

Demonstração Clínica
das Leis de Estrutura Química
QUE DETERMINAM A IMUNIDADE CONTRA
AS MOLESTIAS E APLICAÇÃO DESSAS LEIS
AO TRATAMENTO DOS PACIENTES.

ADAPTAÇÃO DE UM TRABALHO APRESENTADO AO COLEGIO
DE MEDICOS E CIRURGIÕES DA PROVÍNCIA DE QUEBEC,
29 DE JUNHO DE 1939.

PELO DOUTOR EM FILOSOFIA E MEDICINA
WILLIAM FREDERICK KOCH

DETROIT, MICHIGAN

DELRAY BEACH, FLORIDA

RIO DE JANEIRO, BRASIL

APRESENTADO EM 5 DE OUTUBRO DE 1939.

CONTÉM:

- A. Introdução.
- B. Mecanismo da produção da Alergia e da Neoplasia.
- C. Os intermediários da glicose aeróbica como ativantes oxigenados das funções vitais e da combustão das toxinas causadoras de doenças.
 - 1. A posição do Iodo tiroideano e do Cálcio.
- D. O processo da cura.
- E. O tratamento de casos.
 - 1. Repetição da dose
 - 2. Complicações
 - 3. Diéta, higiene, etc....
 - 4. Resultados obtidos.
- F. Casos ilustrativos.

INTRODUÇÃO

As investigações de que trata esta leitura foram iniciadas em 1910 num estudo das glândulas paratiróides, em que tentávamos identificar as toxinas que causam as convulsões que se seguem à paratiroidectomia. Descobrimos que essas toxinas eram dos grupos guanidina, histamina, e algumas outras bases contendo o grupo imido (9). Parecia evidente que elas eram alguns dos elementos liberados pela rápida e extrema desintegração dos tecidos originada pela perda da função paratiroide. Dever-se-ia esperar que, se essas bases fossem queimadas em ureia, não poderiam estar presentes para agir toxicamente.

Um estudo do mecanismo da oxidação foi, então, tentado, com o propósito de encontrar um veículo oxidante dos tecidos, que pudesse queimar o grupo imido. Esperava-se que, quando isso fosse alcançado, o elemento tóxico que se seguia à paratiroidectomia pudesse ser eliminado, e que outros aspectos da deficiência paratiróide poderiam, então, ser estudados mais profundamente. Entretanto, na época, nada se conhecia que pudesse ser de utilidade sobre o intrincado mecanismo da oxidação; ademais, a ciência fotoquímica, que tem ligações estreitas com a matemática e com os processos catalíticos, não estava desenvolvida a ponto de poder prestar os serviços que dela se exigiriam. Todavia, era evidente que todas as atividades catalíticas dependiam das valências livres no campo da reação, e assim diversos métodos de oxidação da glucose e fructose foram delineados para proporcionar valências livres em todos os intermediários no processo, até que o dióxido de carbono fosse produzido. Assim, diversas moléculas não saturadas, oferecendo propriedades catalíticas, foram determinadas. As hexoses proporcionam boa oportunidade para esse método, porque os grupos hidrogênico e hidroxílico estão bem no caso de produzir as valências livres desejadas através desidratações. Assim, fomos levados a sintetizar um número de ativadores de oxidações de imenso interesse fisiológico. E não tardou muito se evidenciasse também que eles possuíam alto valor terapêutico.

Naturalmente, o nosso interesse foi imediatamente dirigido à eclâmpsia,

e os primeiros casos tratados com aquelas moléculas não saturadas resultaram numa desintoxicação tão rápida, seguida de um restabelecimento tão completo, que nos induziram a estudar o fundamento dessa ação de tal modo benéfica. A seguir, foram feitas investigações sobre o cancer, não só por ser esta a moléstia mais inexplicável que o homem conhece, como também por oferecer oportunidade para comprovações através do microscópio. Com o tempo, todas as outras moléstias que se apresentaram foram estudadas dentro do método de catálise que havíamos delineado, e foi constatado que elas retrogrediam logo que uma boa oxidação catalítica fosse estabelecida. A metemoglobina logo se converte em oxihemoglobina útil, e os agentes respiratórios dos tecidos, bem como a circulação do sangue, melhoram, de modo que a hemólise, a cianose e a dispnea desaparecem e os músculos adquirem maior eficiência. O sistema retículo-endotelial recobra a capacidade de desempenhar as suas funções, o paciente se sente melhor, as dores desaparecem, e os organismos invasores morrem e são eliminados. Os tumores benignos e malignos se coagulam, organizam e involuem, as áreas invadidas são cicatrizadas com a formação de tecidos novos e normais. Resumindo, a fisiologia normal é restaurada fundamentalmente; e a essa restauração seguem-se outras, em todos os sentidos.

Os reagentes que restauram desse modo a normalidade, são verdadeiros tónicos fisiológicos.

A necessidade de oxigênio nos tecidos é expressa por várias formas. A endarterite obliterante toma parte ativa nas lesões características de muitas moléstias. Pensamos que ela seja uma indicação de que o oxigênio ativo está faltando aos tecidos. As células endoteliais se tornam hiperplásicas, isto sem dúvida para prover uma área mais ampla que permita a transferência do oxigênio do sangue para os tecidos. Mas este esforço prejudica os seus próprios fins, pois não está sob controle fisiológico e deve, portanto, ser classificado como alérgico. Logo que essa condição reverta ao normal em todas as moléstias em que fôr encontrada, a restauração da oxidação catalítica

normal que se segue demonstra como é fundamental a perda de oxidações eficientes nos estados patológicos em geral. Nas alergias puramente funcionais a mesma verdade prevalece.

As estruturas moleculares que destroem cataliticamente a oxidação normal, possuem um peso molecular em que contribue a inércia. Ao mesmo tempo elas contêm um grupo etilénico, quinona, imido ou amino, que absorve ativamente a energia do catalisador positivo de oxidação e faz desaparecer a sua atividade do campo da reação. As toxinas dos germes patogênicos e as substâncias que produzem alergias se formam dentro desse plano. Possuem, portanto, um mecanismo comum de ação que oferece um simples meio de ataque pelo qual elas podem ser completamente destruídas. Um agente, pois, é especificamente destrutivo de todas, a saber, o oxigênio vigorosamente ativado.

Uma das mais poderosas terapias da nossa época depende dessa atividade, mas não é tida como tal. Referimo-nos à família das sulfonamidas. O seu modo de ação é confesadamente inexplicável, e o seu desenvolvimento se conduz, por assim dizer, às cegas. Se as leis da estrutura química que controlam a imunidade fossem conhecidas dos seus produtores, esses corpos perigosos não seriam oferecidos à coletividade, e sim sê-lo-ia somente uma substância não nociva e altamente eficiente. Descreveremos essa substância, posto que é composta de quantidades fracas onde quer que as sulfonamidas proporcionem benefícios definidos. Este produto químico é um corpo que temos usado desde ha muitos anos, e consiste em uma das Antitoxinas Sintéticas de Koch — 1:4 Benzoquinona (paraquinona).

Todos os membros do grupo sulfonamida são perigosamente tóxicos às pessoas sãs. São-no muito mais, e mesmo às vezes fatais, às pessoas doentes. Se o paciente retém suficiente capacidade de oxidação para queimar o grupo amino e o ácido sulfônico e outros grupos caracterizados entre os benzenios, libertará uma certa quantidade de 1:4 Benzoquinone. Mas fá-lo em um campo que contém justamente os produtos interferentes já mencionados, o que lhe reduz os benefícios. Se o paciente não tem capacidade para queimar a droga como se descreve acima, é por-

que as suas faculdades de oxidação estão de tal modo exaustas que ele não pode mais lutar contra as toxinas da doença, e portanto morrerá. Por outro lado, existem conhecidas contraindicações como a nefrite, a meningite, a anemia, que não permitem o uso das sulfonamidas.

A já mencionada 1:4 Benzoquinona, como o ácido caféico produzido pelo café e pelo chá, pode produzir a reação alérgica, quando propriamente concentrada em soluções, é lançada sobre a pele. O ácido caféico produz uma alergia sensorial, uma sensação de queima que dura dias, e não pode ser interrompida. Isto é particularmente verdadeiro quando a sua parte não saturada se satura por meio de halogênio. 1:4 Benzoquinona, quando usada repetidamente em soluções fortes, produz o câncer. O comportamento alérgico do grupo quinona foi um dos que primeiro estudamos, isto até 1914 e 1915. Ele age também como um catalisador de oxidação negativo. Sendo mais inerte que o grupo carbonílico, absorve e destrói a atividade eletrônica deste último grupo, presente nos catalisadores de oxidação mais fracos.

Nas altas diluições catalíticas, entretanto, 1:4 Benzoquinona não mais se comporta como uma quinona, mas sim como um composto carbonílico do tipo alifático, e ativa o oxigênio até que ele mesmo se converte num peróxido que se divide em dois dos mais ativos catalisadores de oxidação que se podem construir, a saber, Glioxilide e Malonide, os dois catalisadores nos quais temos confiado por muitos anos, com sucesso, no tratamento das mais resistentes molestias conhecidas.

Estas duas substâncias são, segundo entendemos, as principais catalisadoras da glicose aeróbica. Quando o paciente não está em estado patológico muito adiantado, e prevalecem condições satisfatórias, as sulfonamidas apresentam traços de 1:4 Benzoquinona que produzem algumas Glioxilides e Malonides, sempre que condições favoráveis o permitam, e estes corpos iniciam, então, oxidações suficientemente vigorosas para queimar as toxinas invasoras. Mas este é um trabalho elaborado às cegas, que não pode ser classificado como científico. Máus resultados o atestam.

Entretanto, as soluções diluídas de 1:4 Benzoquinona não exigem mutações que as reforcem à custa do me-

canismo de oxidação do paciente. Elas não contêm amino inibitório nem ácido sulfônico, nem piridina nem outros grupos semelhantes. Estabelecem imediatamente uma ativação do oxigênio que produz a Glioxilide e a Malonide que restauram oxidações extremamente vigorosas, do tipo normal. São bastante vigorosas para destruir as mais resistentes toxinas patogênicas. Ademais, uma vez que as varias toxinas patogênicas são ativas através das suas valências livres, podem polimerizar com o tempo, e produzir corpos dificilmente passíveis de oxidação, que dão origem às alergias de que falaremos mais adiante. Mas a paraquinona a Glioxilide e a Malonide têm o poder de despolimerizar esses corpos e torná-los facilmente oxidáveis. Portanto, nestas tres substancias e no cetênio, que lhes é parente proximo, e mais, até certo ponto, no Aldeído Propargílico, temos substâncias que estão em harmonia com os processos de oxidação natural.

Além do mais, não ha contraindicação no seu uso. Meningites dos varios tipos, nefrite, cardiopatias, debilidade cardíaca, com uma dose ou duas são vencidas, proporcionando ao doente esplendido e rápido restabelecimento. Assim, uma nova terapia baseada em novas leis químicas chama a sua atenção páginas adiante (*).

Centraliza-se a minha tese na ação dos grupos etilénico e carbonílico como ativantes das oxidações, e também, no mecanismo que poderá inibir esta ação no corpo humano e assim extinguir a produção de energia para a função do tecido e para a combustão de toxinas causadoras de molestias. O que tenho a dizer é baseado em experiências químicas perfeitamente estabelecidas, as quais, em parte, não estão ainda largamente conhecidas. As aplicações de tais experiências neste trabalho são em parte teóricas mas, somente assim, fui eu capaz de chegar a uma interpre-

(*) Também não é impossível que a exploração dos raros casos de cura do cancer obtidos por meio de irradiação seja encontrada na desidratação accidental da glucose e do inositol em Hexileno ou paraquinona. Esse capricho da química se repete tão raramente que não pode ser estudado cientificamente. Entretanto, conjectura-se que uma dose diluida de paraquinona tenha sido muito regularmente bem sucedida na cura do cancer (veja pg. 36).

tação prática da ação dos grupos etilénico e carbonílico na patogenese da alergia, infecção e neoplasia, bem como, conseguir desenvolver os simples e práticos reagentes de que temos feito aplicação, afim de restaurar vigorosas oxidações catalíticas, capazes de corrigir, tanto as mais profundas mudanças estruturais, como os mais ligeiros desarranjos funcionais.

Visto que a escala das estruturas químicas aqui consideradas é pequena em relação à variedade de condições patológicas que elas influenciam, devemos concluir que tais estruturas dizem respeito a fatores primários causadores de doenças, e que, a grande variedade de características comuns a varias moléstias não são mais que causas secundárias dependentes, que cessam de existir logo que é removida a causa primária.

BASES QUÍMICAS

Primeiramente deverá ser dito que os grupos carbonílicos ativam as oxidações de outros grupos carbonílicos, e o fazem, porque aumentam a tendência à produção de peróxidos. Desta forma, o benzaldeído tende a transformar-se e produzir peróxido de benzaldeído, muito mais rapidamente que este último se converte em ácido benzoico. Além disso, o grupo etilénico ativa o oxigênio e tende a tornar-se um peróxido, espontaneamente, podemos dizer. Assim serve ele a peroxidação dos "terpenios".

INIBIDORES DA OXIDAÇÃO

Achamos que o efeito catalítico na ativação do oxigênio para a auto-oxidação de estruturas semelhantes, é inibido pelo grupo aminogenio e, em alguns casos, pelo grupo das imidas. Assim, é facil notar-se que a estrutura da proteína, composta de cadeias de carbono, que possuem grupos carbonílicos, é protegida da oxidação, porque cada grupo carbonílico é ladeado por um grupo aminado. Além disso, a perda dos grupos carbonílicos num ácido aminado, dá a esse ácido propriedades patogênicas anti-oxidantes como na histamina, metilguanidina, etc. Pela mesma razão as bases aminadas e produtos semelhantes de ação bacteriana, servem toxicamente como inibidores da oxidação. Por outro lado, a retirada do grupo aminado, é um passo preparatório necessário à oxidação dos ácidos aminados. O grupo aminogenio perfaz, pois, um papel de importância na preservação da estrutura exata da proteína do indivíduo, do tipo e das espécies. Assim,

quando se quizer obter imunidade contra alguma infecção, não se objetiva ela até que certa soma de proteólise e desamidação de ácidos amínicos se produza, dando origem a cadeias de carbono que possuam grupos carbonílicos desembaraçados de grupos aminogénios. Portanto, febre e destruição de tecidos com crescente excreção de nitrogênio não proteico são os desagradáveis e perigosos companheiros da imunidade adquirida. A eficiência dos compostos carbonílicos resultantes, na produção da imunidade, depende das proporções das estruturas que vamos descrever abaixo, e que são os mais eficientes ativantes da oxidação.

Existem outros inibidores da atividade etilenica e carbonilica, tais como a "quinona" e as moléculas diidroxiaromáticas. São eles usados comercialmente para impedir a formação de peróxidos, protegendo por essa forma os compostos não saturados, da polimerização induzida pelos peróxidos de tais corpos. É minha opinião, que as quinonas e peróxidos de compostos aromáticos relativamente estáveis servem como substâncias carcinogénicas imediatas, por meio de seus efeitos catalíticos de anti-oxidação. Também, penso que esse mesmo efeito de anti-peroxidação impede a combustão de corpos não saturados de estrutura estável, o desta maneira permite que eles exerçam sua fluorescência, produzindo alergias, segundo interpretação que fazemos a seguir.

Será talvez melhor darmos uma descrição foto-química da fluorescência. Depende este fenómeno das valências livres que uma substância possui entre seus átomos de carbono e nitrogênio. Quando essas valências livres são capazes de absorver energia, transformam-se elas num novo sistema, que se mantém momentaneamente apenas, antes que a energia seja novamente transmitida, se bem que degradada, assim por emissão de luz, como por transferência para um receptor adequado, que é o caso que nos concerne no momento. Quando a substância fluorescente acontece ser adsorvida intimamente em um corpo químico onde se está operando atividade, a energia da substância fluorescente pode transmitir-se diretamente aos processos químicos da substância adsorvida e acelerar a atividade desta última. Assim fazendo, a substância fluores-

cente volta ao seu estado primitivo, mas o receptor da energia é ativado e seus processos químicos são acelerados pela energia recebida. Uma substância não pode servir de receptor de energia pelo processo acima, a menos que, além da íntima adsorção entre tal substância e o corpo fluorescente, exista também uma identidade entre as raías do espectro de emissão da substância fluorescente e as raías de absorção do receptor.

A PRODUÇÃO DA ALERGIA

A alergia tem sido geralmente considerada como sendo uma espécie de hipersensibilidade a determinada substância; no entanto, poderemos definir o processo da alergia como sendo uma hiper-atividade da estrutura de um tecido fóra da órbita do controle fisiológico. A base físico-química do mecanismo de sua produção depende de duas diferentes propriedades de corpos não saturados. Uma, é a transferência de energia, mercê da fluorescência, das reações exotermicas processadas nas células de um tecido, para o processo químico de algum mecanismo funcional particular naquelas células. A outra é a evolução da energia num mecanismo funcional tendo o grupo quinona como veículo.

