

CATEDRA DE CLINICA OFTALMOLOGICA

Estudo angioscópico retiniano das hipertensões gerais ⁽¹⁾

Corrêa Meyer.

E' um novo capitulo de semiologia ocular, entreaberto ha poucos anos á curiosidade e ao espirito investigador e ecletico do clinico, com extensa repercussão á patologia medica, que procuraremos discorrer, intentando, dentro de recursos limitados, divulgar os trabalhos e os ensinamentos que a orientação combinada inteligentemente do clinico e do oculista oferece como contribuição decisiva á solução diagnostica de diversos problemas de patologia interna.

Ao procurar vulgarizar estes ensinamentos, que dizem respeito ao estudo angioscópico retiniano das hipertensões arteriais, tivemos já por duas vezes, na Sociedade de Oftalmologia, em 1934, e na Sociedade de Medicina, nas Jornadas Medicas de 1935, a oportunidade de tratar dessas questões, que hoje aqui vamos abordar, documentando-as com ilustrações e fotoretinografias proprias e com gravuras pertencentes a diversos autores que, primeiramente, estudaram-nas, esmiuçando e pontilhando dos mais finos pormenores oftalmoscópicos.

Será mais uma pagina do copioso acervo de conhecimentos que a Oftalmologia oferece todos os dias á Clinica, enriquecendo-a de preciosos, exactos e efficientes elementos de diagnostico, que vamos expor, como modesta contribuição nossa á culta assistencia das conferencias do presente Curso de Extensão Universitaria.

O espirito eminentemente investigador do oftalmologista, ilustrado pelo conhecimento que lhe impõe o trato diario da optica, da fisiologia, da anatomia, da histologia, da anatomopatologia e da clinica, para poder interpretar os fenomenos que objetivamente observa e relaciona-los, na maior parte das vezes, com os disturbios e afecções de ordem geral, adquirir condições especiais de cultura e capacidades intellectuais que lhe permitem, pela racional metodização de seu trabalho, alcançar agudo senso clinico e elevada visão panoramica da Medicina.

Os modernos aparelhamentos e as notaveis aquisições scientificas e medicas, enriquecendo dia a dia a Oftalmologia, oferecem tal soma de contribuição á Medicina que se faz cada vez mais evidente ao clinico a

(1) Conferencia de divulgação medica do Curso de Extensão Universitaria, realizada em 26 de Outubro de 1936.

necessidade imperiosa de estudar detidamente esse galho frondoso da ciência medica para esclarecer duvidas, corrigir enganos e firmar juizo diagnostico, prognostico e terapeutico.

E' a oftalmologia clinica um laboratorio vivo, onde o clinico capaz e experimentado pôde colher mësses fecundas de ensinamento que nenhum outro auxiliar da Medicina lhe poderá fornecer.

Graças á estreita e hamoniosa colaboração da Oftalmologia e da Clinica Medica, de maneira a afastar o perigo das pesquisas e dos estudos unilaterais, campos obscuros da patologia medica são desvendados á luz forte da oculistica, que lhe abre horizontes alargados á sua perquirição.

Descortina a Oftalmologia ao clinico, mediante a oftalmoscopia, o panorama completo que lhe oferece a alfombra retiniana tão accessivel á indagação objetiva, particularizando aspéto da macula e do disco optico, que se lhe tornam particularmente preciosos; destaca pormenores e avulta ao interesse clinico particularidades dos elementos vasculares retinianos, que se revelam de privilegiado valor semiotico ás mãos experimentadas do especialista com ampla visão da medicina; individualiza inumeras lesões retinianas e as relaciona com afecções renais, vasculares, nervosas e cutaneas, contribuindo decisivamente na revelação de grande numero de entidades clinicas e, muitas vezes, no diagnostico topografico de tumores cerebrais; manifesta as características essenciais dos reflexos fisiologicos e patologicos espelhantes da limitante interna e o seu polimorfismo nas doenças toxicas e infecciosas, acusando precocemente sua provavel etiologia, antes mesmo que qualquer outro sintoma advirta ao clinico do mal incipiente e de sua natureza, realizando, pois, desse modo, o ideal da Medicina de surpreender a doença em seus primordios, quando ainda o agente vulnerante ou agressivo não teve tempo de assinalar pela lesão a cicatriz indelevel da doença; regista os fenomenos dinamicos da circulação ocular, as particularidades anatomicas normais da arvore vascular e as suas alterações patologicas, permitindo visão de conjunto da circulação geral e cerebral e tornando possivel, atravez da retina, estudar as modificações da circulação cerebral, diagnosticar as hipertensões cerebrais e localizar determinados tumores cerebelares, o que lhe valeu a denominação de cerebrosopia; aprecia, afinal, o dinamismo vascular retiniano, demonstrando pela tonoscopia ou esfigmoscopia, pela retinoscopia e pela angioscopia que a membrana nervosa ocular, prolongamento do talamencefalo, é o espelho sobre o qual se refletem e se este-reotipam as mais intimas alterações metabolicas e as mais precoces manifestações morbidas.

E' no globo ocular que se exteriorizam, via de regra, os primeiros sinais reveladores da doença que vae ferir o organismo. E' a verdade que ressalta cada dia da investigação conscienciosa e harmonica da Oculistica e da Medicina Geral.

Haveria necessidade, em nosso meio medico, de maior e mais estreita colaboração associada do internista e do especialista e, mais ainda, perfeito conhecimento da Oftalmologia pelo clinico, por isso que para ser um grande medico pressupõe-se estudo aprofundado da Clinica Oftal-

mologica, do mesmo modo que não é possível a especialização seria e honesta sem amplo conhecimento de toda a Medicina. No dia que o medico se compenetrar desta verdade, abastecendo-se no laboratorio vivo, que é a Oftalmologia, de elementos que nenhum outro auxiliar da clinica lhe pôde de modo tão eficiente e categorico apresentar, a Medicina dará um grande passo para sua maior eficiencia e terá atingido elevado grão de aperfeiçoamento, procurando alcançar o ideal medico de precisão diagnostica e prognostica e de limitação terapeutica, já, em tantos pontos, alcançado pela Clinica Oftalmologica, mercê de seus preciosos metodos de investigação.

O ponto que servirá de tema a esta despretenciosa palestra fêre a questão de cheio e demonstra o valôr excepcional da oftalmoscopia em colaboração intima com o internista, antecipando-se á Clinica na elucidação do diagnostico, possibilitando, pois, prematura atuação ao terapeutica, e oferecendo-lhe, por vezes, elementos seguros e positivos para surpreender o mal em seu inicio, quando ainda nenhum outro elemento auxiliar poderá prestar serviços.

Os estudos angioscopicos e tonoscopicos oferecem larga copia de contribuição á oculistica e á clinica e ás duas conjuntamente, por isso que ambas se estreitam em mais extensa e racional cooperação, retirando a Clinica, deste vasto campo de investigação oftalmoscopica, dados de grande valor para o estudo clinico e patogenico das nefropatias e das hipertensões arteriais primitivas ou secundarias. Deste vasto capitulo da angioscopia retiniana, vamos destacar, como trabalho de vulgarização medica, o que diz respeito á oftalmoscopia da hipertensão arterial, frizando a sua constante importancia para a clinica.

Si é para o neurologo valiosa a verificação da tensão das arterias retinianas (tonoscopia), que tornou possível o conhecimento da das arterias cerebrais e, por consequência, por seu intermedio, a se fazer o diagnostico diferencial das hipertensões cerebrais sem estase papilar e sem sinais clinicos evidentes, não menos o é para o clinico o conhecimento dos estudos angioscopicos retinianos, "cujos dados lhe permitem, com muitas probabilidades de certeza, conhecer de que especie de hipertensão sofre o doente: si realmente ela é aguda, como nas glomerulo nefrites agudas e na eclampsia gravidica, ou si é antiga e permanente, si primaria ou secundaria". A angioscopia retiniana, diz Luque, realizada pelo exame oftalmoscopico, põe o oculista em condições de responder a estas questões de maneira categorica na maior parte dos casos.

A colaboração do medico e do oftalmologista permitiu fossem relacionados com utilidade pratica os dados colhidos pelo exame angioscopico e pela clinica. Deste estudo comparativo deprende-se um acervo imenso de conhecimentos para o capitulo interessantissimo da patologia das hipertensões arteriais originado dos primeiros trabalhos de Gunn, Rahlmann, Adams e, posteriormente, dos de Pines, Bailliart, Magitot, Guist, Luque, Urrets e Brandan, Pavia e tantos outros, que revelaram o poderoso auxiliar, até agora não ainda suspeitado, que a clinica obtivêra nas pesquisas oftalmoscopicas das alterações vasculares retinianas.

