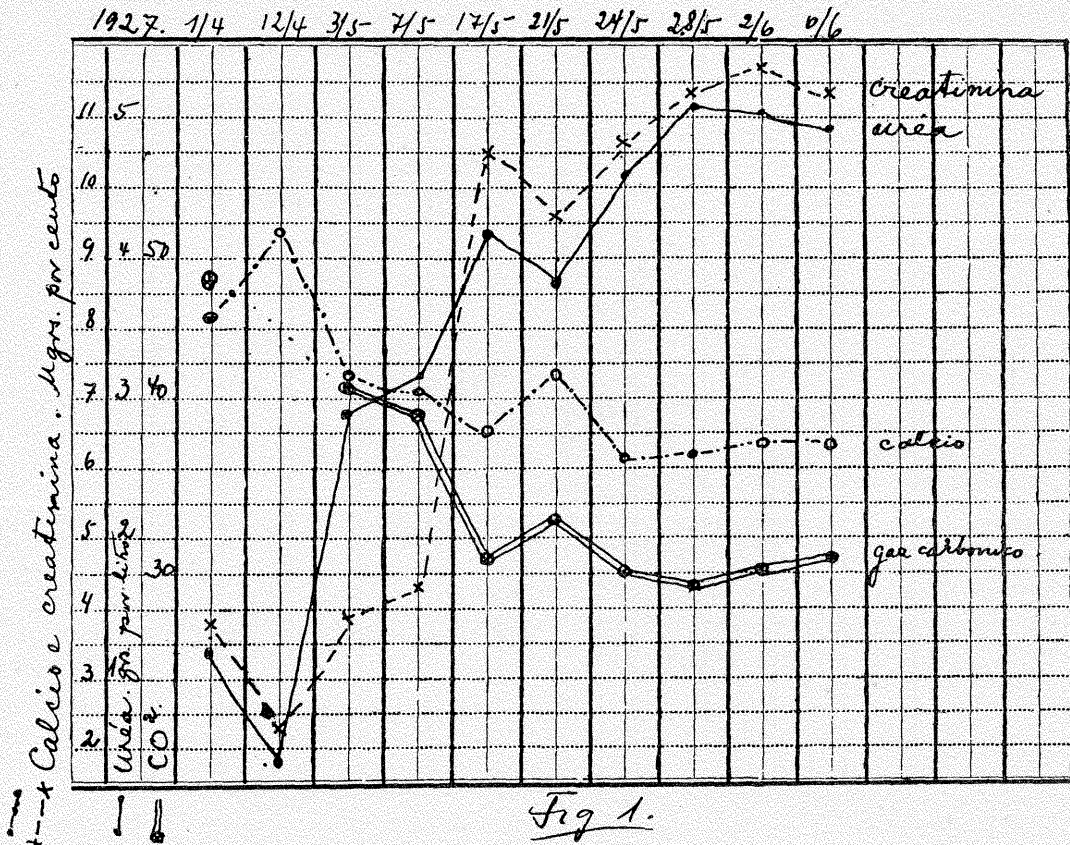
a) o calcio alcançou cifra extraordinaria baixa 6mg., 2 2;

b) as taxas de calcio e da reserva alcalina se elevaram ao mesmo tempo que decresceu a azotemia;

c) a creatinina foi, de todos esses elementos de prognostico, o unico que, no exame de 2 de junho, nada cedeu em sua notavel cifra;

d) a reserva alcalina que, na sua queda vertiginosa, ultrapassou o algarismo 30, abaixo do qual o prognostico é geralmente fatal, pode ser reerguida passageiramente, graças ás injecções conjugadas de insulina e de sôro glycosado, ao lado da medição alcalina pela bocca e pelo recto;

e) a ligeira melhora da reserva alcalina



não é proporcional à energia da medicação, o que mostra a gravidade do desequilíbrio ácido-básico no caso ;

f) como as melhoras das varias taxas coincidiram com a elevação, embora discreta, da reserva alcalina, e como a medicação visasse exactamente esta, pôde-se attribuir a tal elevação uma modificação favoravel no metabolismo geral.

g) julgamos que a resistencia do doente, a prolongação de sua vida, foi uma consequencia da luta contra a acidose ;