No primeiro caso, o agente da alergia deve ser adsorvido intimamente pelos colóides do mecanismo funcional, sejam eles os elementos contrácteis, condutivos, secretórios ou reprodutores da célula. Certo, o agente é adsorvido por todos eles, no entanto a energia absorvida pelo agente pode somente ser transmitida aos processos químicos levados a efeito na unidade funcional que possua uma raía espectral de energia de absorção idêntica às raías de emissão que ela própria possui. Assim, a especificidade da alergia é explicável por meio de uma base puramente química. Se os elementos secretores da célula possuem a necessária qualidade espectral, resultará hipersecreção (como na febre do feno) ou se são os elementos condutivos, como as células nervosas, ocorrerão neurites alérgicas, epilepsia, ideias fixas, inibições, contrações nervosas, etc. Se o mecanismo reprodutor é o afetado, terá lugar incontrolável divisão celular ou neoplasia; se os elementos contrácteis são interessados, espasmos musculares (como na asma) serão as consequências. Em suma, depende o

tipo da alergia da similaridade das características específicas espectrais do agente e das unidades funcionais, emquanto que o processo básico das moléstias depende simplesmente da dificuldade da oxidação das valências não saturadas, responsáveis pela fluorescência nas moléculas que compõem o agente da alergia. Portanto, a retirada do agente patogênico é meramente uma questão de saturação das suas valências livres com peróxido, o qual destrói sua fluorescência e propriedades transmissoras.

Ora, os únicos materiais absolutamente seguros e mais eficientes, capazes de atingir inteiramente esse resultado são os catalisadores de oxidação, que a Natureza supre no seu próprio mecanismo de oxidação ou sejam as estruturas que acreditamos serem os intermediários que catalisam a oxidação dos açúcares nas funções normais e ativam o oxigênio, quando mantêm a imunidade natural, e, em menor grau, as substâncias postas em liberdade pela proteólise e desamidação de ácidos amínicos na imunidade adquirida.

OS AGENTES TERAPEUTICOS

Afirmamos previamente que os grupos carbonílico e etilénico tendem a favorecer a peroxidação de grupos semelhantes; em outras palavras, que as suas valências exibem efeitos ativantes do oxigênio. Afirmamos também que esta tendência parece ser inibida pelo grupo amínico. Parece-nos também que esta propriedade ativante seja acelerada pela presença do grupo oxidrílio ou carbonílio na molécula. Entretanto, afim de ser obtida a mais enérgica ativação do oxigênio e poder imunogênico, o oxidrílio presente deve estar em posição tal que permita a desidratação e produção de uma cadeia etilénica em conjunção com o grupo carbonílico. As bases químicas da imunidade podem ser definidas em três regras:

1.^a) que os grupos aminogênios não se apresentam nas cadeias de carbono que possuem o grupo carbonílio;

2.^a) que o grupo carbonílio forma parte de uma série etilénica;

3.^a) que ele está ligado a um átomo de carbono unido com o hidroxílio, o qual pode ser retirado afim de permitir uma cadeia etilénica em conjunção com o grupo carbonílio ou outro grupo etilénico. O grupo car-

bonílio poderá estar unido ao nitrogênio por dupla ligação como no ácido cianico, havendo, porém, então, menor poder imunitário.

Tais substâncias são aquelas que propuz como as intermediárias e autocatalisadoras da glicólise aeróbica, um processo que ainda não foi experimentado, porque nas condições existentes, os intermediários são demasiado instáveis para serem isolados com o fim de identificação. Os sistemas esboçados me serviram com sucesso tanto experimental, como clinicamente, durante os últimos 19 anos, e são de dois tipos, a saber: A glicose sofre hidrólise em duas moléculas de aldeído-glicérico ou em três moléculas de glicolaldeído, do qual, cada molécula, por desidratação, transforma-se em ketene, passível em seguida de peroxidação, desprendendo-se bioxido carbonico e agua, com formaldeído como intermediário. O outro sistema é a desidratação da glicose e frutose ao se operar a união dos átomos de carbono nas posições alfa e beta e o grupo carbonílio. Esta reação é catalisada pelo iodo e assim o iodo da função tireóidea encontra o seu lugar no mecanismo de oxidação e pode acelerá-lo por excesso, ou deprimi-lo por deficiência. Ambos os casos são bem conhecidos clinicamente. Da frutose, duas moléculas, de três carbonos cada uma, são formadas por peroxidação e decomposição no momento da desidratação. A glicose, mediante desidratações semelhantes entre os átomos de carbono em posições alfa e beta e o grupo carbonílio, com subsequente peroxidação e decomposição produz três moléculas de dois carbonos cada uma. Assim pois, são formados da glicose e da frutose quatro produtos a saber: o aldeído glicérico (o aldeído do ácido glicérico), o glicol-aldeído e o ácido glioxílico: tais corpos se desidratam, formando-se ketenes e oxícetenos com dois e três átomos de carbono cada uma, os quais se peroxidam, desprendendo bioxido carbonico e formaldeído. O último serve então como veículo de uma cadeia de reação ao condensar-se para formar ketene e agua e, ao sofrer peroxidação, desprende novamente bioxido de carbono e formaldeído, podendo por essa forma repetir-se o processo químico. Mas, quando as condições favorecem, o formaldeído poderá absorver o peróxido e transformar-se em ácido fórmico, que, ao

ser peroxidado, se decompõe em bióxido carbônico e água.

Observamos que esta última reação é catalisada pelo cálcio, tornando-se, assim, evidente, a importância deste metal na glicólise aeróbica. Neste caso, a função paratiroidea possui uma importância igual a do iodo tireoideu, em outra fase do processo, como já foi mencionado.

As valências livres dos grupos carbonílico e etilênico são elas próprias catalisadoras, porque possuem valores foto-químicos e, todas as ações catalíticas são de natureza foto-química. Grupos semelhantes repercutem as suas atividades reciprocamente e, dependendo da inércia imposta pelo resto da molécula que os contém, a energia específica recebida de um grupo que sofre reação, induzirá uma reatividade semelhante, ou será extinta num mero distúrbio subliminal. Os grupos reativos servem como catalisadores positivos, pois que propagam o processo, enquanto as moléculas extintas são catalisadores negativos, já que absorvem e esgotam o campo da energia em apreço. Moléculas carcinogênicas, tais como o benzopireno e as quinonas de moléculas desta classe funcionam como catalisadores negativos nas oxidações deste genero. Pourbaix, no laboratório de Maisin, já demonstrou em animais e em tecidos conservados que os compostos carcinogênicos inibem realmente as oxidações.

Já demonstramos que a glioxilide e outros intermediários da glicólise aeróbica, em um grau um tanto inferior, podem aumentar a oxidação dos tecidos sobreviventes, e também superar o efeito negativo do "carcinogênio" e dos agentes infecciosos sobre a capacidade de oxidação dos tecidos. Assim, a patogênica atividade básica é destruída por um agente de oxidação eficiente.

Os grupos etilênicos e quinonas e os peróxidos estaveis das grandes moléculas semelhantes ao benzopireno ou de grandes polímeros originados de simples estruturas não saturadas dentro das células do tecido pela idade, agem como oxidação catalisadora negativa através de "extinção foto-química" tanto quanto possam resistir a combustão. Também os peróxidos estaveis mencionados extinguem as oxidações pela redução das valências livres através das polimerizações que induzem. Quando os

grupos inibidores acham uma oxidação catalizadora suficientemente energética, eles mesmos se queimam e impulsionam o processo de oxidação. Assim, o problema da oxidação catalizadora e a sua extinção, é uma questão de relatividade.

O tipo mais simples de oxidações aeróbicas da "hexose", que produz intermediários possuindo valências livres, e tendo por consequência propriedades catalíticas foto-químicas, produz-se pela forma exposta às páginas 37 e 38.

A desidratação dos átomos terminais de carbono, resulta numa cadeia fechada de seis átomos de carbono, cada um deles ligado a um grupo hidrogênio e a um hidroxílio. Desidratações subsequentes resultam em uma cadeia de seis átomos de carbono com valências duplas entre cada átomo. Essa substância hipotética, à qual se dá o nome de "Hexileno", pode adquirir duas, três ou seis moléculas de peróxido e depois dividir-se para formar três moléculas de glioxilide, duas de malonide ou seis de bioxido de carbono. Os dois primeiros compostos também se oxidam queimando em bioxido de carbono. Assim, a ação catalítica desejada pode prosseguir por vários caminhos (páginas 37 e 38).

Parece certo que substâncias que tem valências livres cedem à influência fotoquímica do meio em que são dissolvidas, quando a sua diluição é suficientemente alta. Portanto, se o Hexileno pode existir só como uma substância intermediária e não é adaptável ao emprego prático, o composto não saturado, 1:4 Benzoquinona, foi usado em seu lugar. Quando usado propriamente diluído, os resultados indicam que 1:4 Benzoquinona sofre mais oxidação através do Hexileno e seus peróxidos do que os outros intermediários indicados, glioxilide e malonide e, então, o bioxido de carbono serve como um catalizador eficaz.

Todos os intermediários acima mencionados representam substâncias que possuem grupos carbonílicos ativos, ainda mais ativados pelo grupo etilênico ou hidroxílico, quando possuem uma posição favorável na molécula. São, portanto, os ativantes naturais do oxigênio para a combustão do açúcar e das gorduras, e para a saturação de valências livres e combustão de substâncias patogênicas. Eles estão de acordo com as re-

gras de estrutura que estabelecemos para a imunogênese e são, portanto, capazes de catalizar as oxidações de tecidos vivos, tanto "in vitro", como "in vivo". "In vitro", o aumento das oxidações é de 30% ou mais, mas no corpo animal, esse aumento poderá ser fenomenal. Por exemplo, uma menina acometida de tuberculose miliar e quase incapaz de subir na balança para pesar-se, uma hora após o tratamento com um soluto de todos esses catalisadores, era capaz de subir uma escada com relativa facilidade. A restauração da função cardíaca, tal como vai descrita nos casos ilustrativos, é outro exemplo da eficiência do tratamento. Mais que qualquer outra mudança, porém, a restauração do tecido e da função muscular, o rápido desaparecimento da dor nas distrofias musculares e a volta ao normal em condições tais, como a esclerose múltipla, indicam a grande profundidade de ação desses catalisadores.

A destruição de germes e alérgenos de várias origens, pelo processo de oxidação, restaurada pelo tratamento com os catalisadores, demonstra que eles afastam a causa primária da moléstia, e que as causas secundárias daí por diante não encontram mais apoio, ficando assim aberto o caminho para a correção e reparação das mesmas.

Se bem que cada um dos intermediários aeróbios mencionados acima e demonstrados na lista de casos adiante relatados, tenha individualmente por vezes demonstrado capacidade para restaurar a oxidação suficiente para provar a eficácia do grupo carbonílico na produção de catálises de oxidação que destruam as toxinas patogênicas, ainda assim, somente quando o grupo carbonílico faz parte de composição molecular que se enquadre na estrutura delineada acima, pôde assegurar uma proteção passível de confiança. A molécula mais eficiente é a Glioxilide, seguida da Malonide. Uma vez que ambas são produzidas no corpo através de oxidação espontânea de 1:4 Benzoquinona quando esta substância é apropriadamente preparada para esse fim, temos aí um valioso agente terapêutico. A Glioxilide pode ser preparada dos derivados sulfônicos da glicose, fructose e acetaldéido, pelo processo que patentei, e não deve ser confundida com 1:4 Benzoquinona, muito embora os re-

sultados terapêuticos sejam bem os mesmos.

O sucesso da preparação de um produto eficiente depende da prática e perícia nela empregadas, posto que o processo é bastante fóra do comum e requer uma prática especial. De outro modo, experiências desnecessárias e erros serão inevitáveis.

O PROCESSO DE RESTABELECIMENTO

O processo de restabelecimento é fundamentalmente cíclico em sua natureza; e a periodicidade expressa é da mesma ordem, não importa qual seja a moléstia que está sofrendo correção. A unidade mais curta realmente observável é de 12 horas; e, essa unidade poderá ser multiplicada grande número de vezes a fim de formar as mais prolongadas fases da periodicidade. Os períodos usualmente observados são intervalados de 3 1/2 dias e de 3 semanas. Tais períodos podem ser multiplicados para formar períodos mais longos atingindo mesmo a 72 semanas, depois do tratamento haver sido administrado.

As fases negativas são chamadas reações e manifestam os sintomas da moléstia sob uma forma modificada ou temporariamente acentuada.

A fase negativa segue-se a positiva, que representa uma melhora na condição do paciente, a qual continua até que a cura se complete.

Entre os períodos de reação, os mais importantes são a 3ª, a 6ª, a 9ª, a 12ª, 24ª, 36ª, 60ª, e 72ª semana.

Geralmente, apenas um ou dois desses períodos revelam uma reação facilmente apreciável; e, o tempo exato em que se dão tais reações varia de paciente para paciente, mas, na maioria das vezes, a 12ª, e 24ª e a 36ª semanas constituem os períodos críticos, após os quais, espera-se que a cura se haja completado.

Quando uma reação geral de calafrios e febre e uma pequena sensação de dor por todo corpo se manifesta cedo, como seja no período que medeia entre a 12ª e 36ª hora, após o início do tratamento, geralmente só uma ou duas mais reações febris se manifestam, em regra na 3ª, 6ª, 12ª, 24ª semana. Após essa fase deve operar-se o restabelecimento. A periodicidade é expansiva; as pri-

meiras fases de reação são de 12 horas ou de um múltiplo de 12 horas. Quando sete períodos de 12 horas (3 e 1/2 dias) são passados, os períodos se tornam múltiplos de 3 1/2 dias, tais como 7, 10 1/2, 14 dias que nos levam assim à terceira semana. Depois de se haver escoado a terceira semana as reações se manifestam em períodos de tres semanas, isto é, à 6ª, à 9ª ou à 12ª semana. Assim alcançamos tres meses, e esse período por sua vez se multiplica em períodos de 6, 9 meses, etc.

Essas reações gerais são acompanhadas de inflamação focal do neoplasma, tubérculo ou leproma. Desta forma, o caso crônico progressivo é convertido numa lesão aguda ou inflamatória em via de restabelecimento. Em casos de infecções agudas, a cura é quasi imediata, podendo a lesão desaparecer em horas ou dias.

A' proporção que se opera a cura, os ultimos sintomas do desenvolvimento da moléstia são os primeiros a desaparecer, e o processo se desenrola numa ordem inversa da do seu desenvolvimento, e, assim sendo, as primeiras manifestações da doença poderão mais uma vez aparecer ordenadamente e por pouco tempo, sob a forma de sintomas relâmpagos, lesões e erupções da pele, ou mesmo distúrbios vasculares, que podem ser clara e especificadamente diagnosticados.

Assim, os remanescentes de velhas molestias, são forçados a reaparecer por pouco tempo, para em seguida desaparecerem do organismo para sempre. Não se deve, no entanto, prescrever os remedios indicados para tais manifestações, e sim permitir que os sintomas desapareçam por si mesmos, abrindo caminho a um maior e melhor progresso para a cura completa. Quanto mais aguda é a molestia mais rapida se opera a cura. Assim, pois, uma inflamação estreptocócica da garganta ou devida a sarampo, e de tipo devastador, com febre alta, poderá desaparecer em horas ou em um ou dois dias e, uma pneumonia, aparentemente fatal, acompanhada de uma grave nefrite, poderá desaparecer numa semana, cessação dos sintomas mais graves e severos em horas ou dias apenas. Entretanto, em se tratando de moléstias crônicas, quanto mais tempo esteja ela estabelecida no individuo, ou no caso de hereditariedade, nos

progenitores, tanto mais tempo será necessário para a cura.

Esta relação de tempo e as periodicidades das patogêneses com o restabelecimento, dependem das polimerizações da toxina causativa durante o período anterior, e sua despolimerização durante o último. O agente de nutrição do germe que causa o mal, é originalmente uma simples molécula não saturada, facilmente difusível, passível de queima completa pelas oxidações que se processam nos tecidos sãos. Mas quando essas oxidações são fracas, peróxidos dos grupos não saturadas formam-se mais rapidamente do que são destruídas por completa oxidação, e tais peróxidos causam uma polimerização progressiva da molécula, através de series de fases, cada uma das quais possui a nova propriedade fotoquímica e poderes patogenicos que são a causa da variação da sintomatologia da patogênese.

O peso molecular, à proporção que aumenta, pode adsorver cada vez mais fundo na superfície dos coloides dos tecidos, e a sua ação se torna mais e mais crônica.

Durante o restabelecimento, as oxidações trazidas pelo agente curativo produzem uma despolimerização progressiva da toxina até que reatingem a sua estrutura original. As diversas fases patogênicas seguem uma ordem inversa àquela em que progrediram, e os sintomas que caracterizavam esses períodos são momentaneamente repetidos durante as reações do processo de restabelecimento. Finalmente, o agente causativo é inteiramente oxidado, e o germe que dele depende terá de perecer. A cicatriz, sob a qual se abrigava o germe, se torna obsoleta, involue, e se deixa substituir por elementos de tecidos normais, completando-se o restabelecimento.