Descreveremos, em primeiro lugar, de modo isolado, os elementos semioticos que a retinoscopia e a angioscopia nos oferecem no sentido de esclarecimento e de elucidação diagnostica, com o fim de após entrarmos no amago do assunto da angioscopia das hipertensões arteriais.

Estudando, assim, pormenorizadamente, os sinais oftalmoscopicos das hipertensões, deixamos, de proposito, á margem, os sintomas subjetivos, tais como dores de cabeça, vertigens, eclipses cerebrais e visuais, miodesopsias, etc., que, embora de reconhecido valor clinico, não nos interessam neste trabalho sinão como elementos subsidiarios esclarecedores do quadro oftalmoscopico e angioscopico das hipertensões sanguineas.

Ao comegar, vamos encarar o aspéto dos entrecruzamentos arteriovenóso normais e patológicos como um dos sinais de maior importancia do presente estudo.

Ha muito tempo descritos os entrecruzamentos patológicos por Raehilmann e Gunn, foi contudo sómente faz pouco observada a relação entre essas constrições arteriovenosas e os diferentes tipos de hipertensão, conforme agora vamos expor.

Entrecruzamentos arteriovenosos

De pouco tempo data o estudo metodizado dos entrecruzamentos das arterias e veias ao espraiaarem-se na superficie da retina. A sua importancia semiologica cada vez se expande mais, de maneira a ser hoje sua pesquisa sistematica dado imprescindivel no esclarecimento diagnostico e prognostico de algumas afecções vasculares e renais.

Emergindo do disco optico, de acôrdo com 4 ou 5 tipos classicos, as arterias papilares, superiores e inferiores, e suas dicotizações de 2.^a e 3.^a ordens, cruzam a arvore venosa, nos diferentes sectores retinianos, apresentando, segundo os diferentes tipos padrões de Rollet, numero variavel de unidades entrecruzadas. Dentro da area papilar, e, em seus arredores, é indifferente observar-se a posição anterior da arteria ou da veia, mas, á medida que elas se afastam da papila, verifica-se que a veia fica por baixo da arteria e, portanto, posterior a esta, na maior parte das vezes.

A posição anterior ou posterior da arteria, ao nivel do entrecruzamento, tem enorme valor como subsidio semiologico de primeira plana, sobretudo quando, como vamos ver, na parte descritiva, a arteria passa por cima da veia, determinando, nesta occurencia, modificações estruturais da parede venosa e alterações acentuadas da circulação sanguinea.

Damel, fazendo o estudo dos entrecruzamentos, até quatro diametros papilares, observou que 300 vezes a arteria passa sobre a veia e 141 vezes esta sobre aquela, e encontrando, alem disso, que os entrecruzamentos se processam na area papilar da seguinte maneira:

Temporal superior	42
Temporal inferior	16
Nasal superior	16
Nasal inferior	12

Quanto á frequencia dos entrecruzamentos, Damel e Koyanaji dão, referentes a 100 e 124 pessoas normais, respectivamente examinadas, as cifras abaixo:

	T. S.	T. I.	N. S.	N. I.
Damel — Ventola	162	113	100	63
Koyanaji	194	97	43	36

Por vezes, os entrecruzamentos são escassos, verificando-se somente um ou dois, em rigoroso exame do trajeto dos vasos na superficie retiniana. Encontram-se, outras vezes, somente casos em que as veias são anteriores, o que, como já vimos, pouco valor semiologico possuem.

As anormalidades patologicas dos entrecruzamentos arteriovenosos valem não só pela sua precocidade e constancia como tambem pela variedade de seus aspétos, que refletem com muita fidelidade os diferentes estados de alteração esclerosica das paredes arteriais. Seguimos, em grande parte, a descrição de Urrets das vasoconstricções, por julgarmos que assenta em maior numero de observações e, por tanto, a que mais se aproxima da verdade.

Normalmente, quando a arteria passa por cima da veia, devido á transparencia normal das paredes vasculares, a columna liquida venosa não sófre solução de continuidade.

Verifica-se tambem que a veia não se encontra deformada e nem deslocada, por isso que não se comprovam modificações em seu trajeto, calibre e coloração.

Este cruzamento normal arterio-venoso por si só nos indica que não ha esclerose arterial e nem hipertensão sanguinea, de maneira categorica e definitiva. E' o chamado, por Urrets, estado fisiologico dos entrecruzamentos arteriovenosos.

Muitas vezes, nós vemos a veia passar por cima da arteria, é o entrecruzamento venoso-arterial que não tem, porem, significação clinica que apresentam os primeiros.

Quando, pelo exame oftalmoscopico, verificamos que, ao nivel do entrecruzamento, a veia fica oculta, sem deformação e sem deslocamento, podemos dizer que estamos em face de uma esclerose inicial arterial, por isso que a diminuição de transparencia das paredes arteriais traduz modificações de sua estrutura e estaveis alterações da pressão sanguinea.

E' o cruzamento positivo do primeiro gráo, que representa a fase incipiente da esclerose arterial.

E' o denominado fenomeno do Gunn, autor que, juntamente com Rahlmann, pela primeira vez o descreveu.

Aumentando a esclerose e a tensão, a arteria, ao nivel do entrecruzamento, oculta a veia e a deforma, não a deslocando, porem, ainda. E' o chamado cruzamento positivo do segundo gráo, no qual se observa em

“ambos os lados da arteria, em um trecho de variavel extensão, o tronco venoso aparecer esfumado, de côr mais clara e de contornos menos nítidos, desprovido de seu reflexo central, que, como sabemos, é muito tenue.” Urrets).

Neste caso, nota-se um estreitamento, como cinta, da veia, mas nem a extremidade periferica e nem a central oferecem desigualdade de calibre.

No cruzamento positivo de terceiro gráo ás alterações anteriores (ocultamento e deformidade) se associa o deslocamento, ficando a veia com suave arqueação. Neste tipo de cruzamento, a esclerose arterial é muito mais pronunciada, como demonstram, ás vezes, as bainhas esbranquiçadas peri-vasculares, que aparecem muito claras nos bordos da arteria, como na linha branca (estria de Guist).

Nos grãos quarto e quinto de cruzamentos positivos tudo depende do calibre do lume arterial. No quarto gráo, ás perturbações do tipo terceiro (ocultamento, deformidade e deslocamento) se junta delgadez notavel da coluna sanguinea da arteria, que delata o gráo de obstrução endovascular. No quinto gráo, completada já a obstrução, a arteria aparece como um fio de prata, branco e rígido.

Em todos estes tipos de cruzamentos arteriovenosos, que tão decisivamente denunciam o gráo de esclerose e de hipertensão arteriais, a veia, si bem que deformada e deslocada oferece sempre uma completa igualdade de calibre em suas extremidades.

Esta igualdade das extremidades venosas tem muita importancia, por isso que elimina toda possibilidade de compressão venosa por parte de arteria adjacente, endurecida e hipertensa. Este fato é explicado, desde 1904, por simples fenomeno de optica: a veia, ao ser cruzada pela arteria endurecida, é rechagada para a corioide, colocando-se assim em plano mais posterior e longe do da arteria e, por consequencia, em fóco diferente.

Tudo se explica, pois, por um simples desfocar da veia no ponto de cruzamento.

Mas nem sempre os fatos se passam como se acha acima descrito e, em inumeros casos de hipertensos, nós observamos que, ao nivel do entrecruzamento, ha um evidente achatamento da veia, revelada pela dilatação da extremidade distal ou periferica e pela delgadez e, ás vezes quasi vacuidade, da extremidade central, proximal ou papilar da veia. E' inegavel, aqui, a compressão venosa exercida pela arteria endurecida e hipertensa. Não cabe aqui discutir as diversas teorias que procuram explicar o fenomeno do deslocamento e da compressão venosa. Sómente vamos frizar que nestes casos de entrecruzamento patologico com compressão venosa evidente, o estudo destes fatos veio esclarecer a patogenia das trombozes venosas retinianas, pelo bloqueio venoso consequente da extremidade periferica. A frequencia das trombozes nos ramos temporais, sobretudoo do superior, da arteria central da retina, é um elemento a mais para explicar esta patogenia, de vez que é nestes ramos vasculares que se observam maior numero de entrecruzamentos.

Novo! Octinum

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

Espasmolítico e analgésico nas dores devidas a espasmos.

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do
que a papaverina,
não provoca sensação de secura na gar-
ganta, como a atropina.

