

# MARTINET

Como Fournier e como Huchard, Martinet, que acaba de fallecer em Paris, era um dos grandes torturados da medicina.

Nada extinguiu nelles a ansia de ensinar, a ansia de fazer penetrar em todos os espiritos as suas idéas, a ansia de perfeição de todos os praticos.

Genios, ao serviço de uma alma pura, os trez grandes vultos da moderna medicina franceza tinham da sciencia de Hyppocrates a concepção ideal de que ella seria grande, si fôra bem comprehendida, de que seria util, si o pessimismo fôra substituído pelo estudo, de que seria divina, si a sua pratica viesse mais do sentimento do que do esforço, fosse mais a solução logica de um problema do que a fatigada desobrigação material de um dever, pago ás vezes a um bom preço.

Homem assim, só assim poderia Martinet traçar aquellas paginas magistraes do seu Diagnostico e da sua Therapeutica Clinica.

Abandonando as especializações dos outros dois, Martinet abraça toda a pratica medica.

E como é admiravel, debulhando symptomas, organizando syndromas, surprehendendo signaes, procurando Taylorisar o trabalho material do medico para a sua maior efficiencia mental!

E como é admiravel na synthese dos medicamentos e das indicações, na perfeição de sua technica, na indulgencia para com aquelles que entendem que a Medicina termina no exame dos doentes, porque no seu pessimismo des-

crêm da therapeutica, tão inutil e tão pernicioso justamente nas mãos dos que não a sabem applicar!

Passem os annos, venham todos os progressos e a Medicina sempre terá a sua base movevida nas reacções biologicas e portanto só será bem praticada por aquelles que tenham o fogo sagrado, o genio, a vosação que não se créam nos aferventados estudos das faculdades, ou mesmo nos profundos do gabinete.

Isto não diminuirá a grandeza da obra de Martinet que, ao menos, para muitos, servirá de guia, si é que as procurarem, e não obrigará a todos nós que tantas vezes assistimos erros palmares de diagnostico e muito maiores de therapeutica a concordar com aquelle humorista que entendia util o uso das drogas, quando em saúde, porque se poderia mais facilmente resistir a sua acção vaga e azarenta!

Conta l'Hopital que que Martinet subira á sua gloria, sendo peão, antes de medico, e que, ao morrer, enquanto todos se comprimiam, cheios de dôr, á volta do seu leito, levantára, na plena consciencia do seu fim proximo, e exclamará: Sim! E' a Morte, quero recebê-la de pé!

E tinha razão, porque não era a Morte, mas a Immortalidade que vinha a deixalo de pé, na sua gloria inconfundivel, aquelle momento eterno que são os seus livros e que o apontarão sempre como um dos maiores vultos da Medicina contemporanea.

*Dr. Ulysses de Nonohay.*

## ACREATININEMIA Seu valor prognostico nas nephrites

*M. Nathan*

A investigação chimica do *serum* sanguineo marcou uma etapa decisiva em pathologia; ella abriu caminho, na França e no estrangeiro, para trabalhos do mais alto interesse.

As pesquisas do Professor Widal, fundadas só sobre a dosagem da uréa sanguinea, foram completadas desde logo pela noção da constante ureo-secretoria, depois successivamente, por uma série de methodos destinados a medir e a apreciar sob ponto de vista de diagnostico e prognostico, as diversas retenções sanguineas; retenção do acido urico (Professor Chauffard e seus alumnos, Meyers, azoto não uréico (Chabannier) assucar proteidico (Rathery) indicão Thertkoff.

Desde 1913, os auctores americanos Meyers, Folin e seus alumnos dedicaram-se mais especialmente á creatinénia.

As suas publicações apparecidas, na maior parte, no decorrer da guerra, não tiveram echo sinão nos artigos de Tchertkoff (1917), de Feigt (1920) e nas clinicas de Annes Dias (1922). Na França ellas passaram completamente despercebidas. O estudo da creatina e da creatinina não se occupou sinão da urologia, assim como testemunha a bibliographia importante da these conscienciosa de Mlle. Marcelle Wahl (1918). A retenção da creatinina no sangue não figura ahí, nem mesmo a titulo de eventualidade possível.