A polimerização das moléculas não saturadas nas capsulas dos tuberculos e do bacilo da lepra é a causa da sua ação crônica. Peroxidos inertes originados pelos raios solares nos países de clima quente induzem as polimerizações. O virus da paralisia infantil e do "tobacco mosaic" são produzidos, provavelmente do mesmo modo.

De qualquer maneira a periodicidade do restabelecimento na tuberculose, na lepra e na paralisia infantil é a mesma que no sarampo, sendo de tres horas o menor período.. O

período mais breve que se segue ao de 3 horas é um de 12 horas. O completo restabelecimento da paralisia infantil aguda e do sarampo pode ter lugar em dois dias. Estes mesmos períodos se agrupam para formar o período mais longo da reação das infecções mais crônicas à proporção que as despolimerizações do restabelecimento progridem.

Para a cura de uma alergia funcional, é mister apenas a destruição da fluorescência do agente causador; mas, nas alergias estruturais, o tecido excessivo deverá ser removido antes que as partes afetadas possam ser reconstruídas. Usualmente, as deficiências anatómicas são reparadas por tecido cicatricial; mas, com a aplicação deste tratamento, a deficiência é suprida por elementos do tecido normal, de maneira que as funções normais tornam-se novamente possíveis. Dá-se isso em virtude da ausência de infecção, ausência essa resultante da alta resistência às infecções por parte do vigoroso mecanismo de oxidação restaurado pelo tratamento.

Entretanto, enquanto os neoplasmas estão sendo absorvidos, as deficiências estão sendo reparadas por um crescimento vascular e angioblástico interno que, além de tudo, favorece a zona a ser reparada e serve também como meio de absorção do material neoplástico, à proporção que ele sofre a autólise.

Não somente o sistema retículo-endotelial, mas também as células fixas de ligação dos tecidos fibroblásticos e angioblásticos contribuem para a imunidade do mecanismo. Quando as células fixas de ligação, de qualquer variedade, perdem essa propriedade a tal ponto que fiquem passíveis de infecção ou se possam tornar malignas, essa deficiência é reparada logo que o processo de restabelecimento restaura a capacidade de obter atividades imunizadoras. Assim, uma hiperplasia do tecido linfático tem lugar durante o restabelecimento de infecções crônicas. Do mesmo modo uma notável hiperplasia de tecidos fibroblásticos e angioblásticos pode ocorrer dentro de um sarcoma que está sob processo de restabelecimento. Durante o período entre a sexta e décima quinta semana, o tumor pode crescer consideravelmente, e pequenos "novos" tumores aparecerem onde estiverem localizadas "sementes" invisíveis de

células malignas. Esta atividade é uma parte do mecanismo de restabelecimento, e deve-se deixá-la seguir o seu processo. Depois que as células sarcomatosas estiverem digeridas e absorvidas, esses tecidos imunizadores involuem, mas isso pode levar um tempo considerável para se verificar. Frequentemente esses tecidos se liquefazem rapidamente e são absorvidos, penetram na superfície e escapam. A cura é extremamente rápida. Mas a imunidade mesodermal restaurada é geral e de alto grau.

As fotografias microscópicas dos neoplasmas onde se processa a cura, mostram as mesmas mudanças por que passa um coágulo de sangue em formação. Neste, como na coagulação do leite, o cálcio tem o seu papel inicial no processo digestivo. As células intumescem-se e tornam-se claras, corando-se acentuadamente pela hematoxilina, enquanto o núcleo fragmenta-se e dissolve-se. Nas mudanças que se seguem, o crescimento interno do tecido angioblástico, formando emaranhados capilares, — adiante dos quais notam-se zonas de liquefação, — observou-se até que o tumor é inteiramente substituído por arborizações vasculares. Estas últimas são compostas de arteríolas aferentes, que se transformam em capilares que, por sua vez, se unem para formar vasos maiores. As arteríolas aferentes possuem bons involúcrulos musculares sujeitos à contração e relaxamento. Assim, quando todo o tumor é substituído pela estrutura vascular, a contração das arteríolas conduz ao esvaziamento do todo, enquanto que a relaxação leva à ingurgitação e tumefação pelo sangue.

Dai, quando a cura está quase completa, notam-se grandes variações nas dimensões do tumor dentro de curto prazo. Tal tumor vascular sofre uma completa involução só depois que a reconstrução do tecido se opera por completo. E, quando o neoplasma é grande, seu substituto vascular pode dar a impressão de desaparecer muito rapidamente, quando se der a vaso-constricção final para determinar sua involução. Esta mudança poderá portanto operar-se instantânea ou gradualmente.

O vulto do crescimento vascular interno é determinado pelo tamanho do neoplasma, e também pelos fatores que estimulam sua produ-

ção, tais como manipulações físicas durante exames, demasiado número de injeções e, algumas vezes, deficiência de elementos restauradores do tecido. Considerando que a nutrição do tecido vascular provém dos elementos fornecidos pela autólise do neoplasma bem como da nutrição em geral, os ocasionais princípios estimuladores do crescimento determinam parcialmente o grau e extensão do desenvolvimento do tecido vascular. Assim, nos tumores de desenvolvimento vagaroso, a formação vascular não é abundante, e o neoplasma poderá dar a impressão de desaparecer gradualmente com o restabelecimento; mas, em tumores de rápido desenvolvimento, há geralmente um substituto vascular de igual ou maior tamanho.

Já que o neoplasma se desenvolveu de elementos nutritivos tirados do sangue, sua autólise dá em troca valiosos elementos de nutrição, e especialmente, elementos formadores de sangue para a circulação, de forma que uma das primeiras mudanças durante o período da cura é a melhora da cor do paciente e uma melhor estrutura sanguínea.

Os pequenos novos capilares são sustentados por quantidade suficiente de tecido conjuntivo, afim de fortalecer a estrutura, até que a cura se complete. Afim de auxiliar a cura, as vísceras associadas são influenciadas por impulsos reflexos que se originam na rica rede de filamentos nervosos que acompanham o tecido vascular. Assim é que uma hiperestesia e uma hiperreflexia relaxam as paredes e contraem os esfínteres e tornam hipersensíveis áreas cutâneas associadas. Quando um órgão abdominal está afetado poderá aumentar a peristalse, que se logrará corrigir facilmente por meio de uma cuidadosa lavagem. Mas em casos onde a natureza necessita de repouso para a obtenção da cura, tal necessidade deverá ser respeitada tanto quanto possível. Essas modificações são valiosas como ajudantes na avaliação do processo curativo. Uma vez a cura obtida, desaparecem essas mudanças.

Já foi dito que, desde que não existe infecção, o tecido cicatricial forma-se facilmente, mesmo nas grandes áreas de reparo.

E' o que se dá, mesmo em casos de fortes infecções locais. Por exemplo, numa septicemia virulenta, onde

uma lâmina de sangue apresenta grande quantidade de estreptococos e estafilococos em cada campo, cinco dias depois do tratamento nem um só germen será encontrado, tornando-se as culturas negativas. E' também fato comum o desaparecimento, depois do tratamento, de velhas cicatrizes, remanescentes de antigas e serias infecções. Atribuímos isto à destruição operada pela nova imunidade adquirida sobre os germens retidos no tecido cicatrizado. A capsula da cicatriz perde o seu valor como órgão protetor. Da mesma maneira, a cura da tuberculose ou de outras infecções pelo nosso processo não deixa cicatrizes denunciadoras das lesões. O nosso processo opera a restauração do tecido normal, e afasta assim portanto, a possibilidade de uma recaída. Devemos repetir que o processo é inteiramente não-específico no que diz respeito a germens, de forma que é indiferente ser o agente infeccioso um espiroqueta, um vírus ou qualquer outro germen patogênico, desde o bacilo da lepra dos tempos remotos até o micróbio mortífero mais recentemente descoberto.

Observa-se regularmente que, durante o tratamento, os sintomas e alterações da patogênese desaparecem em ordem inversa àquela em que começaram; assim, as primeiras alterações aparecidas são as últimas a desaparecer, e as últimas que apareceram são as primeiras que se vão.

Quando o cancer do peito acaba de completar a sua involução sendo de todo absorvido, frequentemente se sente uma dor na garganta afetando o mesmo lado, primeiro, e mais intensamente, por um dia ou dois. Este fato pode dar muitas lições, especialmente no que diz respeito ao em que nos interessamos no momento. Indica uma cicatriz infeccionada nas amígdalas, ou no lugar de onde elas terão sido extirpadas, como o primeiro passo para o desenvolvimento de um mal. Logo que a psoríase tenha desaparecido, uma reação inflamatória no ouvido médio ou nas células mastóides indica esse local como próximo fator na patogênese. Quando a reação tiver passado, observamos que a cicatriz desapareceu, as amígdalas estão novamente sãs e os ossos do ouvido já podem transmitir "sons". Conclui-se, então, que alguma an-

tiga cicatriz, anatomicamente relacionada, às vezes, tinha protegido a infecção por muitos anos, tinha estado a envenenar o sistema, e dado origem à alergia, qualquer que ela tenha sido. Quanto mais longo seja o tempo em que o veneno tenha estado em contato com um tecido, tanto mais profundamente este o absorve nos seus coloides, e mais difícil se torna atacá-lo pela oxidação ou por qualquer outro meio.

Ademais, quanto mais um veneno tenha estado absorvido por um tecido, tanto maior será a oportunidade de polimerizar e ser mais resistente à oxidação. Daí, o primeiro tecido exposto à oxidação ser sempre o último a ceder. A cicatriz impede uma suficiente circulação nos vasos sanguíneos, e à proporção que o tempo vai passando, a circulação se vai tornando mais insuficiente, mais anaeróbica. Assim, em qualquer ponto em que a circulação seja reduzida por ferimento, espasmo muscular ou deformidade, o veneno se aprofunda, e o germen que o produz tem uma oportunidade maior de escapar à oxidação, e de alcançar, assim, os seus fins. Uma cicatriz pode fornecer os estimulantes para um cancer, ou para alguma alergia, mas outra pôde localizar o neoplasma. Porém, todas as cicatrizes se tornam obsoletas e são absorvidas logo que os germes que elas alimentam tenham sido eliminados, e é às vezes por uma reação inflamatória aguda que essa limpeza se produz, e se perfaz o restabelecimento. Se atacarmos cirurgicamente o cancer e outras alergias, teremos que remover todas as cicatrizes. Entretanto, verifica-se que é mais prático corrigir o defeito fundamental restaurando em alto grau a imunidade, através uma vigorosa oxidação catalizadora, por meio da qual todos os fatores de doença desaparecem.

A estrutura química determina os efeitos tanto patogênicos como curativos. Boas oxidações queimam não somente os grupos tóxicos produzidos pelos germes, como também suprem energia para o funcionamento e o crescimento, e também fornecem elementos para as superfícies das partículas coloidais que compõem o sangue e os tecidos.

Quando as oxidações são suprimidas pela ação de toxinas absorvidas, durante longos períodos, de infecções focais, a superfície dos coloides fica

privada dos seus elementos, e portanto uma dispersão apropriada se torna impossível. Consequentemente, os sais absorvidos são liberados, o cálcio combina com as matérias gordas não oxidadas nos tecidos, advindo a esclerose e outros efeitos desse gênero.

Entretanto, um dos mais notáveis resultados da dispersão coloidal prejudicada é o espessamento dos coloides do sangue, que se tornam tão espessos que não podem circular através dos vasos pequenos do cérebro, do coração e outros órgãos, de modo que os tecidos ficam impedidos de receber oxigênio que lhes permita funcionar. Um ataque apoplético, uma oclusão cardíaca ou uma congestão hepática são os resultados que disso advêm. Mas se tratarmos tais casos dentro de uma ou duas horas depois da crise, observamos que o paciente se restabelece dentro de dez ou vinte minutos, restabelecimento este que é completo.

Isto, queremos frisar, quando o ataque se verifica antes de ocorrer a hemorragia, pois esta é antes um efeito final que depende da asfixia destrutiva das células da parede dos vasos. Não é uma mutação primária, e por isso o restabelecimento é muito mais longo quando a hemorragia se verifica. A restauração de oxidações vigorosas de tal modo melhora a dispersão coloidal dos tecidos que o sangue passa a circular livremente, conduz mais oxigênio, readquire a propriedade de reabsorver e carrear o cálcio precipitado, e de queimar os ácidos gordurosos. De fato, cada processo fisiológico é restaurado, e os fluidos eliminados não mais depositam sais, podendo, ao revés, absorvê-los dos cálculos renais e biliares. E' preciso não esquecer, portanto, que a energia dos coloides propriamente carregados que determina a função e a estrutura normal em tão alto grau, também depende da eficiência do mecanismo de oxidação.

TRATAMENTO

A maneira por que se trata cada caso é mais ou menos um assunto especial, baseado nos princípios mencionados como fatores do mecanismo da cura. Entretanto, englobadamente, existe uma diferença muito pequena na norma de conduta aplicada no tratamento de casos diferentes. Primeiramente, procuramos obter a cura com uma só injeção e,

tanto quanto possível, preparamos o paciente anteriormente, afim de que ele se torne um meio ideal para a ação da dita injeção e, mais ainda, procuramos mantê-lo naquela condição ideal. Por isso tenta-se um controle cuidadoso no que diz respeito à dieta, higiene intestinal, repouso, exercício, calor, etc. A dificuldade, si por ventura tal existe, consiste na interpretação dos sinais de restabelecimento, pois que nem sempre é facil distinguir as reações da cura dos progressos da molestia. Ainda assim existem critérios definidos que nos permitem tomar uma decisão certa. Esses critérios são representados pela periodicidade que marca as fases de reação, pelas modificações gerais ou constitucionais, particulares ou locais. Há ainda a tendência geral e as variações das fases que se apresentam constitucional e localmente.

Se se observar que o processo de restabelecimento estacou antes de se completar, evidentemente será necessária outra injeção; mas, se possível, deveria ser determinado, primeiramente, por que motivo o processo não prosseguiu sem interrupção, e procuraremos corrigir o erro. E' necessário também que saibamos discernir entre uma verdadeira parada e uma prolongada fase negativa ou um periodo temporário de suspensão do progresso da cura. Após decidir que o restabelecimento estacou antes de se haver completado, deveremos determinar o melhor momento para a repetição do tratamento.

Para tal, a periodicidade manifestada pelo paciente em apreço, em concomitância com o quadro geral de periodicidade, ajudará grandemente o médico subministrador do nosso tratamento. O sistema de aplicação do tratamento baseando-se tão somente em conjecturas, poderá ser bem sucedido desde que se conceda ao paciente um longo intervalo de 24, 36 ou mais semanas entre cada aplicação; entretanto, em casos em que o paciente se encontre em estado desesperador, será necessário um profundo estudo do caso e grande prática na aplicação do nosso tratamento por parte do médico.

TENDENCIA ATUAL

Quando um paciente começa a dar indícios de que está voltando ao seu estado normal, isto é, àquele ante-

rior à aquisição da molestia, quando ele começa a readquirir suas características normais no que diz respeito à mentalidade, percepções sensoriais (tais como paladar e olfato), aparência geral, ações, equilibrio muscular, etc., ou, quando há também melhoras na resistência organica, apetite e sono, tal paciente estará por força se restabelecendo, seja qual for o aspeto das lesões locais. Na verdade, as transformações locais devem ser tidas como sinais de melhora, se bem que apresentem agravação no tamanho, na dôr, etc.

CARACTERISTICAS ESPECIAIS DA MELHORA EM GERAL

O sangue e a urina, a côr da pele, o estado do metabolismo, a pressão arterial, o carater das pulsações cardíacas, bem como o estado dos vasos sanguíneos, são excelentes guias para o reconhecimento da melhora. A velocidade de sedimentação e crenação dos globulos vermelhos numa solução salina a 1%, a substituição de metaemoglobina por oxiemoglobina e o número de células indicam também a tendência geral; mas, devemos ter em mente que enquanto o tumor está sendo absorvido, no alto grau das fases negativas, continúa circulando no organismo material toxico suficiente para aumentar o grau de sedimentação e diminuir o de crenação. No entanto, ao fim de uma fase positiva, o grau de crenação poderá estar normal enquanto que o grau de sedimentação não haja melhorado grandemente, a menos que todo o material toxico tumoral já se tenha reabsorvido e sido eliminado. Devemos ainda ter em mente que, quando toxinas diferentes, tais como as da tuberculose e cancer e talvez também sífilis, se encontram no mesmo paciente, a eliminação de uma delas antes das outras, e portanto a remoção de um dos fatores tóxicos, poderá ser acompanhada de aumento do grau de sedimentação e melhora do grau de crenação. Isto provém do fato que cada uma das toxinas mencionadas tende a absorver a energia uma das outras, e assim se desintoxicam mutuamente, do mesmo modo que uma substância fluorescente poderá destruir outra de qualidades espectrais semelhantes ou que um remédio homeopático poderá anular os efeitos de um outro ou de um tóxico. Concluímos por experiência que se adicionarmos ao sangue gotas de solução

de tuberculina muito diluída diminuiremos o grau de sedimentação, enquanto o cancer estiver presente; mas, depois da cura, tal adição aumentará o grau de sedimentação, tanto quanto a molestia o faria. Daí se conclue que possuímos uma maneira de verificar se se completou o restabelecimento. "Luetin" e agar possuem propriedades semelhantes como indicadores, mas a tuberculina é mais prática.