Indicações principais:

Espasmos gastro-intestinais.
Úlcera gástrica e duodenal.
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorréia espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empôlas de 1,1 c.c. (1 c.c. contém 0,1 g de cloridrato de Octinum), caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia — Empôlas: por via subcutânea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empôla, por via intramuscular 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empôla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

Para amostras e literaturas é favor dirigir-se a
Caixa Postal, 1469. Rio de Janeiro.

TERAPEUTICA DA SIFILIS

Lipocarbisan

L B C

(ELEBECÊ)

Foi a primeira associação

— carbonato de bismuto + lipoides cerebrais —
em suspensão
em agua bi-distilada

licenciada pelo D. N. S. P. em 30—12—1927

FORMULA:

Serie A

{	Carbonato de Bismuto. . . .	0,02
	Lipoides do Cerebro	0,0025
	Agua bi-distilada.... qs. . . .	1 cc

Serie B

{	Carbonato de Bismuto. . . .	0,05
	Lipoides do Cerebro	0,0025
	Agua bi-distilada...i qs. . . .	1 cc

Serie C

{	Carbonato de Bismuto. . . .	0,10
	Lipoides do Cerebro	0,005
	Agua bi-distilada... qs. . . .	2 cc

PRODUTO DO

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

DR. MARIO PINHEIRO

Diretor do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psicopatas do
Distrito Federal

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

Docente da Faculdade de Medicina e Assistente
do Instituto de Neurobiologia da Assistencia
a Psicopatas do Distrito Federal

Modificações nas paredes arteriais

Na hipertensão arterial, observa-se frequentemente alteração da parede vascular, determinando não somente modificação do reflexo longitudinal do vaso como também variação na cor das artérias e veias.

A maior amplitude do reflexo central dos vasos ocorre na hipertensão, conferindo a este um aspecto despolido, com suas paredes descoradas, tomando o aspecto de fio de cobre, hoje tão bem conhecido nos síndromes hipertensivos e na arterioesclerose. Já no aspecto em fio de prata, o reflexo central além de amplo se torna brilhante, dando ao vaso características especiais que lhe valeram essa designação.

Em grão maior ou menor de esclerose dos vasos ou de hipertrofia da perivascular, podem-se observar estrias longitudinais e transversais às artérias e veias, sendo que paralelas ao trajeto vascular e ao nível dos entrecruzamentos vasculares essas estrias tomam o nome de estrias de seguimento ou de acompanhamento de Guist. Indicam essas estrias já uma profunda alteração na estrutura das paredes vasculares, que se tornam por esse motivo facilmente visíveis.

Em grão mais pronunciado de esclerose vascular, podemos verificar o aspecto esbranquiçado das artérias e veias pela obliteração parcial ou total, devido a endarterite obliterante.

Além dessas alterações vasculares, observam-se no fundo do olho, sobretudo distribuídos no pólo posterior os edemas, as hemorragias e os exsudatos, que se apresentam como focos ou manchas brancas disseminadas pela superfície retiniana, todos eles assinalando as perturbações circulatórias e troficas da coróide-retina.

Os edemas, muito frequentes principalmente nas hipertensões toxogénas, se mostram de preferência na área da papila e da mácula, alterando os reflexos da limitante interna e, algumas vezes, quando coexistem hiperazotemias e hipercolesterinemias, abolindo-os completamente.

Já as hemorragias, disseminadas em pequenos focos ou de modo difuso, se apresentam, mais frequentemente como sintoma hipertensivo angiogénico, tomando forma distinta conforme a sua localização, como vamos ver nestas diferentes retinografias agora projetadas.

Os focos brancos, produtos de exsudação fibrinosa, distribuem-se a toda superfície da retina, tomando, porém preferência pela região macular, onde, algumas vezes, adquirem, devido à distribuição radiada das fibras ópticas, a disposição estrelada.

Estes focos brancos, indicando alterações na circulação ocular, também refletem, via de regra, profunda alteração metabólica das proteínas ou dos hidrocarbonados.

Ocorre a sua presença mais comumente nas formas hipertensivas toxogénas.

Não se devem, contudo, ser confundidas com degenerações glandulares da lâmina vítrea da coróide, chamada pelos alemães de Drusen, e que traduzem, segundo Bailliart, necrobiose do tecido coróideo-retiniano, de-

vido a processos de capilarite ou capilaropatia. A sua localização mais profunda, a sua independencia e afastamento dos vasos, o seu aspeto, a sua coloração, distinguem-nas dos focos exsudativos brancos. Nos casos duvidosos, o doseamento da urea, creatinina e cloretos sanguíneos, esclareceria o diagnostico.

Tortuosidade dos vasos retinianos

A tortuosidade, flexuosidade, reptação ou serpenteamento da arvore vascular retiniana é sintoma de suma importancia no diagnostico da hipertensão e da arterioesclerose, principalmente quando essa anomalia se revela nos pequenos e finos vasos maculares e perimaculares, onde a esclerose vascular se apresenta precocemente.

E' nestas arteriolas, providas das dicotomizações de 2.^a e 3.^a ordens, que se processam as modificações ostensivas do trajeto tornado fortemente flexuoso, conferindo-lhes a forma de vasos em espiral, em saca-rolha, em espiroquetas.

Para Guist, o serpenteamento das venulas perimaculares seria sinal patognomónico da hipertensão solitaria.

Dai a denominação de fenomeno ou sinal de Guist dada a este aspeto oftalmoscopico irregular das veias paramaculares.

No que toca a sua observação nos grandes vasos, a flexuosidade perde muito de seu valor, em relação á arterioesclerose ou á hipertensão, sobretudo quando a tortuosidade se encontra nos vasos de 1.^a e 2.^a ordem.

Na tortuosidade congenita, em que o aspeto de serpenteamento de todos os vasos é muito pronunciada, a ausencia do fenomeno de Gunn se faz sentir de modo decisivo, distinguindo-a dos hipertonias secundarias.

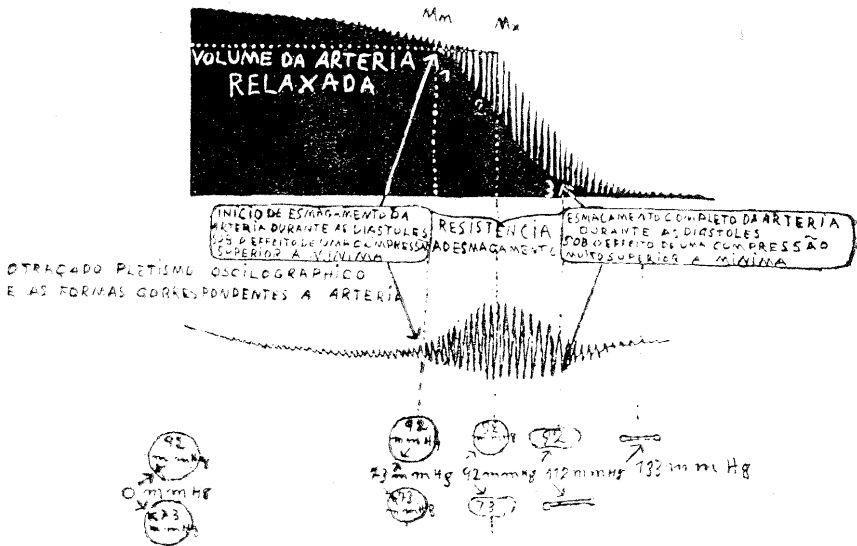
Alterações no calibre dos vasos

As arterias, em geral, podem apresentar-se contraídas em sua totalidade ou com variações localizadas, enquanto as veias se vêm turgidas e volumosas.

O estreitamento geral das arterias se verifica com pouca frequencia nos arterioesclerosos sem hipertensão, sendo mais frequente nas nefrites agudas, em sua fase inicial e na nefroesclerose maligna, quando a sua presença agrava o prognostico. Os vasos esclerosados e hipertensos se tornam rigidos, apresentando curvas, angulosidades fortes, com diminuição acentuada do lume vascular. O estudo da rigidez das paredes arteriais, procedido por Coppez e, em especial, pelo seu assistente Fritz, é no dizer deste, uma noção de patologia geral tão importante talvez como a das pressões sanguíneas, porquanto se refere a uma classe de afecções graves como a hemorragia cerebral, a endarterite obliterante e ao mal de Bright.