A dosagem da creatinina no sangue é facil e rapida; sua precisão medida por Tchertkoff ultrapassa 90 por 100.

Alguns, como Meyers e Folin, dosam-n'a no sangue total; outros como Tchertkoff unicamente no sôro.

As differenças são diversamente apreciadas.

Segundo Hunter e Campbell, os globulos são muito mais ricos em creatinina que o sôro sanguineo. Para Wilson e Plass, a concentração seria identica nos globulos e no sôro; Meyers, comparando os dois methodos, não assignala differenças superiores a 10 por 100.

Mas é exacto que Meyers e Folin, que operam sobre o sangue total, dão os mesmo numeros medios que Tchertkoff que opera somente sobre o sôro. Este ultimo processo é, na nossa opinião, preferivel, sobreendo quando se quer comparar a zootemia uréica á creatinénia.

Eis aqui o processo da dosagem de Folin e Meyers, modificado por Tchertkoff.

Precipitar as albuminas sanguineas pelo acido trichloracético a 1|10. Filtrar. Juntar 2,5 cc. de filtrado, uma quantidade igual de acido picrico saturado e 1 cc. de lixivía de soda a 20 por 100. Deixar rpousar 10 minutos, mais ou menos.

A dosagem se faz pelo methodo colorimetrico por meio do apparelho d'Autenrieth e Koenigsberg, bastante visinho do clorimetro de Gowers, empregado na determinação da riqueza globular.

A solução testemunha prepara-se da seguinte maneira: dissolver 50 millig. de creatinina em 7,5 cc. de acido picrico saturado. A estes 7,5 cc., juntar 7,5 cc. de acido tri-

chloracético até saturação e 3 c. de lixívia de soda a 20 por 100.

Si a quantidade de creatinina do sôro ultrapassar a concentração desta solução testemunha, é preciso diluila e ter em conta a diluição nos calculos. Este methodo é sufficiente em clinica, apesar das criticas de Crudden.

A creatinemia normal é inferior a 25 milligr. por litro. Ella não depende quasi do regimen alimentar, ella é, pois; menos variavel que a azotemia ureica (Meyers e Kilian); a creatina e a creatinina (seu anhydrido, sómente presente no sangue) resultam da destruição das albuminas endogenas; musculares principalmente.

A retenção da creatinina, retenção duravel bem entendido, reconhece outra causa que a impermeabilidade renal? Meyers, Kilian e Mosenthal respondem negativamente, de uma maneira absoluta.

Para cortar a questão, vejamos, com Annes Dias, que influencia exercem, sobre a creatinina sanguinea, as destruições massicas de albuminas endogenas.

A acidose diabetica, por exemplo, muitas vezes acompanhada de creatina e creatinuria abundante, comportava uma retenção de creatinina bastante importante n'um doente de Guy Laroche.

Taes observações não estariam, segundo Mosenthal, em desacordo com a these de Meyers, que, segundo os autores, a creatinemia não deveria existir si os rins são sufficientes; a creatinina em excesso se eliminaria pelas urinas. Em um caso de diabete leve, Annes Dias assignala uma creatinemia bastante importante, sem azotemia. Mas a creatinemia não foi procurada sinão uma só vez; ella podia ter sido episodica neste doente que melhorou rapidamente.

Mais interessante é este diabete insipido que, no curso de um tratamento hypophysario apresenta uma creatinemia enorme; esta cedeu vinte dias depois da cessação da opotherapy, ao mesmo tempo que a azotemia ureica subia em proporções consideraveis. Sabiamente Annes Dias se contenta em registrar o caso, sem procurar explical-o e, si bem que admitta uma certa margem para os factos ainda mal classificados, elle adopta as conclusões geraes de Meyers e de seus alumnos.

A creatinemia seria, pois, quasi sempre, um indice dainsufficiencia renal.

Ella é mais ainda, ella é um elemento de prognostico importante.

Meyers e seus alumnos Lough e Kilian estabeleceram que o poder de concentração do rim é para o acido urico de 20|1, para a uréa de 80|1, para a creatinina de 100|1.