O ensaio do professor Brose com a fosfatase, o pH, e o potencial de oxidação-redução do sangue poderão ser de grande utilidade também. Entretanto, não há experiência que possa medir a melhora do paciente, sem que a mesma seja interpretada à luz do resto dos sintomas. Somente a totalidade das mudanças deverá servir de guia.

Normalmente todos os glóbulos vermelhos se crenam numa solução salina de 1%. Mas, o material tóxico, carregado pelo sangue tende a aumentar a pressão osmótica endoglobular, de modo que a percentagem de globulos não crenados é diretamente proporcional ao estado tóxico. As células atacadas poderão intumescer, em vez de encolher. A explicação não é tão simples como se pensa. Tóxicos absorvidos do intestino têm um papel importante mas, com intestinos perfeitamente lavados, a ausência de crenação deverá ser atribuída ao estado tóxico interno produzido pela molestia. A crenação é observada, tanto na tendência geral do processo de melhora, como nas suas variações periódicas. O ph. e mv. (*) poderão estar por volta de 8 e 5 respectivamente, e tal como o ensaio da crenação, melhoram nas fases positivas, mas diminuem um pouco em cada fase negativa; conservando-se, porém, a aparência e condição subjetiva do paciente, a tendência geral é para normal. Para um bom observador a totalidade da modificação é evidente mesmo somente na expressão clínica.

O carater das pulsações cardíacas durante o restabelecimento em comparação com o seu carater anterior poderá também ser de grande utilidade na avaliação da marcha da melhora. E' muito util o electrocardiografo; mas os sons produzidos pelo coração e o carater do batimento indicam qual a soma total do resul-

(*) Mv — refere-se aos milivoltes que medem o potencial de oxidação-redução.

tado num dado momento, se bem que indiquem também as características do sistema nervoso. Aqui também a presença da fase negativa deve ser levada em consideração e deve-se avaliar a qualidade em ambas as fases positiva e negativa.

Algumas vezes, o progresso do restabelecimento poderá sofrer a reação de uma doença hereditária ou passada e o coração poderá ser o órgão mais revelador dos sintomas. Enquanto o paciente está se curando do cancer, o repentino desenvolvimento do sopro aortico ou de estenose que cessa quasi abruptamente, pode traduzir o restabelecimento de uma velha sífilis. De fato, devido à posição fundamental do tratamento, o restabelecimento do cancer não se dará, a menos que as molestias menos letais sejam desencavadas e removidas com regularidade, e em ordem inversa à da sua aquisição ou posição destrutiva no caso em apreço.

A urina nos mostra algo bem interessante; a albumina desaparece assim que o sangue e a estrutura renal sejam corrigidas. Tal fenomeno poderá passar-se com bastante rapidez. Em infecções agudas, como a pneumonia, uma urina que se solidifica devido à albumina, poderá, em poucos dias, estar livre de tal elemento. Mas em molestias de Bright crônicas é necessário tempo; talvez semanas ou meses. A quantidade e repartição dos solidos eliminados durante o dia e durante a noite, a melhora na densidade, etc., deveriam dar-se em ordem, mas, durante as primeiras fases negativas, poderá surgir uma surpreendente excreção de nitrogênio não-proteico, referente à eliminação do material do tumor autolisado. Quando os produtos de digestão do tumor são absorvidos pelo sangue mais depressa do que eles podem ser eliminados pelos rins, os tecidos dependentes absorvem-nos do sangue e, como consequência, causam um aumento da pressão osmótica, absorvem agua, e intumescem. Assim, pois, o edema dos pés e pernas poderá aparecer durante o periodo de maior grau de autolise e absorção do tumor. Quando os rins recobram a sua função eliminatória desaparece o edema, servindo assim, de válvula de segurança.

A' proporção que a melhora aumenta, recupera-se a função do baço e do figado, o que póde ser verifi-

cado pela eliminação da bilis, pela destruição e remoção de glóbulos vermelhos, já deteriorados, mas ainda em circulação, e pela melhora na peristaltase intestinal. Onde terapias modernas destruíram o sistema retículo-endotelial, inclusive o do baço, as melhoras há pouco mencionadas, somadas ao desaparecimento de gêmens da circulação, poderão ser a primeira indicação de que advirá cura, que seria impossível se não fosse restaurado o mecanismo de defesa. Uma bôa apreciação médica tenderá sempre a prolongar a aplicação do tratamento, de preferência a repeti-lo; porque, se o tratamento é eficiente, como uma chave numa fechadura, não se deverá repetir a dose, assim como não se deveria forçar uma outra chave na fechadura, enquanto ainda lá se acha a primeira. A cura poderá levar meses ou anos, e uma dose já demonstrou sua capacidade para agir sobre o paciente em periodos de tal extensão. Praticamente nunca se repete a dose antes da 24ª semana. No entanto, pacientes que sofreram numerosas aplicações radiológicas, poderão necessitar uma segunda dose no 15º dia, mas, apenas se não houverem mostrado algum sinal de reação ou melhora após a primeira dose.

DIETA

A preparação do paciente compreende a lavagem dos intestinos e, algumas vezes, o jejum de alguns dias durante os quais o paciente não deve tomar mais que puro suco de maçã e sopa de ossos adeante descrita.

Para a lavagem dos intestinos usa-se uma solução de sal de mesa comum na dose de uma colher das de sopa para cada litro de água. A lavagem deverá ser suficientemente quente afim de combater os espasmos e deverá ser administrada na posição mais favorável para a sua aceitação por parte dos intestinos. Não se deve forçar demasiado, não indo além da capacidade de aceitação intestinal, mas a tentativa deverá ser repetida até que se tenham administrado dois litros. Permite-se então que o intestino se esvasie. Clisteres devem ser administrados varias vezes por dia, por varios dias, até que os intestinos se achem perfeitamente limpos. Se houver inercia intestinal acentuada, administra-

se por via bucal leite de magnesia ou citrato de magnesia.

Enquanto isso, deve-se interromper qualquer outra especie de medicação ou uso de tabaco, alcool, chá, café ou de coisas semelhantes.

A dieta é eminentemente vegetariana; devendo o paciente evitar acidos descalcificantes, tais como o oxalico, o tartarico e mesmo o citrico, a menos que este último seja neutralizado de alguma maneira por carbonato de calcio precipitado. Isto é necessário, porque em casos onde existe uma oxidação deficiente, a combustão do acido poderá ser difficil, e retirar dos coloides vivos os valiosos "cations" (elementos electro-positivos) eliminando-se pela urina. A assim chamada ação alcalinizante é evidentemente uma catastrophe. Por outro lado, deve-se fazer com que o paciente use giz preparado durante algum tempo no começo do tratamento; tambem, quando a função intestinal necessitar um catartico, é o leite de magnesia o mais indicado, tal como ficou assinalado. As vitaminas necessárias deverão ser administradas na sua forma natural, isto é, em frutas frescas, cereais e legumes.

A levedura é um grande auxiliar e pôde ser usada em quantidades de uma ou duas onças varias vezes por dia e o mais afastado possivel das refeições. Não se deverá dar carne ao paciente, enquanto o tumor está sendo absorvido, porque o figado já tem bastante trabalho a perfazer; mas, se depois do tumor haver sido absorvido, a astenia e anemia se mostrarem rebeldes, pode ser dada ao paciente a carne quasi crua, retirada da parte interior de um assado, e livre de suas partes tostadas e de gorduras super-aquecidas. Os produtos animais, em geral, devem ser evitados e a nutrição lactea usada com muita discricao. Uma sopa feita de ossos perfeitamente limpos de carne, picados e fervidos durante quatro ou cinco horas suprirá vantajosamente o paciente de glicina e de varios sais. Ainda assim, a maior parte da dieta deveria consistir de legumes e frutas maduras e frescas. Tais produtos deverão ser aqueles que cresceram e amadureceram sem o auxilio de fertilizadores artificiais. Vegetais e frutas deverão ser cuidadosamente lavados, afim de retirarmos qualquer traço de inseticidas. Muito importante ainda é a posição

que ocupam os grãos totais dos cereais em geral, quando perfeitamente moídos, especialmente porque o centeio e o trigo são protetores contra moléstias em virtude dos produtos de atividade solar, a par das vitaminas, que eles contêm. O centeio é excelente neste particular e deve ser comido diariamente em grande quantidade.

A farinha de trigo deverá ser usada pura; cozida como no "porridge" ou assada como no pão, etc. Pimenta, álcool, tabaco, chá, café, chocolate, cacau, narcóticos, etc., são proibidos tanto quanto possível. Deverão ser evitados os terpenios de todas as qualidades, até mesmo em cascas de frutas, perfumes, etc.

A eliminação das fezes deverá ser perfeita todos os dias, se possível. A levedura pôde ajudar muitíssimo tal função, da mesma forma que grandes copos de água morna misturada com levedura, e tomados meia hora antes da primeira refeição matinal. Deve-se beber bastante água todos os dias. O suco de maçã preparado em casa, bem puro e bem fresco, é sempre um grande auxiliar para o organismo e, aqueles que suportam dificilmente a maçã antes do tratamento, cedo descobrem que elas poderão ser toleradas após. Pêras, melões, morangos e pêçegos maduros são também ótimos alimentos a serem usados durante o tratamento. Grande abundância de cereais completos bem moídos, e os resíduos dos mesmos, depois de retiradas as partes gomosas, são também preferíveis. Usamos também, durante o tratamento, manteiga, creme, azeite de oliva, mas, em regra, é bom evitar o uso do leite e dos ovos. As proteínas animais produzem sulfuretos e aminas que interferem com as oxidações. Tais produtos não devem portanto ser usados, a menos que absolutamente necessários, o que raramente se dá.

AQUECIMENTO

Quando uma lesão crônica se converte em uma lesão aguda, deverá ser tratada como tal. Em uma pneumonia aguda, é aconselhável usar o agasalho próprio para prevenir contra subitas mudanças de temperatura que possam afetar a pele. Este preceito se baseia em longa experiência. Cada grau de calor que seja economizado, ou que seja adicionado à temperatura do corpo,

ajuda até certo ponto o grau de oxidação, e cada congestão ou vasoconstricção que interfira na circulação, reduz o suprimento de oxigênio. Para manter uma quantidade estável de sangue nos pulmões e manter a temperatura favorável, o peito deve ser conservado aquecido. A mesma regra se aplica aos cuidados com os tuberculosos. O paciente deve usar camisa de lã, e não se apartar dela. Poderá usá-la fina nos climas quentes e grossa nos lugares frios. Naturalmente deverá respirar ar fresco, mas convém evitar golpes de ar. Também os pés devem estar sempre aquecidos, e como praticamente todos os casos de tuberculose são acompanhados de sinusite, o paciente deve ter também aquecida a cabeça, especialmente à noite quando se deixa relaxar pelo sono. Temos notado que muitos casos de insônia em doentes se devem a insuficiência de agasalho, que impede um completo relaxamento do corpo durante o sono.

O restabelecimento de uma lesão exposta, como o câncer no peito ou alguma moléstia de pele, requer a mesma atenção. A parte afetada deve ser coberta de modo a estar sempre bem aquecida, e a temperatura geral do corpo deve ser mantida.

REPOUSO

Chamamos repouso a uma completa relaxação dos músculos. Há, sobre a química e a fisiologia da relaxação dos músculos qualquer coisa que ainda não entendemos. Sem embargo, essa qualquer coisa é importante ao desenvolvimento muscular e ao bem estar do corpo em geral. Todos os atletas perfeitos sabem disso.

A completa relaxação dos músculos é mais importante durante o sono. O aquecimento do corpo deve ser assegurado por suficiente agasalho leve e de lã. O peso dos cobertores não deve cair sobre o corpo do paciente. Deve ser sustentado pelo próprio leito. Para tanto, o leito deve ser bastante amplo, afim de sustentar os cobertores dos lados do paciente.

Para uma completa relaxação dos músculos, o colchão deve ser macio e bastante fôfo para ceder ao corpo do paciente quando este mude de posição. Deste modo não se produz nenhuma pressão. Este ponto é muito importante porque, onde quer que

haja lesões viscerais, a espinha dorsal recebe um maior número de impulsos através do nível correspondente à lesão. Esta secção possui uma irritabilidade mais alta, e os impulsos adicionais que até ela chegam, provenientes da pressão invertida do leito, aumentam os impulsos visceromotores e vasomotores na lesão, causando interferência com o suprimento de sangue, agravando a tosse, etc.

Outro distúrbio para o repouso é o acesso de correntes de ar sobre o paciente. O ar, naturalmente, deve ser circulante e fresco, mas vindo diretamente sobre o paciente causa perda de calor e prejudica o repouso. Temos observado frequentemente nos sanatórios comuns uma expressão de fadiga nos tuberculosos neles internados.

Para o repouso, portanto, leitos próprios, agasalhos apropriados e ar convenientemente distribuído, são primordialmente essenciais.

COMPLICAÇÕES

No tratamento de casos malignos, constituem complicações possíveis, fraturas de ossos, hemorragias, vômitos, ascites e, raramente, embolia. Mais comumente um dente torna-se doloroso e a extração é necessária. Tais complicações são prejudiciais, porque um anestésico poderá interromper a marcha do restabelecimento. Um anestésico geral não deveria nunca ser usado e, mesmo uma injeção local, por menor que seja a quantidade do anestésico poderá originar um retrocesso. Melhor será que o paciente faça um exame dentário completo antes de iniciar o tratamento.

Quando um exame físico sugerir a possibilidade de grande perda de sangue, é de boa norma administrar ao paciente gis precipitado, em doses de meia colher das de chá uma ou duas vezes por dia e, se ocorrer grave hemorragia durante o período de fase negativa, tais como a 3.^a, 6.^a ou 12.^a semana, a dose dos catalisadores de oxidação deverá ser repetida imediatamente. O tratamento das fraturas e sua prevenção reduzem-se à imobilização, evitando-se assim o uso de anestésicos, o que é de grande importância. A paracentese será feita por meio de um bom trocater, de maneira que não seja preciso nenhum

anestésico, capaz de extinguir completamente o processo de restabelecimento.

Em casos de vômito deve-se administrar por meio de boa enfermagem, morfina, por via bucal e sem atropina. Nenhum outro sedativo ou narcótico deve ser permitido. As dores devem ser suportadas o mais possível por meio de boa enfermagem, sacos de água quente, calor em geral, etc.

Embolos moles compostos de fragmentos cancerosos que sofrem a autólise, desprendem-se algumas vezes e causam um obstáculo circulatório temporário e intermitente e, visto que aqueles são por fim digeridos, tais sintomas são em geral transitórios. Ocasionalmente ocorre uma verdadeira oclusão vascular, que pôde ser inócua ou fatal, conforme a importância do vaso afetado.

Danos provenientes de aplicações radiológicas podem converter-se em verdadeiro fator de falência do tratamento, em razão de uma intoxicação geral do organismo, de destruição da medula óssea ou do sistema reticulo-endotelial. Algumas vezes uma neurite aguda proveniente de radium ou de raio X, é uma complicação que prejudica o tratamento, devido à imensa quantidade de narcótico, que tem de ser usado para dominar a dor. A necrose do tecido e o envenenamento do sistema nervoso, são por vezes um efeito direto e fatal, tanto do raio X, quanto do radium. Os efeitos tóxicos dos raios X sobre o coração e glândulas supra-renais, quando os raios transpassaram tais órgãos, são em geral de terminação fatal. Afortunadamente os catalisadores de oxidação anulam em parte esses efeitos e chegam mesmo a curar às vezes, o cancer produzido pelo raio X; infelizmente, não se pôde saber previamente qual será o resultado do tratamento em tais casos.

Constipações crônicas podem ser consequentes à insuficiência do baço e do fígado. Bilis pura e dessecada ou leite de magnesia são de boa indicação, mas o principal remédio continua sem dúvida sendo o clister diário contendo 1 ou 2% de sal comum em água morna, e habilmente administrado até que o restabelecimento geral do organismo corrija a inércia intestinal. Sabão, melões, terebentinas, etc., nunca devem ser usados no clister.

PERCENTAGEM DE RESULTADOS

Nas alergias funcionais, como asma e febre de feno, a cura, com uma dose apenas, alcança uma média de 80%. Nesses casos o restabelecimento se opera em poucas horas, dias ou semanas. Os restantes 20% dos casos requerem mais de uma dose, considerável tempo e estudo, podendo mesmo não ser curados.