A rigidez arterial pode ser medida, perfeitamente, e de modo pratico e acessivel na arteria retiniana, onde "a visibilidade desta arteria permite de não se precisar de recorrer aos artificios de registo oscilografico

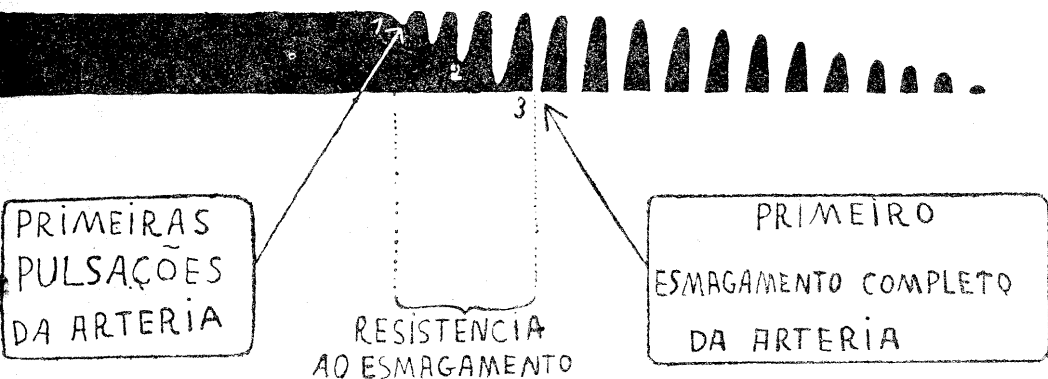
co”, que temos que lançar mão quando medimos, por exemplo, a rigidez da artéria humeral pela técnica pletismo-oscilografica.” O principio da avaliação da rigidez da humeral consiste em “exercer-se na face externa da artéria compressão progressivamente crescente, inscrevendo-se de maneira ininterrupta as modificações de volume sofridas pelo vaso sob o efeito desta compressão. A oscilação de volume entre a sistole e a diastole primeiramente muito fraca, aumenta pouco a pouco e regularmente até que a compressão eguale exatamente a pressão mínima existente na artéria (fig. 1,1): neste estado, a parede arterial se encontra, no momento da diastole, em equilíbrio entre duas pressões interna e externa eguais, de modo que o vaso toma a forma que deveria ter si fosse abandonado a si proprio.



A compressão ultrapassando em seguida este valor da pressão mínima provôca em cada diastole certo esmagamento da artéria, fazendo com que a oscilação volumetrica entre a sistole e a diastole cresça rapidamente (fig. 1,2). Mas é necessario que uma compressão muito mais forte se exerça para que a artéria se deprimindo, totalmente após cada diastole, fique exangue após cada pulsação (fig. 1,3). A compressão que determina este estado passa de muito a pressão mínima e, conforme a artéria, de valor diferente, por isso que é necessario exercer pressão mais forte para deprimir uma artéria de parede esclerosada do que para esmagar uma de parede elastica. E' uma noção elementar.

Os mesmos fenomenos de depressão progressiva se repetem para as sistoles com compressões pouco mais altas, acarretando afinal a obstrução absoluta do vaso. Do que precede, resulta que possuindo-se o meio de determinar, de um lado, a compressão com a qual a parede arterial está, durante a diastole, equilibrada entre duas pressões iguais, e, de ou-

tro lado, a compressão necessária para que a arteria se esvasie durante a diastole, pôde-se medir pela diferença destas duas compressões a rigidez do segmento arterial estudado. Tal é o principio desta tecnica", que se adapta com facilidade ao estudo da rigidez arterial retiniana pela visibilidade dos ramos desta arteria, que, sob o efeito da compressão exercida pelo oftalmodinamometro de Bailliart, sofrem modificações de volume diretamente perceptíveis á imagem direta, "bastando, para determinar os estados das paredes arteriais, de fazer leitura minuciosa dessas modificações de volume. Comprime-se progressivamente o globo ocular. Abaixo de uma compressão igual á minima intraarterial não se vê nenhuma pulsação. Quando aparecem os primeiros batimentos, aleaça-se

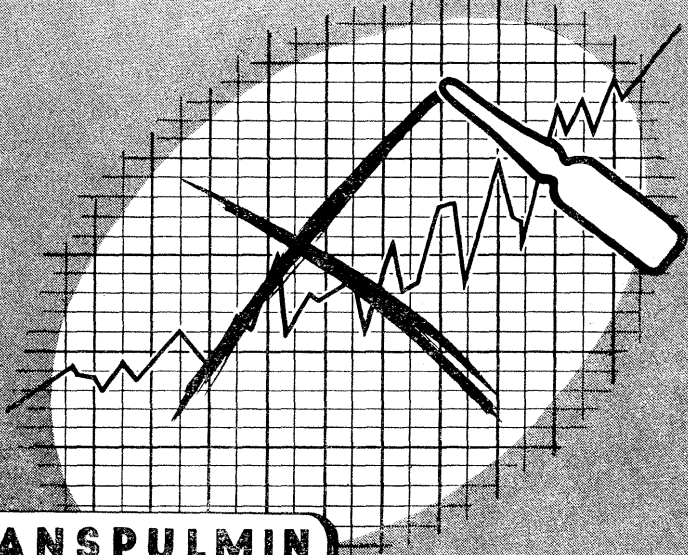


uma compressão do vaso igual á minima intraarterial (fig. 2, 1). Regista-se o valor indicado neste momento pelo dinamometro. Continua-se então a aumentar a compressão: a arteria pulsa cada vez mais forte (fig. 2, 2), acabando por deprimir-se totalmente entre cada pulsação; neste instante, a arteria se esvasia e se enche ritmicamente de sangue (fig. 2, 3); regista-se novamente o gráo de compressão. A diferença entre os dois valores de compressão obtidos méde a resistencia que a arteria opõe ao seu esmagamento", que, no individuo normal, é sempre inferior a 10 grs. Entre varios factores que fazem variar o valor desta resistencia, a rigidez arterial é o mais importante." (Fritz).

Fritz destaca, após exame minucioso de todos estes factores, quatro tipos de circulação retiniana patologica, indicando tambem as deficiências visuais que determinam, o prognostico que comportam e os tratamentos que são indicados.

"O primeiro tipo a considerar é aquele em que uma rigidez arterial fraca, igual ou inferior a 10 grs., se encontra com hipotensão da minima, sendo o calibre arterial normal ou ligeiramente estreitado. Com excepção das papilas levemente palidas, o aspéto oftalmoscopico é normal. Ao contrario, a agudeza visual é geralmente reduzida a cerca de 0,1, com a caracteristica de apresentar, fóra de qualquer variação do tonus ocular, melhoras e agravações transitorias paralelas ás transformações

contra AFECÇÕES PULMONARES:



TRANSPULMIN

(5% de quinina básica, canfora e óleos voláteis)

Gripe, Bronquites aguda e crônica, abscessos pulmonares, Bronco-pneumonia, Bronco-ectasias, etc.

Embalagem: Caixas de 3, 6, 12, 75 e 250 amp.

SOLVOCHIN

(Quinina em solução aquosa a 25% pH-7,2)

Específico contra a pneumonia cruposa, taquicardia paroxismal, inércia uterina, etc.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 ampolas

SOLVOCHIN-CALCIO

(1 ampola de 5 cc. contém 1 cc. de Solvochin e 0,072 gr. de cálcio)

Solvochin-Calcio reúne a ação anti-tóxica, pneumococo-específica da quinina ao efeito anti-exsudativo e anti-flogístico do cálcio.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 x 2,5 cc. e 3 x 5 cc.



Homburg

Representantes para o R. G. do Sul

Weskott & Cia.

Porto Alegre — Caixa Postal, 75
Pelotas — Caixa Postal, 258

FLUOCAL LECITHINADO

EMULSÃO AQUOSA ESTAVEL	DE CALCIO ORGANICO, MAGNESIO	LECITHINA DE OVO
REMINERALIZA E RECALCIFICA	TONIFICA O ORGANISMO	TONIFICA O SYSTEMA NERVOSO
TUBERCULOSES LYMPHATISMO CHLOROSE	EMAGRECIMENTO ANEMIAS CONVALESCENÇAS	NEURASTHENIA CANSAÇO CEREBRAL ESGOTAMENTO NERVOSO

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasosympa-
thicos, palpitações, insomnias,
dyspepsia nervosa.
A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres de chá em água
açucarada as refeições

Lab. ^{rio}Gross-Rio

NAO DEPRIMENTE
NEURILAN

da circulação central. Esta é frequentemente pouco ativa, com bradicardia e, às vezes, arritmia. Não ha particularmente glicosuria, albuminuria e nem uremia. A prova, porem, de eliminação da fenolsulfonaftaleina se apresenta muito inferior á normal.

