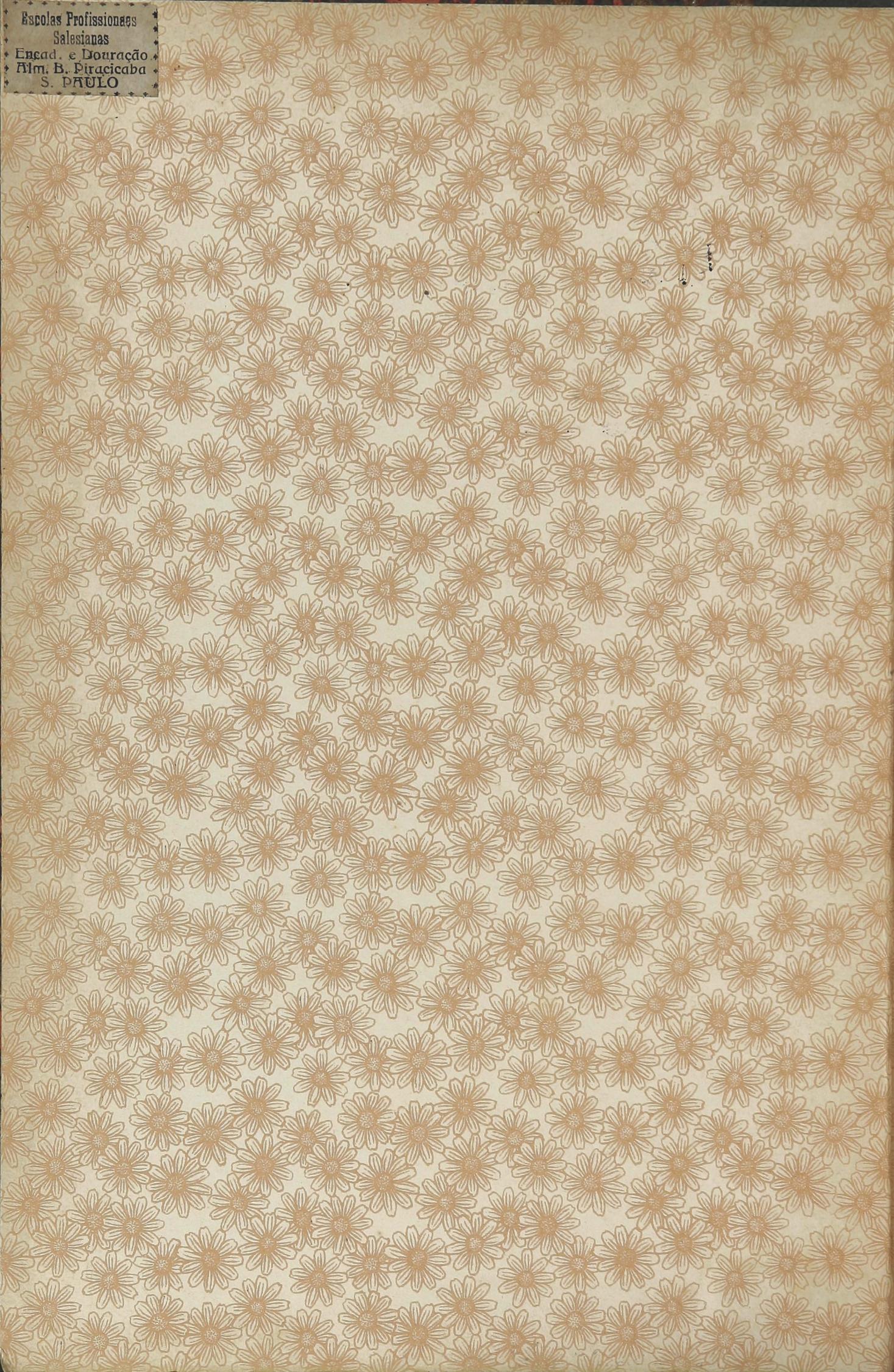


Escolas Profissionais  
Salesianas  
Enead. e Douração  
Alm. B. Piracicaba  
S. PAULO



Vol. 8

Departamento de Letras do Centro Académico

"OSWALDO CRUZ"

— DIREÇÃO GERAL —

BRASÍLIA, 1966

PRESIDENTE: PEDRO BADRA

DIRETOR DE DEPARTAMENTO:

CARLOS AUGUSTO GONCALVES

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE EL SALVADOR  
N.º DE REGISTRO: 19  
ARQUIVISTA  
SALVADOR MORRAGA

# REVISTA DE MEDICINA



DIRÊÇÃO CIENTICA DO  
PROF. RUBIÃO MEIRA

.....