O estado geral do paciente significa muito quando se faz a prognose referente ao restabelecimento de uma doença crônica. As intoxicações crônicas de antigos focos infecciosos não somente produzem fenômenos alérgicos a que pertençam esse mal, como também causam uma degeneração amiloidica e gordurosa do coração, fígado e rins, baço e glândulas endócrinas; e assim a função de várias estruturas vitais necessarias para ajudar o processo de restabelecimento não pode ser suficiente. Mesmo estas alterações degenerativas são corrigíveis até certo ponto pela restauração da catalise de oxidação, mas essa correção pode não vir a tempo de salvar a vida. Um cancer volumoso e de rápido crescimento em um homem jovem e vigoroso oferece uma melhor prognose do que um tumor de crescimento lento em uma pessoa idosa e debilitada. No primeiro caso, quando não muito complicado, o restabelecimento será vigoroso e rápido. No último, e especialmente se tiver sido previamente irradiado, o restabelecimento pode não ter tempo de se verificar, pois o paciente fraco e exausto morrerá antes disso.

Em um caso de infecção aguda grave, onde a resistência organica foi de tal maneira destruída pela sulfanilamida e outros compostos, que o exame do sangue revelou estrepococos e estafilococos em número tão grande quanto o dos glóbulos vermelhos, onde o número de glóbulos brancos não atingia a mais de 6.500, e onde a função do fígado estava muito baixa para produzir bilis e a inércia intestinal permitia um movimento apenas em cada 8 dias, todas as bactérias desapareceram do sangue antes do 5.º dia, depois da administração da injeção. Num outro caso considerado perdido, devido a um acidente cardíaco, proveniente de uma grave septicemia, onde se esperava a morte do paciente na própria ambulância que o levava ao hospital, uma só dose fez com que

o mesmo recuperasse os sentidos e uma função cardíaca razoável em 12 horas, enquanto que o restabelecimento total foi obtido em menos de uma semana. Não admira, portanto, que possamos reivindicar uma alta percentagem de curas em casos de septicemia, nos quais não tenha havido uma profunda anestesia geral, ou qualquer interferência logo após a subministração do soluto de glioxilide.

Nos casos de cancer a percentagem de curas verificada por alguns médicos é de 20% a 80%. Sem dúvida, a cura depende em grande parte do grau de adiantamento da moléstia, quando se começa o tratamento, bem como da perícia do médico e ajudantes que o subministram.

O efeito terapêutico dos compostos carbonílicos saturados usados em alguns dos casos ilustrativos abaixo citados, foi, em geral, de pouca importância, de maneira que na maioria das vezes, em que foram empregados, foi necessário posterior tratamento pela "Glioxilide". Assim mesmo, em alguns casos, como veremos abaixo, observaram-se bons resultados, suficientes para demonstrar que, sob condições favoráveis, o grupo carbonílico é ativo sozinho em várias moléculas diferentes. Mas, se quisermos obter resultados dignos de confiança devemos usar compostos tais, que estejam em conformidade com as regras de estrutura delineadas nas paginas anteriores e, ainda assim mesmo, os grupos ativos devendo ser liberados num estado nascente, afim de melhor lograrem seus objetivos.

CASOS ILUSTRATIVOS (10)

Os casos seguintes são mencionados afim de ilustrar os principios da estrutura química que dizem respeito ao desenvolvimento da imunidade. Tomamos os casos comprovados de cancer como exemplos simplesmente porque servem para demonstrar que a patologia mais grave pode ser corrigida pelo nosso método, e que, doenças menos perigosas, bem que incuráveis por outros tratamentos, apresentam de ordinário muito menos dificuldade de cura.

Antes de circunstanciar-mos quaisquer casos ilustrativos parece-nos de bom alvitre dizer algumas palavras no tocante à volta ao funcionamento de tecidos até aqui privados de sua função normal. A visão poderá ser-

vir de exemplo. Assim, pois, a uma criança de um ano e meio de idade, em estado convulsivo, sem reflexos pupilares ou qualquer espécie de visão, administrou-se uma dose. Duas semanas após, os reflexos oculares estavam perfeitos e ela podia perceber um objeto colocado ao seu alcance. A tendência convulsiva havia diminuído grandemente. Um menino de 7 anos, completamente cego havia dois anos, submetido ao tratamento, recuperou a visão periférica de ambas as vistas, e atualmente anda de bicicleta em pleno tráfego londrino. Um menino de 12 anos, podendo ver as janelas de seu quarto durante o dia, depois de 4 horas da tarde, no inverno, só a custo podia discernir o contorno das mesmas. Era acometido de constantes contorções e ia ser internado num hospício. 12 semanas após a administração da primeira dose, já tinha ele visão suficiente para lhe permitir ir ao cinema, ler letras de tamanho comum e frequentar com proveito o colégio. Um médico de 83 anos, cego do olho direito durante 80 anos e quase inteiramente cego do esquerdo durante muitos anos, tomou uma dose há cerca de um ano. O paciente nos comunicou que três meses após haver tomado a injeção de glioxilide já era capaz de ver um cordão a uma distância de 10 pés com ambos os olhos e de voltar a praticar sua profissão. Casos de cegueira parcial ou total associados a várias moléstias têm sido grandemente beneficiados pelo nosso tratamento, segundo comunicado de vários médicos.

BÓCIO E CANCER DO RETO

Senhora S. Idade 35 anos, peso normal: 152 libras.

Dados hereditários: O pai teve sarcoma no joelho direito.

Doenças anteriores: Tonsilite periódica durante muitos anos.

Ectescopia e sintomas anteriores: Glandula tiroide muito aumentada de volume durante 6 anos e que crescia por ocasião dos ataques de incomodos retais; tonteiras durante tais períodos; perturbações visuais que cederam no último ano; sofria de hemorroidas, tendo sido operada há 9 anos e novamente há 3 anos. Ultimamente havia sido tratada pelo Dr. M. por algum tempo, mas como o estado da paciente piorasse dia a dia, o Dr. M. mandou que a mesma consultasse o cirurgião Dr. T., que,

havendo diagnosticado cancer, recusou-se a operá-la. Isto se passou em Novembro de 1922. Procurou-nos a paciente em 15 de Dezembro de 1922 pela primeira vez. Vinha sofrendo por varios meses de fortes dores nas costas e nas pernas, perdendo sangue pelo reto e vagina, além de tremenda dificuldade de evacuar e, finalmente, dando-se a passagem de toda matéria fecal pela vagina, a par de eliminação de sangue e pus. Pesava, ao nos procurar, 125 libras, estando anêmica e enfraquecida.

O exame físico, feito em 15 de Dezembro de 1922, revelou-nos ser impossível o exame do reto através do anus, obstruído por uma massa cancerosa. Mostrou o exame da vagina uma dura parede nodular posterior de abertura suficiente a admitir a passagem de dois dedos. A massa cancerosa estendia-se e envolvia o útero, nodular também, grandemente aumentado, duro e imóvel; a biópsia confirmou a diagnose de adenocarcinoma do reto.

Foi administrada à paciente uma solução de ketene e glicolaldeído. Em 5 meses a paciente estava curada e quasi a totalidade das fezes já passava pelo reto sem nenhuma dor. Dentro de 9 meses a fistula reto-vaginal estava completamente cicatrizada por crescimento do tecido normal, e todos os sinais e sintomas de cancer, bem como o aumento da tiroide haviam desaparecido por completo. O peso voltou ao normal e foi restabelecida a perfeita saúde.

GLIOMA MALIGNO DE UM DOS OLHOS

Criança R. L., de 3 anos e 6 meses de idade.

Primeiramente observada em 21 de Novembro de 1935. O olho direito havia sido removido em Maio de 1935, em virtude de um glioma de rapido desenvolvimento.

Patologia macroscópica: O globo ocular de aparência externa normal. Quando seccionada, a câmara posterior se apresentava quasi inteiramente cheia de uma massa tumoral acinzentada e friável, que parecia aderente à entrada do nervo.

Patologia microscópica: Os cortes do tumor mostram nucleos celulares redondos e de coloração escura, quasi praticamente destituídos de citoplasma e colocados num fino tecido conjuntivo de estroma, sem disposi-

ção característica. Algumas áreas apresentavam necrose acentuada e outras infiltrações de células redondas. O corte da entrada do nervo não apresentava tecido tumoral.

Diagnose patológica: Glioma da retina.

Em Novembro de 1935, observou-se que o outro olho estava igualmente afetado. O cirurgião opinou que a extração do outro globo ocular seria inútil, tendo sido o paciente submetido ao tratamento pela glioxilide. Nessa ocasião os principais sintomas eram dores fortes, olho avermelhado e pupila dilatada e aparentemente paralisada. O campo visual havia diminuído de uma quarta parte e o neoplasma era perfeitamente visível como uma massa do tamanho de um grão de feijão. O exame oftalmológico revelou "uma massa branca achatada, penetrada de vasos sanguíneos, seis ou sete vezes o diâmetro do disco da parte superior do quadrante nasal". Dois c.c. da solução de malonide foram administrados em 25 de Novembro de 1935 e em 18 de Agosto de 1936.

Completo-se a cura dentro de um ano. Durante os períodos de reação foram observadas ligeiras contrações nos músculos das pernas da 12^a à 24^a semana. Interpretamos tal sintoma como prova de reações que se estavam operando em múltiplos gliomas distribuídos no sistema nervoso central. Os resultados obtidos foram os mais satisfatórios; a vista voltou inteiramente ao normal e o paciente passou a gozar de boa saúde.

CANCER DO ÚTERO COM INSUFICIÊNCIA DA TIREOIDE

Senhora K. Tinha 44 anos de idade em Abril de 1931, data do caso.

Referências patológicas: Pneumonia aos 18 anos de idade e influenza durante a epidemia de 1918. Aumento súbito de peso há seis anos, acompanhado de mixedema, tontei-ras, susceptibilidade para infecções purulentas e nervosismo característico.

História da doença atual: Em Março de 1920 notou uma ligeira inchação e endurecimento do lado direito do abdome inferior. Um pequeno tumor foi retirado do labium, o qual se verificou microscopicamente, ser carcinoma, formado de células escamosas. Ao examiná-la em Abril de 1931, encontramos o útero e anexos envoltos por grande massa cancerosa.

Existia também um corrimento sanguíneo típico e de odor fétido.

A paciente se encontrava fraca, anêmica e mixedematosa a despeito de doses diárias de extrato de tireoide que lhe eram administradas.

Tratamento: 2 c.c. de uma solução de ketene foi administrada por via intra-muscular em Abril de 1931, e a cura se desenvolveu gradualmente até se completar em Maio de 1933. A alteração da tireoide e mixedema desapareceram gradualmente. A paciente permanece em boa saúde.

CANCER MASSIÇO DO ÚTERO

Senhora E. R. com 57 anos de idade à época do tratamento. 6 de Novembro de 1923.

Doença atual: Começou na primavera de 1923 sob a forma de dores na parte inferior do torax e do abdome e do exame feito pelo médico da família resultou o diagnóstico de câncer do útero inoperável. A paciente foi examinada na "Mayo Clinic" em Junho de 1923, onde a diagnose de câncer do útero inoperável e incurável foi confirmada, e foram feitas algumas aplicações de radium como paliativo.

Contudo, a doença agravou-se sempre e em 6 de Novembro de 1923, quando a paciente nos procurou para exame, não mais deixava o leito e seu peso havia passado de 170 para 115 libras.

O exame físico revelou caquexia geral, um tumor duro, fixo, especie de massa bojuda enchendo o abdome, abaixo do umbigo e estendendo-se acima deste, para o lado esquerdo, numa extensão de 1 polegada e meia.

A cavidade vaginal estava dilatada, possuindo um diâmetro de 4 a 6 polegadas, e o cervix estava obstruído pelo neoplasma que enchia a vagina e comprimia a bexiga e os intestinos. Notava-se uma copiosa secreção vaginal sanguínea, muco-purulenta e de mau cheiro.

Tratamento: Foi administrada uma dose de 1 c.c. de solução de 1:4 Benzoquinona, que foi repetida na 12^a semana. As reações apareceram com intervalos de 3 semanas até a 24^a semana, e daí em diante a paciente foi considerada curada. No exame feito após a cura, não mais foram encontradas massas tumorais.

O útero ainda estava defeituoso, apresentando algumas áreas vascula-

res moles onde o processo de revificação do tecido se estava operando.

Exame subsequente demonstrou uma revificação completa do tecido com uma quantidade mínima de tecido cicatrizante. Hoje em dia, 18 anos após a cura, a paciente continua gosando de perfeita saúde.

CANCER DO ESTOMAGO, EM ESTADO BASTANTE ADIANTADO

Senhor B., com 46 anos de idade ao tempo do tratamento, 6 de Abril de 1924. O estado tóxico antes do crescimento maligno se caracterizava por uma úlcera gástrica que se fazia acompanhar de hemorragias e vômitos periódicos.

Marcha da doença: Começou em 1921 sob a forma de uma constante dor no epigastro, que se irradiou para a parte inferior da espinha dorsal. Os vômitos e hemorragias aumentaram em frequência e intensidade. O paciente passou de 220 para 120 libras de peso entre 1922 e 1923.

Vários hospitais, por meio de raio X, laparotomia e biopsia, diagnosticaram câncer do estomago. A exploração revelou que o tecido canceroso se estendia da cardia até o pilóro, envolvendo a ambos e espalhando-se mais sobre a curvatura menor da parede anterior. O cirurgião prognosticou que o paciente não teria mais que poucas semanas de vida. Nosso exame, feito em 6 de Abril de 1924, revelou-nos um paciente incapaz de deixar o leito, emaciado, vomitando substância putrida e sangue coagulado, incapaz de reter qualquer alimento no estomago. O espaço supra-clavicular esquerdo revelou uma metastase, e o abdome em volta do umbigo estava grandemente dilatado, afim de acomodar o massivo neoplasma. No abdome inferior varias massas pequenas, provavelmente metastases glandulares, eram percebidas ao toque; as vertebraes dorsais inferiores pareciam estar envolvidas por tais massas.

Tratamento: 1 c.c. de uma solução de glioxal foi administrada intramuscularmente e o restabelecimento se evidenciou em pouco tempo, havendo-se completado a cura dentro de um ano. Durante a cura o paciente ganhou cerca de 200 libras. A saúde do paciente mantém-se perfeita com exceção de uma hernia contrada ao haver ele levantado um peso superior às suas forças.

MIOCARDITE CRONICA COM CANCER DO ESTOMAGO

Senhor H. com 51 anos de idade ao tempo do tratamento, 23 de Abril de 1925.

História pregressa: Ha sarampo e influenza. Nos ultimos 14 anos ele foi vítima de tonteiras características, que se manifestam quando o paciente, à noite, se recolhe ao leito. Durante tais crises o paciente tinha a impressão de que estava dando cambalhotas; os musculos se lhe relaxavam, perdendo o paciente por completo o domínio sobre os mesmos. Sofria de uma úlcera gástrica durante os ultimos 20 anos, ultimamente a úlcera se fazia acompanhar de hemorragias; as dores eram aliviadas pelo uso de alcalinos. Hidropsia bastante generalizada durante os ultimos 3 anos. Disenteria, fêses de aspeto viscoso durante os ultimos 6 meses, acompanhada de dores constantes sobre o epigastro. Peso que passou de 178 para 155 libras durante os ultimos 4 meses; prisão de ventre, dificuldade em engulir e uma constante e ligeira tosse durante este periodo. Radiografias do estomago e torax revelaram, além de uma dilatação do coração, uma enorme massa carcinomatosa, que envolvia as porções prepilórica e cardíaca da grande curvatura. O relatório da radiografia revelou: "A pequena curvatura do estomago tem uma aparência lisa, mas existe na grande curvatura um defeito de repleção, que se revela por uma anfratuosidade rasa, extendendo-se desde a região prepilórica, para cima, até a região cardíaca. Este defeito de enchimento é constante em todos os "films" radiográficos. Não existe imagem radiográfica de nicho nos "films". Cinco horas após a ingestão do contraste, observava-se colon de aspecto normal.

O exame do paciente revelou um indivíduo cianótico, dispneico, edematoso, ictérico e com edema maleolar.

Arritmia completa com uma média acima de 100 pulsações, mesmo em repouso.

O espaço supraclavicular esquerdo apresentava uma metastase.

O abdome superior estava cheio de uma massa dura que se extendia até duas polegadas abaixo do umbigo. A alça anterior da sigmoide apresentava tumefação. A massa dura mediastinal crescia para o lado di-

reito; o apêndice xifoide estava inclinado para a esquerda.

Tratamento: Injeção intramuscular de 2 c.c. de uma solução de ácido glioxílico, e a melhora começou a se operar dentro de poucos minutos, evidenciada pela regularidade dos batimentos cardíacos e correção do ritmo respiratório. A melhora aumentou com o tempo de modo que, ao fim da quarta semana após o tratamento, a hidropisia, rouquidão, tosse e dispnéia tinham desaparecido, exceto quando o paciente se esforçava demasiado. As massas tumorais foram absorvidas e uma boa saúde foi obtida no decurso do sétimo mês.

As radiografias feitas depois de um ano revelaram completa ausência de lesão patológica. O paciente foi examinado, novamente, na primavera de 1937, e ainda continuava gozando de boa saúde, 12 anos depois do tratamento.