Administrando a estes doentes medicação vasodilatadora, vêm-se os fenomenos se agravar, ao mesmo tempo que sincopes graves pôdem sobrevir. Instaurando-se, porem, tonicardiacos e pulverizações locais fre-

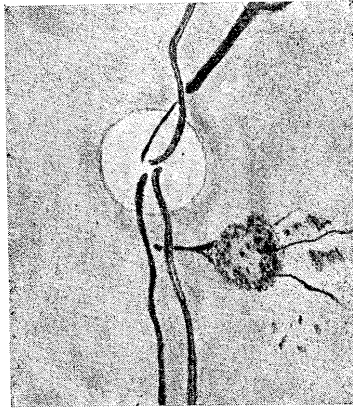


Fig. 3 — Caso de Borgono, segundo Luque, em que se vêem o entrecruzamento patológico, com achatamento venoso, e zona hemorrágica além do entrecruzamento.

quentes de adrenalina nas fossas nasais, a visão se restabelece progressivamente a ponto de alcançar 0,6.

No segundo tipo, uma rigidez arterial fraca, avaliada por medida inferior a 10 grs., se associa á hipertensão da minima, enquanto o calibre arterial está normal ou ligeiramente aumentado. Este tipo é particularmente importante, porque a ele pertencem, na maior parte das vezes, as hemorragias do corpo vitreo e cerebrais. A visão, fóra destes accidentes, permanece intata. O fundo de olho se apresenta normal. Os exames laboratoriais de urina, de sangue, e a prova de eliminação da fenolsulfonaftaleina são normais.

Fóra das crises cardiacas de hipertensão, o aparelho circulatorio é geralmente normal. Os medicamentos vasodilatadores têm os mais ativos efeitos sobre este tipo circulatorio. Os hipertensores são muito ativos e formalmente contraindicados.

No terceiro tipo circulatorio a arteria central de rigidez acentuada, de mais de 20 grs., se associa á hipotensão ou pressão normal e se acompanha muitas vezes de estreitamento muito marcado e irregular. A visão é profundamente comprometida, verificando-se nos casos mais graves atrofia do nervo optico. Os vasos podem apresentar sinais oftalmoscopicos de esclerose. A pesquisa de glicosuria, albuminu-

ria, azotemia, e do funcionamento renal, nada mostra de particular. A medicação iodetada, mais do que os vasos constritores, associada a estimulantes da circulação central, parece ser favorável.

O quarto tipo que reúne uma rigidez arterial forte e hipertensão, sendo normal o calibre arterial ou irregularmente estreitado, é um estado circulatório compensado; no geral, as pressões sanguíneas mais consideráveis podem ser atingidas sem acidentes hemorrágicos, nem grandes diminuições da visão.

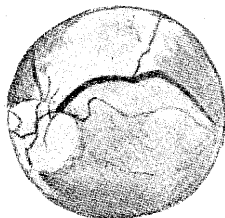


Fig. 4 — Entrecruzamento patológico com deformação distal da veia papilar nasal superior.

A medida que estas hipertensões bem toleradas se tornam mais pronunciadas, observa-se rigidez mais elevada. A papila se torna congestiva e a visão diminui progressivamente com a presença de edemas retinianos. Os vasodilatadores, geralmente pouco ativos, melhoram os casos em que podem exercer sua ação.”

Sinais oftalmoscópicos da hipertensão arterial aguda

Em duas entidades morbidas que se acompanham de elevação aguda da tensão sanguínea, a glomerulonefrite difusa aguda e a eclampsia gravídica, concorre a angioscopia de modo decisivo em o diagnóstico diferencial, elucidando o tipo e a natureza primária da hipertensão. Nestas, como nas formas subagudas e subcrônicas de glomerulonefrite difusa, de acordo com a classificação das nefropatias de Vohlard e Far, não se evidenciam alterações nas paredes vasculares retinianas, durante toda a evolução das nefrites, embora possam, nas agudas, coexistir isquemia generalizada, revelando-se na retina constrição vascular, e, nas crônicas, edema papilo-retiniano e focos hemorrágicos.

A ausência de alterações das paredes arteriais permite ao clínico fazer a diferenciação destas nefropatias com o quadro sindrômico idêntico, que aparece durante a evolução ou no final das formas crônicas (rim atrofico secundário), no qual os entrecruzamentos são patológicos, demonstrando o grau de alteração esclerótica das paredes arteriais (Urrets).

Para o prático, no conceito de Luque, já hoje firmado solidamente, “o importante é saber que cuidadosa exploração angioscópica retiniana lhe permite firmar diagnóstico, na maior parte dos casos, de glomerulo-

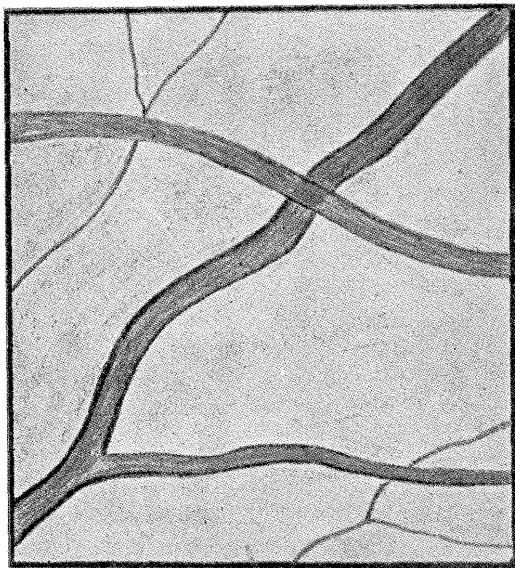


Imagem n.º 1 (Arruga)
Entrecruzamento normal.



Imagem n.º 2 (Arruga)
Entrecruzamento com leve esclerose arterial.
A veia está oculta sob a arteria.

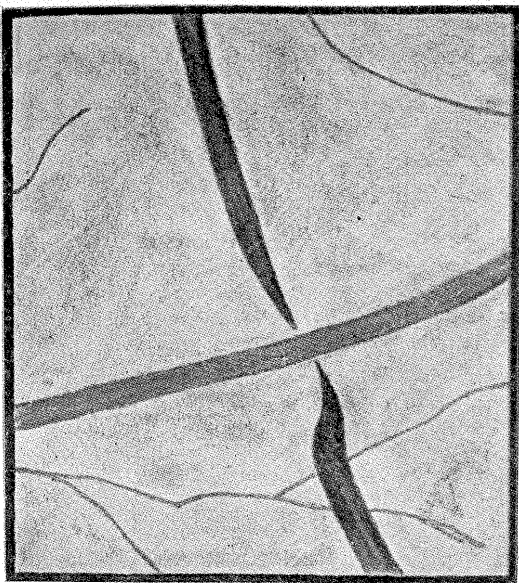


Imagem n.º 3 (Arruga)
Depressão venosa ao nível do entrecruzamento.



Imagem n.º 4 (Arruga)
Arqueação e afastamento do curso da veia ao nível do entrecruzamento.

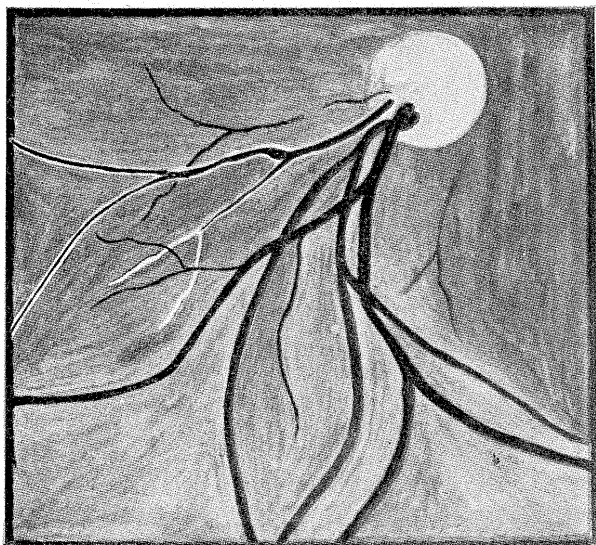


Imagem n.º 5 (Arruga)
Periarterite e aspecto de fio de cobre das artérias descendentes.

nefrite aguda antes que a evolução da doença lhe possa a isso autorizar. E isto é tanto mais importante quanto sabemos que, muitas vezes, a glomerulonefrite aguda, tal como se nos apresenta, não é mais que episódio agudo na evolução insidiosa de processo renal antigo. Nestes casos, a angioscopia retiniana demonstrando a presença de alterações vasculares próprias á hipertensão arterial antiga, poderá estabelecer em bases sólidas, o conceito clinico do internista."