Assim, a primeira retenção em data seria a do acido urico, depois viria a da uréa e, em ultimo lugar, a da creatinina. A creatinemia testemunharia, assim, um deficit renal superior ao que é determinado exclusivamente pela azotemia ureica.

A clinica, com Meyers e seus alumnos (100 casos), Rabbinovich (14 casos), Annes Dias nos ensina que acima de 2 milligr. 5 por 100, a creatinemia é pathologica; que acima de 4 milligr. ella testemunha uma nephrite muito grave, quasi sempre irremediavel; que acima de 5 milligr. ella comporta um prognostico fatal, apesar de uma azotemia normal ou moderna. E' interessante estudar a este respeito a estatistica de Meyers e Kilian, feita sobre 100 casos, estudados quotidianamente com dosagem comparada do

acido urico e de uréa sanguinea. E' conveniente excluir 2 casos de cancer. Sobre 100 doentes, 85 apresentavam creatinemias superiores a 4 milligr. 5 por 100; destes 80 morreram no espaço de 1 semana, 6 e 7 mezes.

Des cinco sobreviventes, dois não foram attingidos sinão de creatinemias episodicas e, por consequencia, não mereciam figurar nesta estatistica.

Ora, nenhum destes 100 doentes tinha azotemia superior a 2 gr. 5, muitos dentre elles estavam abaixo de 1 gr.

Estes factos nos parecem muito instructivos.

Apesar de suas grandes mudanças diarias, nunca a creatinemia desceu abaixo de 6,4, que representa ainda um numero fatal; a azotemia voltou á normal alguns mezes depois e com as dosagens repetidas.

Nas nephrites que foram curadas, a retenção da creatinina evoluiu entre 2 e 3 milligr.; porém a azotemia ahi permanecia moderada entre 0,50 e 0,72.

E' raro que nas nephrites agudas, observadas pelos autores, a creatinemia atinja a numeros elevados.

Annes Dias apresenta um caso muito extranho onde o desenlace fatal da razão á creatinemia sobre a azotemia. Um prostatico de 74 annos com retenção chronica de urina apresenta um surto de retenção aguda que necessita a collocação de uma sonda de demora. Elle está dypneico, somnolento, vomita abundantemente; seu pulso é fraco e arhythmico.

Uréa sanguinea — 1 gr. 36.

Creatinina sanguinea — 0,006 p. 100 cmc.

Depois de sangria e regimen dietetico, os signaes clinicos melhoram ligeiramente. O exame de sangue dá então:

Uréa sanguinea 0, gr. 73.

Creatinina sanguinea 0,gr.016 p. 100 cmc.

O estado se agrava; no fim de alguns dias, novo exame de sangue.

Uréa sanguinea 0, gr. 60.

Creatinina sanguinea 0, gr. 012 p. 100 cmc.

No dia seguinte a uréa sanguinea tinha baixado ao 0,30, mas a creatinina tinha subido a 0,036 por 100. O doente se sentia alliviado, menos dypnetico, elle dormia, sua diurese era satisfatoria.

"Em que se deveria pensar? Na uréa ou na creatinina?" Para se pôr ao abrigo das causas de erro, dependentes da autophagia, Annes Dias dá ao seu doente asucar e feculentos em abundancia; a uréa conserva-se baixa e a creatinina elevada. O doente succumbe alguns dias depois.

Tal é o estado da questão que apresenta, na nossa opinião, o maior interesse. Conviria fazer entrar esta pesquisa na pratica corrente, afim de os julgar em uma vasta escala.

Os factos adquiridos nos parecem muitos encorajadores, porque elles resultam de experiencias bem conduzidas e de observações cuidadosamente registradas. Nós indicámos caminho, fazendo algumas restricções formuladas em particular por Annes Dias.

Talvez conviesse, como o fez Ambard para a uréa, comparar a creatinina sanguinea á creatinina urinaria, que é, em geral, baixa nas nephrites.

Alguns ensaios foram tentados neste sentido por Hunter e Campbell. Elles não chegaram ainda a resultados concludentes.