A presença de "catilase" nos tecidos, combatendo a formação de peróxidos e, portanto, a ativação do oxigênio mediante as valências livres do grupo carbonílico, é um inibidor natural, cujo objetivo é, obviamente, a destruição dos peróxidos remanescentes. Afim de demonstrar uma completa inibição da "catalase" e consequentemente a ativação do oxigênio pelo grupo carbonílico e ao mesmo tempo o transporte de oxigênio ativado para os tecidos, poderá servir uma solução muito diluída de formaldeído que foi usada terapêuticamente num caso de câncer bem estabelecido, relatado na história abaixo. Enquanto o peróxido de formaldeído sofre hidrólise e dá origem a um grupo carbonílico ativado numa simples molécula, e igualmente ao oxigênio peroxidado, ele oferece os fatores necessários para provar a hipótese aqui formulada. Esta teoria nos mostra que existe uma competição entre os efeitos ativantes do grupo carbonílico e os efeitos inativantes da "catilase", mas ela não prova que o câncer é causado pelo excesso da "catilase" nos tecidos. Esta solução, geralmente, não é um bom agente terapêutico, não obstante haver ela sido bem sucedida no caso abaixo narrado e em outros mais.

CÂNCER DO LARINGE

Senhor M., de 58 anos de idade.

Tratado uma vez em Novembro de 1928. Diagnóstico confirmado microscopicamente por dois patologistas diferentes. Carcinoma de células escamosas do laringe, revelando muitas perolas epiteliais. Envolvimento das cordas vocais e das glândulas cervicais. Voz e respiração comprometidas. Depois de uma injeção intramuscular, a cura se completou dentro de 6 meses com uma reconstrução completa das cordas vocais e restauração da voz. O paciente permanece bem de saúde. Uma solução muito diluída de formaldeído e peróxido de formaldeído foi empregada neste caso.

LINFOSARCOMA

Senhora A. G., de 40 anos de idade.

Dados hereditários: A progenitora morreu de câncer do útero aos 62 anos de idade.

Antecedentes patológicos: Apendicectomia aos 35 anos de idade. Desde criança tem um pequeno tumor, na região cervical posterior, do tamanho de uma ervilha.

Marcha da doença: Há 8 semanas o quisto começou a aumentar com grande rapidez, atingindo o tamanho de uma noz; cinco semanas depois a paciente removeu-o cirurgicamente.

O exame microscópico revelou ser um linfoblastoma de tipo linfossarcoma, segundo o relatório de um patologista de mérito. O laudo microscópico revelou "que a arquitetura linfóide normal estava em grande parte substituída por uma hiperplasia difusa, incluindo áreas localizadas, contendo grandes linfoblastas mal corados.

O aspecto microscópico é o de um linfoblastoma novo, do tipo linfossarcoma. (Revelava o sangue periférico número excessivo de glóbulos brancos anormais e imaturos? Tais achados histológicos nos linfonódulos podem, ou não, estar associados à leucemia)". Uma rápida recorrência se manifestou, de modo que em três semanas a área operada tornou-se uma tumefação avermelhada, que ocupava o terço médio do músculo esternocleidomastoideu com um diâmetro de uma polegada mais ou menos. A área abaixo continha várias massas duras, do tamanho de uma ervilha. Houve rápido desenvolvimento de um

estado toxêmico e queda do estado geral. O peso baixou de 108 para 101 nas últimas semanas.

Tratamento: Uma dose da solução de glioxilide foi administrada por via intra-muscular no dia 19 de Maio de 1937 e a melhora se manifestou rapidamente. Em tres semanas todos os tumores haviam sido completamente reabsorvidos, e o peso subira para 101 1/2 libras. Um exame feito em 21 de Junho de 1939 confirmou a cura.

CANCER DO SEIO

Paciente: Senhora C. N., de 43 anos de idade.

Dados tomados em Setembro de 1926, quando administramos Glioxilide.

Referencias patologicas: Abscesso no seio direito em consequência de uma pancada sofrida naquela parte do corpo, quando a paciente era ainda criança. Reumatismo aos 13 anos de idade; apendicectomia em 1914. Vesícula biliar sondada em 1920; também sofreu amigdalectomia. Desde 1920 que sofria de entumescimento das articulações dos dedos das mãos, tratado por colchico.

A paciente queixava-se ao tempo do tratamento de uma massa dura acima do bico do peito, do tamanho de um ovo, percebida pela primeira vez em 1921 sob a forma de uma inchação mole, e que mais recentemente havia crescido rapidamente, tornando-se grande e dura, e causando retração do bico do seio. Em Janeiro de 1925 o seio direito foi radicalmente removido com "as glandulas axilares e ambos os musculos peitorais direitos, chegando a dissecação até a linha mediana, sobre o esterno e, para fóra até o musculo latissimus dorsi, e para baixo incluindo a parte superior do rectus abdominis fascia. O exame microscópico revelou o seguinte:

1. Secções do tumor propriamente dito, mostram grandes e pequenas glandulas alveolares, alinhadas com muitas filas de epitelio ou inteiramente cheias de epitelio; essas células são de tamanho regular, possuem nucleos profundamente coloridos, são relativamente grandes e muitas delas estão sofrendo mitoses. Além dessas grandes glandulas alveolares o estroma fibroso do seio está infiltrado em todas as direções

de alveolos comprimidos e do mesmo tipo de célula.

2. Outras áreas a alguma distância do tumor mostram grandes alveolos atipicos como aqueles observados no tumor propriamente dito.

3. Outras áreas a alguma distância do tumor não revelam invasão, apenas alveolos, contendo grandes e claras células epiteliaes do tipo denominado por McCarty "hyperplastico n.º 2".

4. Secções feitas sobre o bico do seio não revelam invasão.

5. Secções feitas sobre glandulas axilares revelam grandes alveolos de tumor naquelas situadas somente na meia-axila.

Diagnosis: "Adenocarcinoma do seio". A paciente deixou o hospital em 12 de Fevereiro de 1925. O relatório do hospital atestava que ao exame feito em 2 de Junho de 1925, depois de uma serie de aplicações de radio, administradas entre 9 de Fevereiro e 3 de Maio de 1925, a paciente não mostrava nenhum sintoma de que o mal pudesse voltar. Da mesma forma, em Julho de 1925, nada foi observado donde se pudesse concluir que o mal poderia novamente manifestar-se. Não obstante, a paciente baixou novamente ao hospital em Setembro atacada de dores na região direita sub-dorsal, náuseas e vomitos. Novos exames foram feitos em Novembro e Dezembro de 1925, e neles não foi mencionada uma provavel recaída, excepção feita da possibilidade do envolvimento do figado. Nos fins de 1926 o braço direito da paciente começou a inchar, fato esse que os cirurgiões atribuíram à obstrução linfatica.

Exame: Quando a paciente nos procurou em Setembro de 1926, nosso exame revelou uma massa localizada acima da clavícula direita de tamanho um pouco maior do que uma nóz. Aachamos também dois tumores na axila direita; um do tamanho de uma amendoa, o outro do tamanho de um caroço de amendoa. A área operada revelava um entumescimento com caracterização maligna e tres pequenas tumefacções sobre a linha de sutura. Abaixo das costelas do lado direito, o figado estava aumentado de cerca de tres dedos com uma massa dura definida colada a ele. A paciente tinha uma aparência de quem estava sofrendo de

ictericia; estava muito magra e intoxicada.

Tratamento: Uma solução de glioxilide de 1 c.c. foi administrada intra-muscularmente em 21 de Setembro de 1926. Houve reação bem definida sob a forma de gripe, calafrios ligeiros e febre durante vários dias e durante a 3.^a semana. As metastases foram completamente absorvidas antes do fim da 12.^a semana. A maior, localizada acima da clavícula, foi a primeira a desaparecer, e isto se deu durante o curso da 4.^a semana. Emquanto isso, os sintomas gastricos também desapareceram e o comprometimento do fígado já não podia ser descoberto depois de 6.^a semana. A saúde da paciente melhorou firmemente e o peso subiu de 87 para 103 libras. Exame feito em Fevereiro de 1939 (dez anos após o tratamento) mostra que não existe desenvolvimento canceroso de espécie alguma e que a ex-paciente goza de uma perfeita saúde geral.

CANCER DO ESTOMAGO

Senhor R., de 69 anos de idade. Tratado uma vez em Agosto de 1926 de carcinoma medulário do estomago. Depois de uma gastro-enterostomia feita para aliviar obstrução pilórica, o neoplasma espalhou-se extensivamente, fechando completamente a nova abertura. A diagnose foi confirmada pela biopsia.

Relatório da biopsia:

Exame microscópico: "Pequenos alveolos combinados com um crescimento difuso de epitelio proliferante atipico formam o quadro estrutural deste neoplasma. As celulas epiteliaes são geralmente poliedricas ou redondas, com grandes nucleos hiperchromaticos. Uma porção é necrotica — uma ulceração superficial, que póde ser classificada como um tipo difuso de carcinoma gástrico. E' me impossivel determinar tal ponto com exatidão, já que para isso é necessário conhecer algo a respeito da aparência geral. Se existisse um envolvimento extensivo da parede, aquela seria a interpretação correta. Si o crescimento fosse precisamente definido, arredondado e ulceroso seria colocado entre tipos circunscritos de carcinoma simples.

"Este tipo sempre se está infiltrando e em pouco tempo invade os ganglios linfaticos com extensas metastases".

Diagnose: "Carcinoma do estomago tipo dependente da patologia anatomica geral)".

O exame físico revelou uma massa bojudá e fixa do tamanho de uma mão fechada que enchia o epigastro quando foi administrada ao paciente uma solução de glioxilide 1 c.c. intra-muscularmente em Agosto de 1926. A cura se operou completamente em 6 meses. A abertura natural do piloro voltou a funcionar, enquanto que a gastro-enterostomia fechou e cicatrizou-se. O paciente continúa bem e gozando saúde.

ADENOCARCINOMA DE AMBOS OVARIOS

Senhora L. B., de 63 anos de idade. Secção abdominal feita pelo Dr. W. W. S. em 20 de Março de 1935. Verificou-se que ambos os ovarios eram neoplasticos e o peritoneo estava pontado, em toda extensão, de muitos tumores. Uma biopsia foi feita numa peça de tecido razoavelmente grande. O relatório patológico foi o seguinte:

Patologia global: "O espécime consiste em duas massas de tecido nodular muito irregulares, uma medindo 17x12x9 cm., a outra 14x9x6 cm., as quais foram retiradas da região ovariana. Adesões fibrosas espalhadas estão presentes em ambas as massas. Em secção a menor das massas consiste quasi inteiramente de tecido neoplasmático muito celular e friavel. Estrutura cística que havia sido formada pela necrose do tecido do tumor é notada atravez de toda esta massa na secção. A massa maior é mais firme do que a menor. Em secção o tecido do tumor é semelhante aquele acima descrito, se bem que se possa demonstrar ser ele menos friavel e geralmente mais firme. Existem transformações degenerativas císticas que se assimilam a remendos, e alguns dos cistos contém um fluido côr de palha muito claro, nesta secção do tumor.

Exame microscópico: "A secção feita atravez de cada tumor ovariano revela neoplasma maligno que cresce invadindo a capsula de cada estrutura. As celulas do tumor são altas e do tipo colunar. Elas produzem estruturas que se assemelham a glandulas à proporção que crescem, e ocasionalmente aumentam em formação papilar. Histologicamente este tumor parece estar bem adeantado. Pode-se considerá-lo como pertencendo

cente ao grão 2 de malignidade e como resistente ao radio. E' bastante bem parecido com metastatise.

Diagnose: Adenocarcinoma bilateral dos ovarios; grão 2 de malignidade e tipo radio-resistente.

Tratamento: Uma solução de glioxilide de 1 c.c. administrada em 21 de Abril de 1935.

Resultados: Cura completa dentro de um ano. O paciente está gozando saude.

CANCER ADIANTADO DO SEIO

Senhora H., de 59 anos de idade. Foi operada de um cancer do seio esquerdo em 8 de Fevereiro de 1935 e o relatório patológico revelou cancer com metastases nos ganglios. Relatório patológico apenso: Condição do seio em Julho de 1937 revelou metastase avançada com consolidação de todo lado direito do seio. A paciente estava aparentemente para morrer e em estado tão grave que não se lhe davam mais que seis ou sete semanas de vida.

Tratamento: A primeira injeção de solução de glioxilide foi administrada em 11 de Julho de 1937 e repetida em 2 de Abril de 1939.

Subsequente marcha da cura: O peito limpou-se por completo e a paciente gozava de perfeita saude, quando ultimamente examinada em 6 de Junho de 1939. Parece estar perfeitamente bem com um pulso de 72, um peso de 128 libras e uma pressão de sangue de 124/80.

Relatório patológico:

Exame geral: Especime, seio.

O especime consiste em um grande seio esquerdo, uma superficie do qual é coberta por um pedaço de pele em forma de outros (naípe de cartas) medindo 21 por 6.5 cm. Sobre a superficie do seio nota-se um protuberante bico. Não há aureola visível. Somente na parte superior e para o lado direito do bico do seio pode-se perceber ao tato um nódulo firme, cuja pele que a cobria havia sido removida. Em secção esta área possui 2 cm. de diametro. Ela é composta de um tecido acinzentado pálido, firme e denso que forma uma cicatriz rugosa. Apresenta uma firme resistência ao corte. A superficie posterior é coberta de uma quantidade bem regular de musculo peitoral. O restante da glandula se compõe de gordura amarelada na qual se apresentam bordas roseo-acinzentadas do tecido glandular usual.

Secção de um grande nódulo linfático mostra que ele é composto, sobre a superficie da secção, de tecido mole amarelo-avermelhado. A superficie externa é firme.

Impressão: Carcinoma do seio.

Exame histológico: O tumor do seio é muito cirroso na porção central, e acelular sobre grandes areas. Na periferia, o tumor em alguns lugares é cirroso, em outros medular e se bem que em geral seja bastante circunscrito, em parte alguma apresentando-se encapsulado. Em alguns lugares as celulas epiteliaes neoplasticas se apresentam sob a forma de pequenas massas solidas, em outros nota-se uma acentuada diferenciação alveolar. As celulas são de tamanho médio, tendem a ser distintamente delineadas e possuem nucleos cromaticos relativamente grandes com mitoses bastante frequentes em algumas areas. As metastases variam grandemente.

Em tres secções de nodulos linfaticos, um deles não contem tumor, outro é ocupado por um tecido cirroso de tumor, que em alguns lugares se parece ao tumor do seio, havendo em outros grandes massas tubulares solidas de epitelio, que se assemelham a canais. O terceiro nódulo está ocupado principalmente por um cisto, do qual se projetam massas papilíferas de epitelio; parte do cisto está cheio do que aparentemente era materia mucinosa, e por toda a parte esses pequenos e solidos botões epiteliaes podem ser percebidos.

Diagnose: Adenocarcinoma do seio moderadamente bem diferenciado com metastases para linfnodes axilares.

CANCER DO UTERO

Senhora T., de 31 anos de idade.

Carcinoma de celulas escamosas do cervix uteri. Biopsia confirmada por tres patologistas diferentes. O relatório assim se exprime: "Secções feitas mostram uma proliferação atípica de celulas epiteliaes escamosas, que se têm marcadamente infiltrado por entre tecidos que estão abaixo.

Diagnose: Carcinoma de celulas escamosas (epitelioma)". Cirurgicamente inoperavel, invadindo o corpo do utero e anexos. Graves hemorragias e dores, caquexia; a paciente nunca teve filhos; teve apenas um aborto. Tratada com duas doses de solução de glioxilide de 1 c.c., com 2 semanas de intervalo, em Agosto de 1923, efetuou-se a cura com uma

completa restauração do utero dentro de um ano. Quatro crianças perfeitamente saudáveis teve a paciente desde então, e continua gozando perfeita saúde.

CANCER NO SEIO

Sra. P. Idade 32 anos. Mãe de dois filhos nascidos por meio de operação cesareana. Terríveis dores de cabeça quasi continuas desde os 14 anos. O seio esquerdo entumescceu aos 12 anos. Uma excrescência do tamanho aproximado de um ovo foi extirpada, no ano seguinte, da área afetada. Parecia de caráter benigno. Dez anos depois, outra excrescência surgiu na mesma região, e se desenvolveu rapidamente envolvendo as glandulas cervicais, a axila, o figado, provocando vomitos e, às vezes, perda de sangue. Os mais proeminentes cancerologistas diagnosticaram o caso como inoperavel e inteiramente perdido. O seio esquerdo estava inteiramente infiltrado por uma massa das dimensões de uma mão fechada, e completamente aderente. A axila continha outra massa do tamanho de um ovo pequeno de galinha, e mais outras saliências menores. As glandulas cervicais do mesmo lado tinham tumores de diversos tamanhos. A pressão desses tumores fazia entumescer a lingua e a garganta. O figado aumentara de volume uns 4 dedos. Hemolise e caquexia geral.