Mas si bem que em numero reduzido de casos, doentes idosos acometidos de lues ou nos alcoolatras inveterados, sejamos expostos á falsa interpretação, a angioscopia, diz ainda este autor chileno, é tão

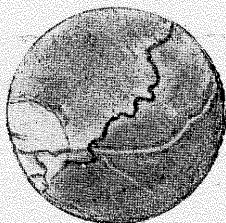


Fig. 5 — Sinuosidade venosa e esclerose arterial.

indispensavel como a dosagem da azotemia ou a avaliação da pressão arterial. Poderá ser mais importante ainda, porquanto nos dá ela a chave da verdadeira natureza da hipertensão arterial, quer verificando a normalidade absoluta do aparelho vascular, como nas glomerulonefrites agudas verdadeiras, quer estabelecendo lesões vasculares antigas, testemunhas da nefrite cronica até então não diagnosticada (Luque).

Na classificação de Vohlard, a glomerulonefrite difusa aguda é também denominada isquemica, por isso que o fato fundamental observado reside na vacuidade sanguinea dos capilares dos glomerulos.

E' a isquemia, no quadro anatomico desta nefropatia, seu fundamento patogenico, explicada por angiospasmto dos vasos aferentes do glomerulo, que é observado também fóra do aparelho renal, em toda a arvore vascular, sobretudo nos vasos retinianos acessiveis mais facilmente ao exame diréto em qualquer fase de evolução da doença. A universalidade deste sintoma levou Munk a considerar a glomerulonefrite aguda como afeção geral do aparelho vascular.

Não vamos entrar no estudo dos fatos, por sair fóra da alçada deste trabalho, que condicionam as duas correntes de opinião que interpretam a glomerulo nefrite difusa aguda ou como perturbação funcional, angiospastica, com Vohlard e sua escola, ou, como querem outros, processo de natureza inflamatória.

As manifestações retinianas deste processo geral de isquemia aparecem precocemente, nos primeiros dias da doença renal, e desaparecem rapidamente, como se observam quasi sempre.

A par dos sintomas gerais particulares a essa nefropatia aguda, que caracterizam quadro de autointoxicação mais ou menos profunda, surge, desde logo, de maneira prematura, a hipertensão arterial, quasi constante, com facilidade tambem verificada á investigação tensional das arterias retinianas.

Nos momentos iniciais da nefropatia, Urrets e Brandán assinalam a diminuição acentuada do calibre das arterias retinianas, explicada pelo fenomeno fugaz angioespastico, o aumento e a flexuosidade das veias e discreto edema do pólo posterior, difuso; alterações fugazes estas que desaparecem rapidamente, com ausencia de sintomas subjetivos, pela natureza e pela pouca intensidade das alterações referidas.

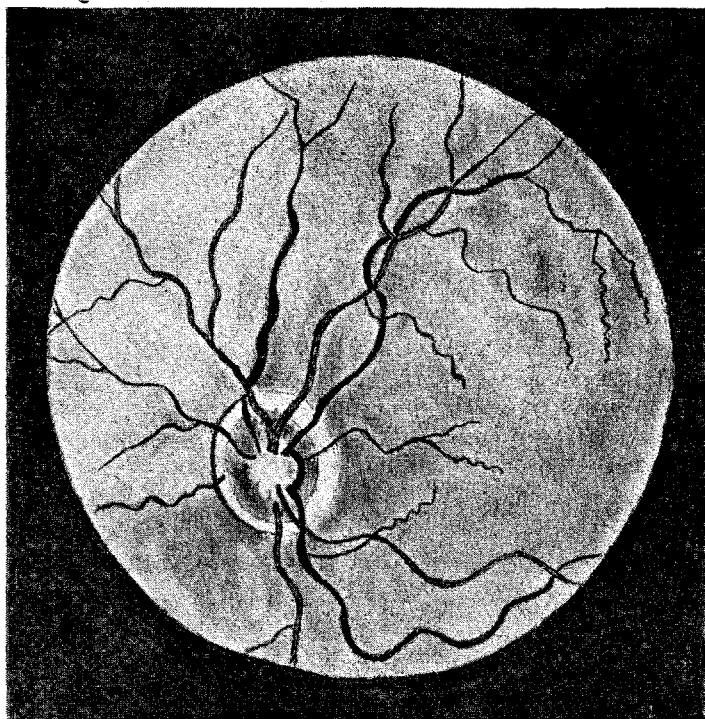


Fig. 6 — Fundo de olho, segundo Borgono (Luque).
Sinuosidades das pequenas veias paramaculares e entrecruzamentos patológicos.

Passada a fase isquemica da doença, o exame oftalmoscopico (Urrets) revêla o fundo normal, embora persistam os sintomas nefriticos e a hipertensão arterial.

Nas fórmas graves de glomerulo nefrite aguda, em que a isquemia é mais profunda e prolongada, observam-se (Urrets) hemorragias, manchas brancas e intenso edema.

Ademais, devemos chamar atenção que na nefrite difusa aguda ha ausencia de alterações de esclerose das paredes vasculares, como nas fórmas subagudas e suberonicas e na nefropatia gravidica verdadeira.

Este fáto é fundamental tambem no perquirir o diagnostico etiologico diferencial entre a hipertensão gravidica genuina e a determinada pela nefrite cronica da mulher grávida.

Aqui, o estudo angioscopico retiniano nos traz contingente valioso e decisivo de fatos que elucidam imediatamente a natureza do processo inicial, o que nenhum outro meio de diagnostico é capaz de fazer.

A nefropatia gravidica que apresenta caracteres que a filiam tanto ás nefroses como ás nefrites, reúne um complexo de sinais vasculares, renais e toxicos tambem presente no quadro clinico da grávida que antes da prenhez sofria de nefrite cronica, agravada durante a gestação pela ação toxica dos produtos placentarios.

“Tal diferenciação, quando não fôra feito o diagnostico da nefrite em exame anterior á gravidez ou em seu começo, é quasi impossivel para o pratico. O quadro clinico é o mesmo, a epoca do aparecimento dos accidentes que denunciam a doença pôde ser a mesma, assim como os sintomas renais e circulatorios, aos quais se associam iguais accidentes eclamp-sicos e a mesma terminação pela morte da mãe ou do fêto. A distinção tem verdadeira importancia prognostica. Ao tocólogo pôde apresentar-se o problema de saber si o esvaziamento uterino será ou não seguido da cura da doente. No caso de tratar-se de nefropatia gravidica, deve-se esperar a cura, porque a supressão da causa trará de ordinario o desaparecimento do quadro patologico. No caso de nefrite preexistente, as cousas se passam em geral distintamente” (Urrets e Brandan).

Era este um dos problemas mais dificeis e dolorosos para o clinico e para o oftalmologista, até poucos anos atraz, que sabiam das dificuldades a enfrentar para chegar a exato diagnostico e resolver questão tão angustiante. Agora, a oftalmologia oferece com a maior segurança os elementos fundamentais para a solução clara e definitiva deste sério problema medico. Do mesmo modo, ela, com a mesma exatidão, concorre para a elucidação etiologica das retinites gravidicas, quer de origem eclampsica, quer de natureza nefritica.

A nefropatia gravidica genuina, quer considerada como determinada por produtos toxicos de origem placentaria, quer como devida á vaso constricção geral espasmodica ou funcional, apresenta oftalmoscopicamente lesões identicas que as estudadas na fase isquemica das glomerulo-nefrites agudas, subagudas e suberonicas, isto é, edema, manchas brancas e hemorragias, mas, fáto essencial, integridade das paredes vasculares da arvore retiniana. A toxemia gravidica sendo, no conceito patogenico, considerada como doença geral dos tecidos (histopathia gravidarum), explica o porque da angioscopia retiniana poder estudar a distinção nosologica entre a nefropatia gravidica genuina e a pseudoeclampsia de natureza gravidica. Nesta, ao contrario da primeira, ostentam os vasos retinianos lesões proprias á nefrite cronica preexistente á gravidez, isto é,

alterações de transparencia, modificações patológicas nos entrecruzamentos arteriovenozos, desigualdade de coloração e de calibre.

Cabem a Guist e Salus, Urrets e Brandan, Monckenberg, Luque e muitos outros o merito de estudar os fundamentos destes trabalhos realizados conjuntamente em colaboração pelo oculista e pelo obstetra. Este ultimo autor refere que nos casos de dissociação difficil entre nefropatia gravídica genuína e glomerulonefrite aguda apresentada durante a gravidez, a presença da retinite no quadro retiniano, pois que em ambas ha integridade das paredes vasculares, inclina o diagnostico a favor da nefropatia gravídica.