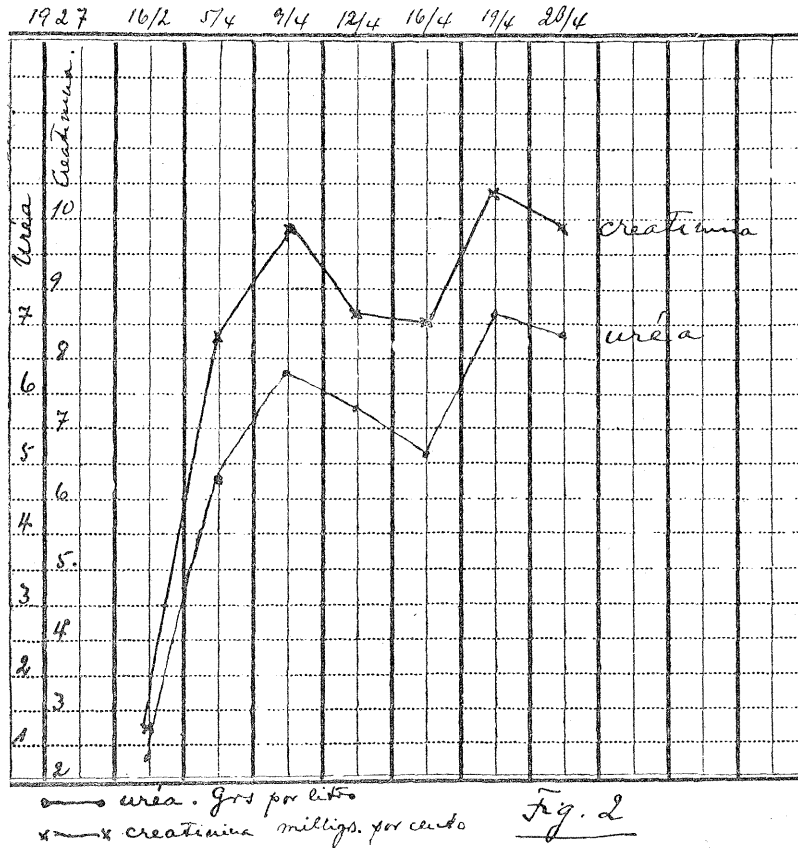
h) na nephrite chronica, a taxa do calcio está na dependencia immediata da acidose, tanto que a medicação calcica não influi nas oscillações daquelle, oscillações que acompanhavam a curva da reserva alcalina ;

i) generalizando um pouco mais, pôde-se

dizer que quando os syndromes azotemico e acidemico se combinam na marcha progressiva, as curvas da uréia, da creatina, do calcio e da reserva alcalina costumam manter uma certa relação de dependencia.

Este ultimo topico exige alguns commentarios :

Delore nunca observou acidose nas nephrites chronicas, a não ser na fórmula azotemica ; por outro lado, sem notar um parallelismo rigoroso entre os dois disturbios, observou uma certa relação, tanto que, quando a uréia é normal, geralmente a reserva alcalina ainda é alta. Julga esse autor que os signaes uremicos estão em relação mais estreita com a acidose do que com a azotemia e nunca observou taes manifestações com reserva normal ; os casos mais graves de nephrite azotemica são os



que apresentam a reserva alcalina mais baixa. Póde ser observada, embora raramente, a dissociação das curvas, quer entre a creatinina e a uréa, quer entre esta e a reserva alcalina.

Quando a primeira eventualidade occorre, como se deu em um doente nosso, cuja observação foi publicada e analysada na «Presse Médicale», em Novembro de 1922, no qual as taxas da uréa desceram gradualmente de 1,26 a 0,31, enquanto as da creatinina se elevaram de 6 a 36 mgs. %, a evolução rapidamente mortal do caso, em uremia convulsiva, veio da preeminencia prognostica á creatinina.

Em outros casos, depois, verificámos que nessa dissociação é a creatinina que deve orientar o prognostico.

Quando é com a acidose que a uréa diverge, principalmente quando, permanecendo estavel a azotemia, oscilla a reserva alcalina, é esta ultima que decide do prognostico como bem o mostram os trabalhos de Delore e Achard.

Taes são as considerações clinicas que julgámos opportuno fazer a proposito desse caso de acidose nephritica.

E' bem certo que a medicina não pronunciou a ultima palavra sobre esse capitulo que continúa aberto a novos estudos, mas, o que é incontestavel é o empenho decidido que ha, em toda a parte, no sentido de esclarecer cada vez mais os difficeis problemas metabolicos que estão dominando a clinica das nephrites chronicas.

Os beneficios resultantes de uma com-

prehensão, cada vez melhor, dessas questões serão consideráveis ; alguns já ahi estão patentes, desde os trabalhos de Vidal que refundiram os nossos conhecimentos e a nossa acção ; a recente noção da importancia da acidose já nos permite,

pelo menos, prolongar vidas preciosas, apoiando-as, caridosamente, no despenhadeiro fatal, ao envez de, num gesto deshumano, cruzar os braços em face do infeliz que, marchando para morte, nos estende a mão pedindo a vida,