Foram aplicados 2 c.c. de 1:4 Benzoquinona diluida na proporção de 1 para 1.000, intra-muscularmente, em novembro de 1927. Reação febril 24 horas depois e na 12ª semana. Restabelecimento rápido. Vomitos e dores de cabeça cessaram em uma semana. O restabelecimento completou-se em 6 meses com a restauração completa do contorno do seio e absoluta absorpção de todas as tumefacções. A paciente é completamente saudavel hoje.

CANCER NO UTERO E BAIXO VENTRE

Sra. B. Idade 40 anos. Começou com mau funcionamento uterino e hemorragia em 1934. Dores cada vez maiores nas costas e nas pernas, hemolise e caquexia em desenvolvimento gradativo. Os cirurgiões diagnosticaram tumor maligno no utero, e o confirmaram mediante biopsia. Aplicaram raios X, mas estes deram maior ímpeto à molestia, e o tumor

cresceu. Finalmente mandaram-na à casa para morrer em paz. Antes que ela caísse definitivamente na cama, a nossa Antitoxina Sintética foi aplicada. O restabelecimento progrediu até ser completo.

O exame físico revelou estar o pelvis "congelado", o utero envolvido pela massa maligna até o abdomen, uma polegada abaixo do umbigo. Muita compressão intestinal, e mau funcionamento da bexiga.

Foi aplicada uma injeção intra-muscular de solução 1:4 Benzoquinona (1 para 1.000), em 6 de Abril de 1936. As reações típicas operaram em 3 semanas. Todas as tumefacções desapareceram, e o restabelecimento completou-se em 6 semanas. A paciente é perfeitamente saudavel hoje, ganhou em peso aproximadamente 50 lbs.

POLIOMIELITE ANTERIOR

Um menino de 16 anos de forte constituição física, por ocasião de um passeio de barco esteve sujeito durante muito tempo a frio intenso e grande exaustão física, apareceram então sintomas prodromicos usuais de poliomyelite anterior. Seguiu-se uma paralisia da perna direita dentro de 12 horas; a paralisia estendeu-se em 4 dias, abrangendo pernas, braços, abdome, musculos respiratorios, bexiga e órgãos vocais. A cianose era extrema; apresentava estrabismo divergente e estava inconsciente quando lhe administramos a primeira dose de glioxilide. A bexiga não havia sido esvaziada durante os ultimos dois dias. Os musculos do abdome estavam paralisados e entumecidos e esperava-se a qualquer minuto a morte do paciente. Os movimentos respiratorios eram imperceptiveis. O pulso era lento e regular.

Foi administrada a injeção e em 10 minutos já se podia notar alguma contração dos musculos abdominais e definida melhora na respiração e na cianose. Os olhos voltaram à posição normal e dentro de poucas horas o paciente já podia falar racionalmente.

A melhora se acentuou, si bem que tivesse sido de alguma forma retardada porque o paciente foi obrigado a fazer uma longa viagem de automovel de cerca de 150 milhas antes que o seu estado de saúde permitisse tal esforço. Essa viagem foi feita duas semanas após a adminis-

tração do tratamento. Contudo, 12 semanas após o tratamento o paciente já era capaz de levantar-se, andar um pouco e os movimentos dos braços já eram perfeitamente normais. Os músculos extensores do quadriceps direito, os transversos e os oblíquos abdominais ainda estão 60% abaixo do normal.

O restante dos músculos do tronco já voltaram ao normal. Ele se movimentava atualmente como qualquer outro menino de sua idade, exceto quando sobe escadas.

INFLAMAÇÃO DA GARGANTA DE ORIGEM ESTREPTOCOCICA

O Senhor J. P., de 18 anos de idade, que até então havia gozado de uma saúde relativamente boa durante sua vida, nos procurou para exame em 29 de Dezembro de 1938. O paciente sofria então de uma dor de garganta de tipo estreptocócico. Tinha as glândulas cervicais seriamente comprometidas, febre de 105°, encontrando-se numa sorte de estupor com pulso rápido e fraco se bem que ainda pudesse de quando em vez vencer aquele estado de estupor afim de responder algumas perguntas. Uma dose de solução de glioxilide administrada à meia noite lhe trouxe um alívio considerável dentro de oito horas. A garganta e o pescoço melhoraram bastante, a temperatura baixou para 101° e o pulso para 100. Após 15 horas mais a temperatura atingia 99° e o pulso 82. Na manhã seguinte a temperatura já estava normal e garganta e glândulas afetadas praticamente normais. O paciente pôde mesmo deixar o leito no curso daquela mesma manhã.

PNEUMONIA ESTREPTOCOCICA SEGUIDA DE MIOCARDITE TOXICA

Senhor S., de 17 anos de idade. Em Fevereiro de 1938 foi atacado de uma grave pneumonia gripal. Três meses após o pulso em repouso, atingia 120, irregular e fraco. Havia cianose: a média respiratória era de 24 a 30 incursões. Electrocardiograma revelou uma séria alteração do miocárdio. Em 15 de Maio de 1939 administramos por via intra-muscular 2 c.c. de uma solução de glioxilide e em menos de 10 minutos o pulso havia baixado a 65, era regular e forte. A situação mudou por completo; a cianose desapareceu e a respiração baixou a 20. 84 horas de-

pois manifestou-se uma leve fase negativa. O pulso subiu a 90 durante uma hora, baixando depois para 70-75 e daí em diante funcionou regularmente.

SALPINGITE AGUDA

Sra. F. Idade 22 anos. Salpingite dupla com constantes dores no abdômen, continuas dores agudas no baixo ventre; fezes sangrentas e purulentas. Febre permanente, 103°. Tomou uma série de Neoprontosil, 20 grs. 4.i.d. durante dois dias, e 10 grs. 4.i.d. durante 5 dias. Resultado negativo, parecendo que se ia desenvolver definitivamente uma peritonite. Havia, ademais, um edema cervical obstruindo o canal, de modo que teve de ser dilatado para deixar sair o pus. O estado da paciente se agravava. Foi aplicada uma dose da nossa Antitoxina Sintética, 1:4 Benzoquinona, em 18 de Abril, às 6 horas da manhã. Antes do dia 20 de abril a dor e a diarreia estavam consideravelmente reduzidas. Em 20 de abril não havia mais dor de espécie alguma. A diarreia cessou, o edema havia desaparecido, e pela primeira vez a paciente, depois de um mês, voltava à temperatura normal. Em 21 de abril havia uma entumescência da glandula inguinal direita, que desapareceu completamente em 23. A paciente, hoje, sente-se excepcionalmente bem.

APENDICITE AGUDA

Senhora P. Idade 50 anos. Forte ataque abdominal, dores no local do apêndice, paralização absoluta dos intestinos (obstipação), vômitos constantes, febre 103, globulos brancos do sangue 17.500. Foi aplicada uma injeção de 2 c.c. de solução 1:4 Benzoquinona, intra-muscularmente, seguindo-se rápido alívio dos vômitos e dor dentro das próximas 24 horas. Os globulos brancos do sangue desceram a 13.500 e mais 24 horas depois se haviam reduzido a 10.000; temperatura normal; função intestinal em 3 dias. Restabelecimento completo praticamente em uma semana.

SARAMPO E PAROTIDITE

Sta. B. 10 anos. Inflamação dos dois lados do pescoço e das regiões paratireoide e submaxilar. Febre de 103 em 14 de abril. No dia seguinte o sarampo se mostrou moderadamente distribuído. Em 16 de abril

se havia desenvolvido inteiramente e a garganta doía muito. Febre cerca de 103. Tratamento de 2 c.c. 1:4 Benzoquinona (1:1000 sol.) aplicado às 6 horas da tarde em 16 de abril. Em 17, à mesma hora, a temperatura era normal e a inflamação glandular quasi tinha desaparecido. A garganta tinha melhorado consideravelmente, e o sarampo secava. Na manhã de 18 de abril todos os sinais de sarampo, cachumba, dores de garganta, etc., haviam desaparecido e a criança estava restabelecida.

ADENITE CERVICAL

Sr. T. Idade 47 anos. Glandulas linfaticas inflamadas extraídas duas vezes do lado esquerdo do pescoço. Duas semanas antes do início do tratamento, as glandulas cervicais do lado esquerdo tinham atingido as dimensões de uma noz. Foi aplicada uma dose de 1:4 Benzoquinona em 14 de abril às 11 horas. Dois dias depois a glandula abriu-se, e em mais dois dias estava completamente absorvida e curada. A saude deste paciente melhorou em diversos sentidos.

LACERAÇÃO NÃO CURADA NO COLO DO UTERO

Sra. W. Idade 22 anos. O pai morreu canceroso aos 40. Laceração devida a um parto dois anos antes. Ao envez de cicatrizar, deu lugar a uma descarga de sangue e mau funcionamento menstrual. Dores nas costas e na perna esquerda muito constantes. Fadiga contínua. Anemia e alguma hemolise evidente pela côr dos olhos e da pele.

O exame revelou entumescimento da cervix atingindo o tamanho de um pecego. A cervix havia sido inteiramente cortada e a laceração apresentava laminas endurecidas. Essa laceração se estendia para os anexos esquerdos como uma massa, aberta e endurecida, fixa e dolorosa, deitando pus e sangue. Não foi feita biopsia. O tratamento foi dado em 1 de março, às 9 horas da noite — 2 c.c. 1:4 Benzoquinona, solução, 1-1.000. Um mês depois o exame revelou uma profunda e não endurecida cicatrização denteada, e a massa do lado esquerdo não era mais palpavel. Não mais derramamento, nem dor. A menstruação subsequente foi normal.

MIOCARDITE TOXICA

Dr. M., de 35 anos de idade. A pressão arterial vinha aumentando durante os ultimos meses até que atingiu a média de 115/120 quando em repouso. Qualquer esforço acarretava dispneia e aumentava o número de pulsações. O paciente era tambem atacado de dores epigastricas e precordiais, de intensidade variavel. Por ocasião em que a injeção de solução de glioxilide foi feita a pressão arterial era de 115 e de má qualidade. 5 minutos após o tratamento a pressão baixou para 88 e em 12 horas para 82 e com boas características.

A pressão atual é de 75 a 80 e esforços comuns não mais lhe acarretam dispneia. A saude do paciente em geral melhorou grandemente.

OCLUSÃO CORONARIA

Dr. H. G. A., de 62 anos de idade.

Doença atual: Havia dois anos vinha sofrendo de dores e endurecimento nas articulações dos hombros se bem que não pudesse reconhecer facilmente que tal sofrimento era de natureza reumatica por excelência. Em 2 de Dezembro de 1936, quando caminhava, foi ele subitamente acometido de uma dôr forte na região esternal. Depois de um pequeno repouso a dôr desapareceu. Entretanto, dois dias mais tarde, a dôr manifestou-se novamente com grande intensidade quando se encontrava o paciente em casa e em completo repouso. Grandes doses de morfina administradas por via hipodérmica aliviavam-no somente enquanto a ação do narcótico mantinha-no inconsciente.

Foi administrada glioxilide ao paciente no dia 8 de Dezembro o que lhe ocasionou um grande alívio em poucas horas. Tres dias e meio depois da primeira dôse foi administrada uma segunda, depois da qual a dôr cessou por completo, e não mais voltou.

Cinco semanas após o desaparecimento da dôr um electrocardiograma ainda revelava evidencias de grandes danos da circulação coronária, mas, passadas nove semanas, um novo electrocardiograma já indicava estar o paciente em condições quasi normais.

A molestia deprimiu fortemente a vitalidade do paciente e assim sendo, durante as primeiras dez semanas de

convalescença, ele teve de guardar o leito a maior parte do tempo. Entretanto, pouco depois pôde levantar-se ficando surpreso e grandemente satisfeito ao notar que o endurecimento e dores nas articulações dos ombros haviam cessado por completo.

Antes do tratamento havíamos observado que os lábios do paciente tornavam-se pálidos ou cianóticos pelo menor esforço, mas pouco após a administração da glioxilide eles tomaram uma aparência saudável e normal.

Agora que já se passaram 32 meses, observamos que o ex-paciente leva uma vida normal e bastante ativa, não sendo notados nenhum dos seus velhos sintomas de oclusão coronária.

OCCLUSÃO CORONÁRIA

Dr. B. de 58 anos de idade. Tratado com solução de glioxilide em Janeiro de 1926. Neste caso a trombose coronária estava complicada com uma esclerose arterial. Ele havia clinicado ativamente em cidades do interior até 1917 quando dores de angina pectoris obrigaram-no a diminuir o trabalho. Tais dores se manifestavam quando o paciente estava cansado e depois de haver comido. Finalmente tais dores tornaram-se insuportáveis obrigando-o a abandonar por completo sua clínica. Não podia ele caminhar mais que 100 pés sem que as dores lhe obrigassem a uma parada. Mais tarde as dores começaram a manifestar-se mesmo quando o paciente se encontrava em completo repouso. Um electrocardiograma confirmou a condição de oclusão e a esclerose foi verificada. Em Janeiro de 1926 injectamos uma vez o paciente. A cura se efetuou com regularidade e com bastante rapidez, podemos afirmar, pois que dentro de tres meses o paciente já estava em condições de recommençar sua clínica e, dentro de um ano, se encontrava tão vigoroso quanto antes da molestia e em condições de saúde inteiramente normais. O sistema vascular não mais revelava esclerose. Até o presente momento, a despeito de grande atividade profissional, o ex-paciente não parece haver envelhecido quasi nada.

ENDOCARDITE E MIOCARDITE INFECCIOSAS

Senhor W. de 71 anos de idade. Pressão arterial baixa durante varios anos e durante os ultimos sete meses a pressão sistolica baixou de 110 para 90 mm. Hg. a despeito de cuidados medicos constantes. O paciente foi examinado em Abril de 1939, guardava o leito atacado de uma febre irregular que atingia algumas vezes a 103°. Não podia levantar a cabeça do travesseiro sem ser atacado de fortes tonteiras, não tinha apetite e vomitava de quando em vez. Tinha dores epigastricas e precordiais, severas em geral sobre o ombro esquerdo e, às vezes, sobre o ombro direito. Cianose e dispneia eram bem acentuadas acompanhadas de um edema geral moderado. O fígado estava de alguma forma aumentado e macio. O coração revelava uma consideravel dilatação, tendo o apex voltado para a esquerda. Pulso 120-130 muito irregular e fraco. Os sons dos musculos cardiacos eram fracos e notavam-se murmúrios sistolicos e diastolicos. A urina continha uma consideravel quantidade de albumina. A diagnose de endocardite e miocardite infecciosas foi feita sem que houvesse mesmo necessidade de recorrer a culturas de sangue. Uma solução de 2 c.c. foi imediatamente administrada intramuscularmente. Constatou-se uma melhora bem regular do pulso dentro das primeiras 12 horas, a média de pulsações baixando para 102. Ao quarto dia o apex já se havia voltado para bem perto da linha do bico do peito e a pressão arterial havia subido para 110/70. As tonteiras e dores haviam desaparecido e a temperatura se mantinha normal. O aumento do fígado havia em grande parte diminuido; notava-se apenas ainda um ligeiro edema em redor dos olhos. Tres semanas após o tratamento o paciente já permanecia de pé durante todo o dia, trabalhando mesmo um pouco sem que o pulso subisse acima de 90. Pressão arterial 115/75. Urina negativa. Parece gozar atualmente de uma saúde perfeitamente normal.

TROMBOSE CARDÍACA

Dr. D. Idade 58 anos. Ataque forte de "oclusão cardíaca" durante 4 dias, com fortes dores; o electrocardiograma revelou que o mal era de caráter serio. 2 c.c. de solução 1:4

Benzoquinona proporcionaram grande melhora em poucos dias e um restabelecimento completo em 6 meses. Pôde voltar às suas atividades sem restrição alguma. O electrocardiograma está normal.

DILATAÇÃO CARDÍACA AGUDA

P. H. Idade 53 anos. Peso 182 libras. Marítimo. Teve uma síncope e caiu ao solo; fortes dores nos braços e nas mãos, grande indisposição de estomago, dores no peito e dificuldade de respirar.

O exame físico revelou cianose extensiva, dilatação cardíaca, insuficiência de todas as válvulas, pressão sistólica do sangue cerca de 80. Fígado dilatado. Foi aplicada solução 1:4 Benzoquinona, 2 c.c. intra-muscular, e em 5 dias a pressão subiu a S-120, D-80, o coração voltou às suas dimensões normais, as válvulas passaram a funcionar bem, e o paciente pôde voltar normalmente ao seu trabalho. Coração normal, pressão 85, regular e em bom estado.

PSORÍASE

Sra. R. Idade 38 anos. Psoríase generalizada desde os 14 anos. Em 20 de setembro de 1940 tomou uma dose de "cetênio". Uma melhora de 30% se produziu em 6 meses. Quando foi aplicada uma dose de 2 c.c. de solução 1:4 Benzoquinona, o restabelecimento foi completo em 4 semanas.

PSORÍASE

Senhorita N. de 32 anos de idade.