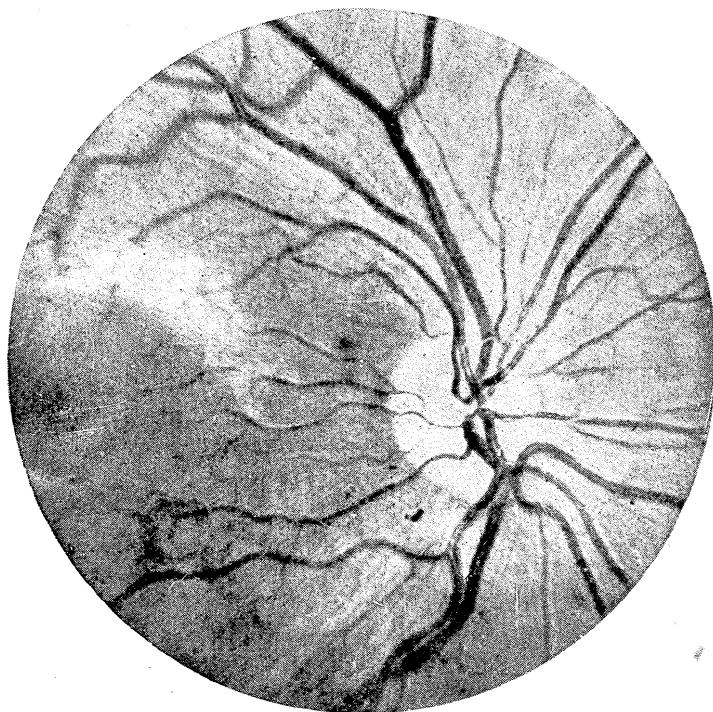


Fig. 7 — Retinografia de fundus oculi normal.

Nas nefrites difusas subagudas e subcronicas, as lesões dos vasos da retina são de natureza degenerativa e similares ás lesões renaes e o quadro oftalmoscopico mostra o mesmo aspéto do observado no periodo final das nefrites cronicas e da nefroesclerose maligna, sem porem haver alterações vasculares de esclerose retiniana que nestas sempre se encontram.

Sinais oftalmoscopicos das hipertensões cronicas permanentes

A oftalmologia, com os elementos hodiernos de especulação cientifica, é capaz não só de caracterizar o tipo de hipertensão arterial, pelo estudo das lesões e das alterações vasculares retinianas, como tambem de

fazer o diagnostico retrospectivo, fixando, sobremaneira, o aspéto inicial da hipertonía essencial de Schieck, também denominada de hipertensão pura, genuína, primitiva, de hipertensão corada, angioespástica ou pletórica de Vohlard, ou de hipertensão solitária. Não pretendemos aqui discutir a patogenia renal, suprarenal ou vascular, ainda até agora tão obscura pelos argumentos contraditórios que o estudo das hipertensões primárias oferece, bem como não iremos descrever o mecanismo de regulação tensional e nem tratar dos seus centros nervosos bulbares e hipotalâmicos. O nosso escôpo é mais modesto, mas nem por isso menos interessante, dêsqe levamos ao clinico um cabedal de observações e de ex-

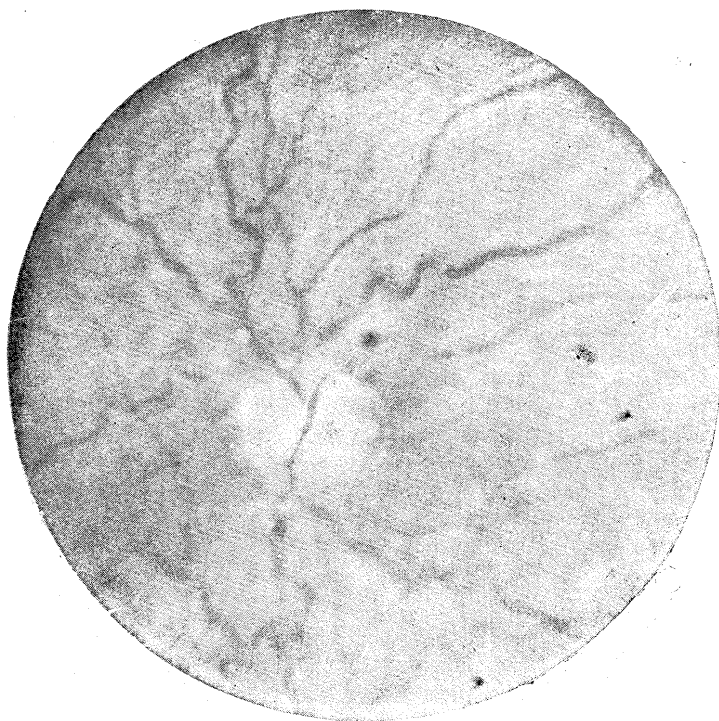


Fig. 8 — Tortuosidade congenita.

perimentos que lhe permite de modo precoce dilucidar a natureza primaria ou secundaria da hipertensão e que lhe dá recursos suficientes para distinguir o aspéto clinico desta ou daquela entidade nosologica e precisar a evolução de outras, fixando-lhes de antemão as suas características essenciais.

Haveria, baseado na classificação de Vohlard, duas formas de hipertensão: uma corada, que seria constitucional e frequentemente hereditaria, propria dos pletóricos; e outra palida, ou toxica, consecutiva a lesões renais. Na primeira, a esclerose se estabeleceria nos grandes troncos arteriais e, na segunda, a esclerose atingiria arteriolas e capilares;

seria, pois, arteriolar. Nas formas palidas, as toxinas e os angioespaismos desempenhariam papel primacial no aparecimento das lesões de retinite, denominadas angioespasticas pela influencia do fenomeno vasoconstritivo na genese dessas retinites. Este estado de constricção vascular retiniano é observado nas nefrites agudas, como já vimos, em sua fase inicial e é transitorio, e nas nefroescleroses malignas, "determinando isquemia secundaria, tardia, que agrava o prognostico, já sombrio, e que desencadea processos degenerativos e hiperplasicos novos nas arteriolas, glomerulos e tubos pela diminuição da nutrição e asfixia das celulas".

Para Kahler haveria dois tipos de hipertensão: uma funcional, devido o aumento de excitação dos vasomotores dos centros vasculares cerebrais, que determinaria hipertonia das paredes das arteriolas (angioespasmo), reductivel, por consequencia; e outra, anatomica, devida a lesões nas paredes arteriulares (angiopatia) e, portanto, permanente.

Dai parte a distinção que faz Pal entre hipertensão e hipertonia. Na hipertensão as paredes das arterias sofrem passivamente a elevação da tensão sanguinea; na segunda, o termo hipertonia indica o estado ativo das paredes arteriais.

O termo hipertensão arterial solitaria exprime, na hipertonia pura, na fase inicial desta, a ausencia de qualquer outro sintoma ou de lesões organicas perceptíveis atualmente pelos nossos meios de investigação, acreditando alguns que este primeiro periodo, cujo unico sintoma apreciavel é a elevação de tensão sanguinea, corresponda á perturbações no mecanismo de regulação tensional dos centros cerebrais devidas possivelmente a causas humorais, psiquicas, hereditarias, enfim constitucionais. Puramente funcional, neste primeiro periodo, e por isso reductivel ao repouso e á medicação, torna-se a hipertensão, com o tempo, permanente, coincidindo então com alterações anatomicas vasculares de esclerose, que a estabilizam definitivamente.

Cabe-nos agora traçar o conjunto de sintomas retinianos quer numa quer noutra fórmula de hipertensão.

Na hipertensão essencial ou genuina ha um sinal retiniano, caracteristico, que a individualiza e a separa, desde o inicio, da hipertensão palida, secundaria ou toxogena de Pal e que permite "durante toda a vida do doente, até no periodo final em que as complicações derivadas da lesão renal possam já existir, obrar como testemunha do caracter primario de sua hipertensão".

E' a tortuosidade dos pequenos vasos perimaculares e, em especial, a das venulas. Pal e Guist consideram esta flexuosidade como sinal patognomônico da hipertonia essencial. Urrets e Brandan, porem, não conferem a ele tal valor, por mais que o sinal seja frequente, no diagnostico diferencial com hipertensão nefritica, onde tambem o encontraram com alguma frequencia.

No entretanto, Luque, em recente trabalho, volta a frizar a evidente importancia semiologica da tortuosidade das venulas perimaculares, conhecida pela denominação de sinal de Guist, cuja patogenia está liga-

PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER
PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo escurpulo e escoreito de impurezas;
Por dever a sua composiçãõ a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

**PHOSPHORO
CALCIO
IODO;**

Por ser absolutamente isento de alcool;
Por não produzir iodismo;
Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);
Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;
Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e
Por ser um TONICO PERFEITO na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escherophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescências e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

—0—

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHAULMOGRICO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREbro

LITTERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense.
E' tiro e queda.