REDATOR CHEFE  
PAULO DE GODOY

ORGÃO DO CENTRO ACADEMICO  
"OSVALDO CRUZ"

DA

FACULDADE DE MEDICINA  
E CIRURGIA DE S. PAULO

## SUMARIO



<i>Frontispicio . . . . .</i>	A Redação
<i>Etiologia da surdo mudez . . . . .</i>	Acad. Arnaldo Bacellar
<i>Notas de Clinica Therapeutica . . . . .</i>	Prof. Celestino Bourroul
<i>Neuróze e Neuróticos . . . . .</i>	Acad. Paulo de Godoy
<i>Therapeutica das arterites cronicas . . . . .</i>	Dr. Ulysses Paranhos.
<i>Considerações sobre Estiomene . . . . .</i>	Dr. José Medina
<i>Duas anomalias musculares . . . . .</i>	Acad.cos Paulo Sawaya, Odorico Machado de Souza, João Thomaz de Aquino e Jorge F. Sainat.
<i>Vacinotherapia endovenosa . . . . .</i>	Acad. Silva Azevedo.
<i>Necrologia . . . . .</i>	A Redação.
<i>Noticiario . . . . .</i>	”

# EXPEDIENTE

## REVISTA DE MEDICINA

Publicação periodica de ciencias medicas e vida academica, feita sob a direção científica do *Prof. Rubião Meira*.

Redação e Administração :

RUA BRIGADEIRO TOBIAS N. 45

### ASSINATURAS

Brasil . . . . .	15\$000
Extrangeiro . . . . .	25\$000
Numero avulso . . . . .	2\$500

**Toda a correspondencia deve ser dirigida ao Redator-chefe**

# REVISTA DE MEDICINA

DIRÊÇÃO CIENTÍFICA DO  
**Prof. RUBIÃO MEIRA**  
REDATOR-CHEFE:  
**PAULO DE GODOY**

ORGAM DO CENTRO ACADEMICO  
**"OSVALDO CRUZ"**  
DA FACULDADE DE MEDICINA E  
CIRURGIA DE SÃO PAULO

---

---

## FRONTISPICIO

---

---

*Manda a praxe, sempre rotineira, que o novo redator da Revista de Medicina diga algo novo sobre o que pretende fazer, qual a orientação que seguirá. Infelizmente não sou como os políticos, homens esquizitadamente fecundos na edificação de programas...*

*Ademais, os programas, geralmente, não passam do papel, que tudo aceita. E' lógico. Mas como o papel anda muito cáro, não abuzaremos nem dêle, nem da paciencia do leitôr.*

\*

*Esta revista devia sêr a arteria elastica e moça por onde circulasse a seiva intelectual dos alunos da Faculdade de Medicina. Devia. Mas não tem sido.*

*Os moços academicos, não pôr falta de talento ou de cultura, mas por timidez e indolencia, se enconcheam em musulmano silencio.*

*Pensam; mas não ajem.*

*Observam; mas nada esteriotipam.*

*Talvez pensem com padre Leonardo Macélo, na estética do silencio...*

\*

*E' preciso que os academicos, desde o esperançozo calouro até o sapiente doutorando, nos auxiliem com a sua colaboração. Orgão reprezentativo do corpo docente desta Faculdade, a Revista de Medicina precisa*

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Biblioteca Central

veicular pelas suas colunas, trabalhos e estudos do mesmo, para mostrar aos que nos olham e nos examinam, que os estudantes de medicina de S. Paulo sabem pensar e sabem escrever.

\*

*E' necessário, é imprescindível, a valorização do estudante. Não a valorização ruidosa, conquistada em reuniões mais ou menos demagógicas. Isso é iluzorio. Impõe-se actualmente a valorização pelo trabalho e pelo estudo. Valorização intelectual.*

*Toda a superioridade, disse Ruskin, é o fruto dum esforço pessoal, perseverante e progressivo. Somente quando cada aluno representar um valôr definido, o corpo docente da Faculdade será uma alavanca poderosa, capaz de realizar os seus ideáis.*

\*

*A Revista de Medicina na sua nova faze, procurará focalizar em as suas colunas o valôr intelectual dos academicos, espréssso na intensa colaboração dos estudantes, o que será o escopo da nova direção da Revista.*