O irmão tinha psoríase. A paciente havia sofrido de tonsilite há um ano e meio; à tonsilite seguiu-se dentro em breve uma taquicardia que se manifestava quando a paciente mudava de posição. Um mês depois a psoríase começou atacando a coxa e espalhou-se rapidamente não obstante constantes cuidados médicos. Por ocasião em que a glioxilide foi injetada, quasi todo corpo já se achava atingido pela psoríase inclusive cabelos e unhas. As orelhas se achavam quasi que separadas do couro cabeludo. 14 semanas após uma injeção de glioxilide em 2 de Abril de 1926, a cura se havia completado e o coração havia voltado ao normal. A paciente continua curada até a presente data.

TUBERCULOSE

Senhorita A., de 16 anos de idade. Tuberculose avançada de ambos os pulmões. Pneumotorax espontâneo

do pulmão esquerdo. O coração voltado para a direita. Tuberculose massiça do rim esquerdo. Meningite tuberculosa evidente. Vômitos incoercíveis; ha 3 semanas cianótica.

Febre 105°. Pulso fraco e rápido. Não podia levantar-se. Uma dose de glioxilide lhe foi administrada em Julho de 1922. A cura levou dois anos a efetuar-se. Pulmão esquerdo inteiramente regenerado. Não se pôde constatar lesão alguma no exame feito dois anos após o tratamento haver sido administrado. O coração voltou ao seu primitivo lugar. A paciente está hoje em dia, casada, tem filhos gêmeos saudáveis e muito resistentes a resfriados; goza ainda perfeita saúde.

TUBERCULOSE PULMONAR EXTENSIVA COM CAVITAÇÃO

Senhor B., de 36 anos de idade ao tempo do início do tratamento em 2 de Março de 1934. Uma irmã havia morrido de tuberculose aos 22 anos de idade.

Doenças anteriores: Reumático e alta pressão arterial há dez anos passados.

Marcha da molestia: Começou em 1929 com aumento progressivo das glandulas cervicais do lado esquerdo do pescoço. Quando hospitalizado numa instituição pública em 1934, foi constatado que ambos os pulmões estavam extensivamente interessados e revelavam cavitação. Tratamentos radiológicos não conseguiram melhorar os tuberculomas do pescoço. O paciente piorou progressivamente sendo finalmente enviado para casa como um caso perdido.

Dados obtidos durante nosso exame físico: Radiologicamente e por meio do exame físico constatamos uma cavitação bilateral, e grande distribuição de lesões. A maior cavitação tinha cerca de duas polegadas de diâmetro. As glandulas cervicais do lado esquerdo do pescoço eram do tamanho de uma grande mão quando fechada. Existiam também desarranjos gástricos e cardíacos. Tecidos cerebrosos.

Tratamento: Uma solução de "cetênio" de 2 c.c. foi administrada em 3 de Março de 1934, em 24 de Setembro de 1935 e em Fevereiro de 1937. A cura começou a se manifestar logo após a primeira dose. Em Janeiro de 1937 o paciente já pôde recommençar a trabalhar. Não existe tosse. Inumeros exames de saliva

feitos até a presente data tiveram sempre um resultado negativo e exames físicos e radiográficos corroboraram a cura. O ex-paciente goza hoje em dia de perfeita saúde.

ARTRITE TUBERCULOSA E OSTEOMIELOTE

Senhorita S. de 20 anos de idade. Tuberculose de articulação do joelho esquerdo durante os últimos 14 anos. Operada três vezes entre seis e doze anos de idade afim de aliviar uma crise aguda de osteomielite na metade inferior do fêmur. Distensão progressiva com anquilose e deformação crescentes. Ângulo de movimentação, 10 graus. A quarta crise manifestou-se em Julho de 1934 caracterizando-se por inchaço e dores intensas na articulação do joelho. Peiora rápida e progressiva. Já não podia andar. Estudo radiográfico revelou contorno e estrutura irregular do terço inferior do fêmur com calcificação defeituosa e absorção do osso, obscurecimento das superfícies articulares, estreitamento do espaço inter-articular e grande proliferação sobre o contorno do periosteo. A uma dose de solução de glioxilide administrada em 23 de Julho de 1934 seguiu-se uma rápida diminuição da dor, e uma sólida restauração da estrutura e da função da articulação e dos ossos, volta perfeita e completa a todos os movimentos dentro de 9 meses. O estado geral tornou-se excelente.

ATROFIA MUSCULAR AGUDA PROGRESSIVA

Senhorita D. C. de 46 anos de idade.

Doença atual: Começou ha um ano e meio sob a forma de uma neurite progressiva com atrofia dos músculos dos ombros, braços, ante-braços e mãos (mais intensa atrofia do lado direito). Os melhores clínicos e neurologistas aos quais a paciente recorreu nada puderam fazer senão prescrever doses de narcóticos cada vez maiores afim de combater as dores que aumentavam mais e mais. Nosso exame feito em 15 de Maio de 1939, revelou um tumor de duas polegadas de diâmetro localizado abaixo e para o lado esquerdo do umbigo. Não era menstruada ha muitos anos. Os músculos da cintura escapular, braço, ante-braço e mão do lado direito, estavam atrofiados numa proporção de 10% abaixo

do normal. Os mesmos músculos, do lado esquerdo, estavam atrofiados de 30%. Havia começo de atrofia dos músculos de ambas as pernas. Dores e tremor constantes, e evidente paralisia. Todos os narcóticos foram suspensos e, no dia seguinte, foram administradas 2 c.c. de uma solução de "cetenio". A primeira noite que se seguiu ao início do tratamento foi caracterizada por grande diminuição na intensidade das dores de modo que nenhuma espécie de narcótico foi necessária. Na segunda noite a paciente já quasi não padeceu de dores e daí em diante a cura prosseguiu regularmente em todos os sentidos. Dentro de 6 meses a paciente já era capaz de escrever com a mão anteriormente paralizada e a restauração muscular parece orçar no presente momento numa média de 20%, apenas, abaixo do normal. A saúde da paciente não pôde ser melhor atualmente.

EPILEPSIA

Senhorita B., de 17 anos de idade. Ataques epilépticos durante os últimos três anos, que se manifestavam à noite depois que a paciente se deitava. A maior parte das vezes, quando observada, a aura se centralizava na região epigástrica. Não era no entanto a paciente incomodada por mais de três ataques num dia e algumas vezes somente um por semana. Uma dose de solução de glioxilide foi administrada em 12 de Agosto de 1929. A molestia regressou gradativamente de modo que ao fim da 12ª semana a paciente já não sofria de ataques de importância, apenas um "petit mal" ocasional. Mesmo esses desapareceram antes da 18ª semana. A paciente goza perfeita saúde desde então.

ENDARTERITE OBLITERANTE

Senhor S. K., de 50 anos de idade. Dados obtidos em 23 de Julho de 1928. Diagnóstico: Endarterite obliterante.

Antecedentes patológicos: Gozou de boa saúde até a idade de 40 anos. Durante os últimos 10 anos sofreu de úlcera gástrica, obtendo no entanto alívio relativamente grande por meio de uma dieta cuidadosa, do uso de alcalinos e sucedaneos. No verão de 1927 observou o paciente que, ao jogar golf, a marcha tornava-se-lhe cada dia mais difícil. O caminhar trazia-lhe dores fortes nos pés, forçando o paciente a fazer pau-

sas cada vez mais frequentes. Foi feito o diagnóstico de endarterite obliterativa por varios técnicos; verificou-se também uma glicemia de 380. Tratado pela insulina não melhorou, ao contrário, piorou. Finalmente, o paciente foi considerado caso perdido, havendo os medicos aconselhado a que permanecesse na cama tomando os narcóticos que fossem necessários, submeter-se às amputações que fatalmente seriam indicadas e esperar pelo fim.

Doença atual: Nosso exame feito em 23 de Julho de 1928, revelou péssimo estado de nutrição, côr amarello-cerosa lembrando a de uma anemia hemolítica, mas não foi encontrada massa tumoral. Se bem que ambos os pés e a perna direita estivessem seriamente comprometidos pela endarterite, a gangrena ainda se não havia manifestado. As unhas dos dedos dos pés tinham no entanto a aparência de tecido morto. Sentia fortes dores ao locomover-se, mas ainda o fazia um pouco.

Tratamento: 1 c.c. de glioxilide foi administrado em Julho de 1928.

Resultados: em poucas semanas manifestou-se grande melhora e o paciente poudo voltar ao trabalho. Em 12 semanas a anemia desapareceu, o teor de hemoglobina voltou ao normal e adquiriu uma aparência saudavel. Durante este período, desapareceram todos os sintomas de úlcera gástrica e o pé e pernas esqueladas voltaram por assim dizer ao normal.

Os vasos sanguineos que até aqui pareciam solidas cordas, tornaram-se depressiveis e pulsateis; depois de qualquer pressão feita sobre a péle o sangue tornava a afluir com rapidez normal e lá pela 15ª semana o paciente já podia andar durante todo o dia sem padecer de dores ou qualquer outro incomodo. As unhas dos dedos dos pés tornaram-se novamente roseas; contudo, o pé e a perna direita não tomaram aspecto normal sinão depois da 18ª semana. Com a cura, o paciente voltou a adquirir uma saude tão perfeita quanto a que ele possuia aos 30 anos de idade. Sua urina não mais acusou perda de assucar, e a média de assucar no sangue baixou para 80 e 90 mmgs. O ex-paciente começou então a trabalhar excessivamente e em Maio de 1933, depois de um prolongado esforço físico, foi acometido de um ataque cardiaco fatal.

ÚLCERA GÁSTRICA

Senhor C. P. de 46 anos de idade.

Marcha da doença: Distúrbios gástricos periodicos durante muitos anos, havendo necessitado uma gastro-enterostomia 15 anos atraz, quando foi observada uma ulceração extensiva. A melhora durou tres anos apenas, passados os quais os sintomas da molestia voltaram a aparecer causando grandes sofrimentos ao paciente. Dois anos mais tarde foi o paciente novamente operado não durando a melhora mais que um ano. Decorrido que foi um ano, voltou novamente o paciente a padecer. Em Novembro de 1938 sofreu ele uma severa hemorragia gástrica. Foi hospitalizado durante varias semanas submetendo-se a um estricte dieta.

Solução de "cetênio" foi administrada em 5 de Junho de 1939. A cura operou-se rapida a despeito da não observância da dieta (uso de bebidas alcoolicas), etc. Goza atualmente de uma saude perfeita.

ÚLCERA GÁSTRICA

Dr. H. de 50 anos de idade. Sofria de uma úlcera gástrica desde a infância. Finalmente foi submetido a duas perfurações, uma na curvatura maior, outra na menor. Da operação adveio uma peritonite que foi removida por meio de incisão e drenagem.

Ao tempo em que o paciente nos procurou para que lhe administrassemos a solução de "ketene", uma terceira perfuração estava pendente.

Exame físico: O exame físico revelou um grande endurecimento do epigastro. O paciente padecia de fortes dores que aumentavam de intensidade quando ele comia. O coração frequentemente omitia alguns batimentos. Uma solução de "cetênio" de 2 c.c. foi administrada intra-muscularmente em Setembro de 1927. Uma pequena reação sob a forma de febre e calafrios manifestou-se no quarto dia e daí em diante a melhora acentuou-se com grande rapidez. Dentro de 4 semanas o paciente já comia e bebia de tudo que queria. A cura se completou em 6 meses e o ex-paciente goza hoje em dia de perfeita saude.

ÚLCERA GÁSTRICA

Senhor W. F. de 38 anos de idade.

Antecedentes patológicos de família: Refractária ao câncer.

Antecedentes patológicos do paciente: Sarampo e bexigas quando criança; pneumonia aos 20 anos de idade e novamente pneumonia aos 34 anos.

Marcha da molestia e estado do paciente: A molestia principiou aos 16 anos de idade sob a forma de uma indigestão. O paciente começou a fazer uso contínuo de soda e a exibir sintomas de um intenso estado nervoso.

Foi operado em 1913 e em 1914 de úlceras gástricas; constataram-se 2 úlceras pequenas e uma maior havendo os médicos feito uma gastroenterostomia. Não houve melhora, pelo contrário, o paciente piorou tendo sido acometido de várias hemorragias e grande fraqueza que o impediram de trabalhar. Em 1920, uma grave hemorragia do estômago deixou-o quasi sem sangue e em perigo de vida. Uma dose de "cetenio" foi-lhe administrada e o restabelecimento se procedeu rápido. O paciente ganhou cerca de 60 libras, o estômago voltou a funcionar normalmente e goza agora de perfeita saúde.

CONCLUSÃO

As transformações químicas processadas na intimidade dos tecidos pela quimioterapia, e raramente também pela irradiação, não têm sido absolutamente compreendidas. Não são bactericidas os solutos terapêuticos de arsenicais, as sulfamidas, etc. Jamais a irradiação destruiu diretamente o tecido neoplásico mais depressa do que destrói as células normais. Sempre que resultados curativos se seguirem a tais terapias, podem ser atribuídos os benefícios em definitiva a uma melhora das oxidações. Identificamos neste trabalho os agentes que como catalisadores dão lugar às oxidações aeróbicas do açúcar e das gorduras. Por outro lado, os efeitos patogênicos das referidas terapias popularizadas podem agora ser demonstrados como originados da inibição das oxidações normais.

Ha dois fatores que determinam o poder patogênico dos agentes preparados. Um é a sua estrutura química. Outro é o seu estado de diluição. Assim nas moléculas patogênicas, como nas curativas, são ativos os mesmos grupos atômicos. Extremamente labil, a molécula curativa tem pequeno peso molecular, e encontra-se presente nas mais altas diluições.

Com elevado peso molecular, a molécula patogênica está em imperfeito estado de solução e frequentemente polimerizada. São inertes os seus grupos ativos e absorvem a energia do movimento eletrônico de grupos similares na molécula curativa. Se absorverem bastante energia, podem ser queimados e, assim, eliminados. É o seu efeito depletivo que origina a patogênese.

Pode um mesmo agente revelar-se patogênico ou curativo. Assim, a paraquinona, tendo moderado peso molecular, pode ser patogênica nos solutos de concentração superior a 1 por 10.000. Escrevemos ha muitos anos que o grupo quinona é essencial à carcinogênese (3,7), e muito tempo antes utilizamos tal propriedade. Recentemente, confirmaram os japoneses este predico da paraquinona. Contudo, a mesma paraquinona em grande diluição dispõe de propriedades curativas do cancer, e faz mais de 10 anos publicamos curas por conta desta substância. Somos obrigados a interpretar os raros benefícios proporcionados pela irradiação, como tributários da desidratação accidental da inosita dos tecidos com produção de paraquinona ou de "hexilenio", ulteriormente oxidado em glioxilide ou malonide. Do mesmo modo, parece evidente que as drogas sulfamidadas produzem seu beneficio pela oxidação do ácido sulfânico residual em paraquinona. Mas em ambas as instâncias têm lugar as condições patogênicas desta molécula, e, assim sendo, resulta claro a elevada nocividade de ambas as terapias.

Ha alguma probabilidade de reduzir os efeitos patogênicos da irradiação, desde que se faça o paciente beber muita água antes e durante as exposições, com o fim de facilitar a eliminação da inosita dos tecidos. Trata-se, porém, de mera sugestão, ainda não demonstrada. Outros fatores ainda ha envolvidos nessa perigosa terapia. Mas não precisamos nos deter mais com tratamentos, que contam com sucessos accidentais na bioquímica. Recebem agora os praticos da medicina uma grande contribuição do laboratório e do apurado estudo clínico de um quarto de século, podendo capacitar-se que as leis da estrutura química que presidem à imunidade trouxeram uma nova época na apreciação científica e nos resultados clínicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Baeckstroem — Journal American Chemical Soc., 49, p. 1460, 1927.
2. Griffith and McKeown—"Photo-Processes in Gaseous and Liquid Systems", Longmans Green & Co., 1929.
3. Koch, Wm. — "Natural Immunity", American Printing Co., Detroit, 1935.
4. Koch, Wm. — "Cancer and its Allied Diseases", First Edition, American Printing Co., Detroit, 1927.
5. Koch and Maisin — C. R. de la Soc. de Biol., vol. 123, pg. 106, 1935.
6. Koch, Wm. — Medical World, London, Eng., vol. 50, n.º 3, pp. 91-95; Vol. 50, n.º 4, pp. 126-129; Vol. 50, pp. 157-162.
7. Koch, Wm. — The Chemistry of Natural Immunity, Christopher Publishing House, Boston, 1938, and 1939. P. 83.
8. Pourbaix — C.R. de la Soc. de Biol., 19f2, T. 110, p. 1.015; 1933, T. 122, p. 1.222. Congress de Madrid, T. 113, p. 130, Oct. 1933.
9. Koch, Wm. — J. Biol. Chem., vol. 12, p. 313, 1912; vol. 15, pp. 43-61, 1913.
Koch, Wm. — J. Lab. & Clin. Med., vol. I, p. 299, 1916.
Koch, Wm. — J. Med. & Surg., 1918, pp. 1-9.
Koch Wm. — Medical Record of New York, October, 1920.
10. Arnott, D.H. — Proceedings; Cancer Commission, Province of Ontario, Canada, Regarding the Koch Treatment, 1938-40.

Formulação da glicólise aeróbica descrita na pag. 10