EQUILIBRIO
DO
SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO
GASTRO-INTESTINAL

FORMULA:

Atropina (Sulf.) 0,004
Eserina (Salicyl) 0,006

Extr. fl. Rhamnus purshiana,
sem amargo, 10 c.c.

Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de
café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO
VAGO
SYMPATICO
GASTRO-INTESTINAL

Prisão de ventre rebelde
Perturbações do plexo solar
Dyspepsia nervosa
Meteorismo - Aerocolia
Aerofagia - Colites

ENTEROTONUS

ENTEROTONUS

O

PODEROSO REGULADOR

*Laboratório do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.
Av. Mem de Sá, 216 - Rio de Janeiro*

da á integridade do aparelho venoso, sobretudo a das pequenas veias retinianas que, obrigadas a suportar pressão sanguínea exagerada, adaptam-se, de conformidade com leis físicas que regularizam o funcionamento dos tubos elasticos, aumentando a tortuosidade de seu trajeto. Evitam, assim, elas, o perigo de ruptura, ao qual difficilmente escapam nas elevações paroxísticas da pressão, tão frequentes nesses hipertensos primarios" (Luque).

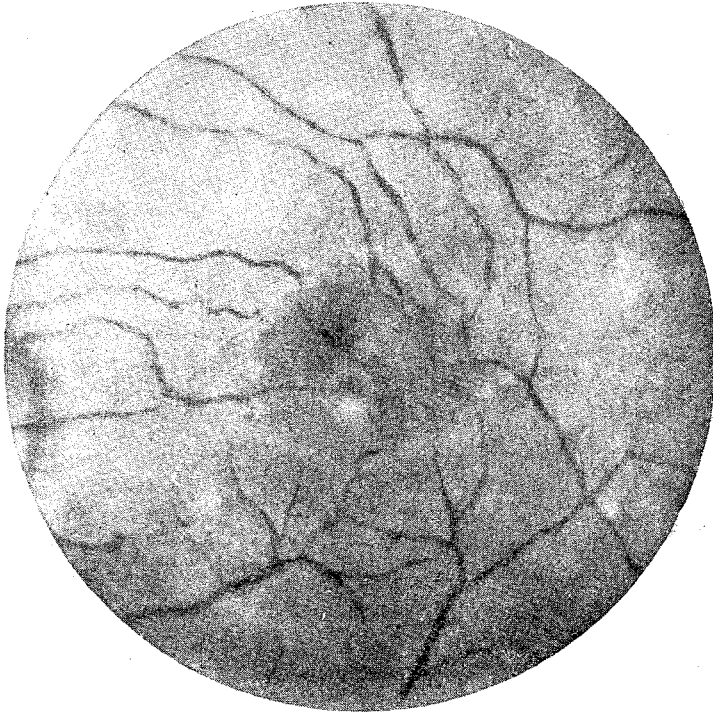


Fig. 9 — Sinuosidade dos vasos perimaculares (hipertensão solitaria).

Alem do sinal de Guist, ha a registrar na hipertensão solitaria a frequencia dos entrecruzamentos anormais de 2.^o e 3.^o grãos, da descoloração e irregularidades das arteriolas, sintomas que foram observados em 66% dos casos, nos quais o exame clinico era por completo negativo (Urrets e Brandan).

Autorizam estes fatos a afirmar-se que o exame oftalmologico é o metodo que permite descobrir com maior precocidade as alterações vasculares produzidas pela hipertonia arterial genuína (Urrets e Brandan).

Na hipertensão arterial toxogena ou secundaria tanto observada na glomerulo nefrite cronica, em sua fase de insuficiencia, como encarada na nefrosclerose maligna, o quadro oftalmoscopico retrata, com fidelidade, não somente as modificações vasculares determinadas pela isque-

mia ou pelas lesões arteriais e venosas (endovasculite e perivasculite), mas também reflète, de maneira permanente, as profundas alterações espelhadas na superfície retiniana, da grave autointoxicação geral, cujas origens se encontram nos distúrbios metabólicos dos hidrocarbonados e das lipoproteínas e cujo “*primum movens*” se perde ainda no mistério e nas incógnitas da endocrinologia.”

Embora o aspecto oftalmoscópico dessas afecções seja polimórfico, ha, porém, constância de sintomas que se encontram, em determinados casos, isolados e, em outros, agrupados e que conferem à retinite de ori-

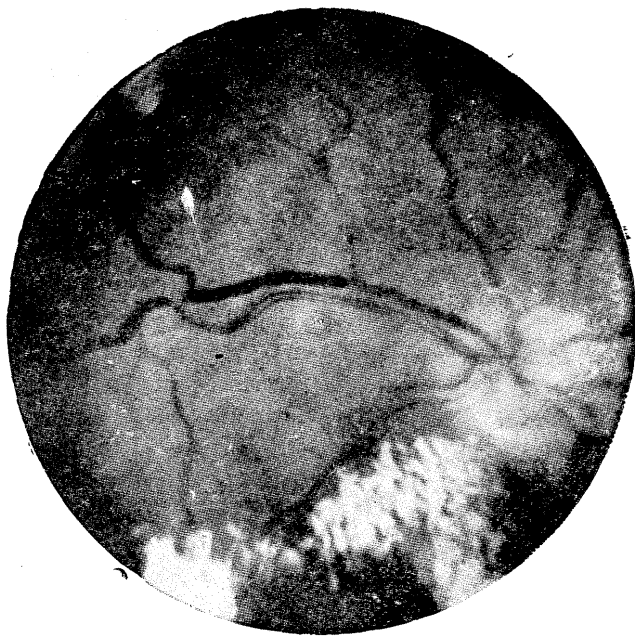


Fig. 10 — Entrecruzamentos patológicos.

gem vasculotóxica, denominada albuminúrica, características essenciais ao seu diagnóstico, tais como o edema papilaretiniano, a estrela macular, as manchas brancas, os focos hemorrágicos, etc.

Do mesmo modo, o cortejo de sinais clínicos, que coexiste com o quadro oftalmoscópico clássico desses distúrbios retinianos, é constante, traduzindo também, em alto grau de toxicidade, o distúrbio metabólico pelo emagrecimento, pela cefaléia, pelos vômitos, pela astenia, pela anorexia, pela sonolência, etc.; demonstrando a grave insuficiência renal pela albuminúria, pela cilindrúria, pela poliúria, etc.; e revelando as serias e definitivas alterações vasculares pela hipertensão arterial permanente e irreduzível.

Vamos, sucintamente, em ambas nefropatias, considerar as modificações vasculares, devidas á hipertensão toxica ou palida, e as alterações retinianas presentes tanto na nefropatia cronica de Vohlard, em sua III fase de insuficiência renal, como na nefroesclerose maligna, identificadas pelo mesmo aspéto oftalmoscopico, que varia sómente nesta ultima pela intensidade maior dos fenomenos toxicos e pela agravação, no periodo terminal da isquemia tardia, de sua sintomatologia e pela presença de lesões arterioesclerosicas de corioretinite. A coexistencia das lesões de corioretinite arterioesclerotica, denominadas hoje sinal de Urrets, permite distinguir, segundo este autor e Brandan, em 46% dos casos, a nefroesclerose maligna, onde são essas lesões observadas, da nefrite cronica.

Quer numa quer noutra afecção, ha lesões vasculares obliterantes e de perivasculites, entrecruzamentos patologicos, irregularidades dos vasos, descoloração de suas paredes, hemorragias, manchas brancas, edemas, frequentemente, porem, mais pronunciadas essas alterações na nefroesclerose maligna, onde, sobretudo, a esclerose vascular invade até os capilares retinianos, dando identidade de aspeto do fundo ocular a essas duas afecções, principalmente na fase final da grave claudicação renal, que encurta a sobrevivencia dos doentes a periodo assás limitado.

E', infelizmente, informação exata, a unica que a oftalmologia, nesta fase avançada da enfermidade, póde referir ao clinico, quando a par das lesões tipicas retinianas espelhantes da gravidade da autointoxicação geral se somam os sintomas clinicos da malignidade renal.

Julgamos ter, em breve síntese, exposto o que de mais importante se refere á oftalmoscopia das hipertensões arteriais e as suas relações com a medicina, procurando divulgar, especialmente entre os clinicos, estes modernos e palpitantes estudos de angioscopia clinica, que tão alto interesse por toda parte despertam, demonstrando a importancia que os estudos congraçados da Clinica, da Obstetricia e da Oftalmologia ultimamente vêm alcangando.