*Esse o nosso apêlo.*

*E si quizeres, o nosso programa.*

\*

*Em o tempos que correm, nota-se o desaparecimento do idealismo do espirito dos moços. Depois do periodo áureo em que a mocidade brasileira em gestos magnificos e eloquentes ardorosamente vencia pelo força intelectual, pelo calôr da sua palavra, pela fé das suas convicções e principalmente pelo IDEAL que brilhava na ponta do florête que brandia com eloquencia e nobreza, a mocidade como que cansada, calou-se e adormeceu.*

*Em cada pájina dos nossos livros; em todo o pensamento brasileiro; na arte; na literatura, deziluzão e pessimismo. E os moços, eterna esperança, tambem sucumbiram ao dezanimo geral.*

*O pessimismo, já o disse em um jornal da capital, é a preguiça de agir e de pensar. E' a ociozidade. E' o anestézico da ação e do pensamento. E' morfina. E' o opio neutralizador do movimento e da energia.*

*E' preciso, ao contrario, que os moços olhem o mundo com alegre surpresa, quotidianamente renovada. Vejamos a vida, diz Renan, atravez uma gaze, levemente colorida, lançando sobre todas as coizas um olhar curioso e alegre.*

\*

*E' necessario sacudirmos a consciencia academica. Vibrá-la por um grande Ideal. Porque o ideal dinamiza o espirito para as grandes conquistas. Sem êle, escreveu Ingenieros, seria inezequível a evolução humana. Palpita em todo o esforço realizado por um homem ou por um povo.*

*Os estudantes precisam sair da prostação em que vivem. Renovar-se. Reagir. Não com ideais utópicos; mas ideais organicos. Ação. Enerjia. Realizações.*

*Pertence ao Espirito viril dos moços a iniciativa audaz e a renovação.*

*E' lamentavel o descaso da mocidade pela evolução politica e bio-sociológica do Brazil.*

*Felizmente a mocidade acorda vibrante e inquiéta. E ainda chegou a tempo.*

*Em toda a parte sente-se a necessidade de uma activa revelação de forças novas.*

\*

*Foi assim pensando que o prezidente do "Centro Academico Osvaldo Cruz" assinalou como o ponto mais importante do seu programa a criação da Fedaração Paulista de Estudantes. A sua realização será a cristalização dos estudantes superiores em um centro unico, coezo e forte.*

*E, certo, a formação desse grupo de moços entuziastas e idealistas, será uma potencia formidavel e dinamica, capaz de grandes realizações.*

\*

*A Revista de Medicina apóia com entuziasmo a idéa do Jozé de Almeida Camargo.*

*E dará todo o seu esforço para auxiliá-lo. E não só nós devemos auxilia-lo. Mas todos os estudantes.*

*Toda a mocidade de S. Paulo, irmanada da mesma fé, deve congregar-se sob esse Ideal.*

P. de G.

## Alguns dados sobre a etiologia da surdo mudez

.....

A surdo mudez pôde ser dividida sob o ponto de vista etiologico em HEREDITARIA, CONGENITA e ADQUIRIDA.

Embóra a maioria dos auctores reúna em um unico grupo a surdez hereditaria e congenita, dando-lhe óra o nome de hereditaria, óra de congenita, nós julgamos preferivel adoptar a classificação que acima demos, que nos parece ser mais minuciosa e explicativa.

Precisamos entretanto considerar, que, si em theoria são perfeitamente nitidos os limites entre a surdez hereditaria, congenita e adquirida, de modo a cada uma ter a sua individualidade propria, o mesmo não se dá na pratica, onde as vezes o mais habil especialista vacilla em classificar um certo caso apresentado.

Para tomarmos as nossas observações, nos baseamos exclusivamente sobre a anamnese dos doentes, e temos a lamentar que grande parte dellas esteja incompleta ou imperfeita, apesar de todo o nosso esforço, apesar de toda a nossa boa vontade em trazer esta modesta contribuição ao estudo das causas da surdo mudez no nosso Estado.

Deixaremos de lado as estatisticas estrangeiras e as conclusões dellas tiradas (o quanto nos for possível), para chegarmos a conclusões nossas, deduzidas da estatistica por nós organisaada, e que é baseada em 54 casos dos quaes temos as observações completas.

Julgamos assim dar maior valor e originalidade a esse nosso estudo.

### SURDO MUDEZ HEREDITARIA

A hereditariedade tem uma grande influencia na producção da surdo mudez. Entretanto, ainda não foram realizados acurados estudos estatisticos sobre a questão, por serem muito poucos os surdos mudos casados, e estes mesmos com pouca ou nenhuma próle, e ainda pelo facto de ser muito difficil acompanhar uma familia de surdos mudos por mais de duas gerações.

Dois surdos mudos casados, de nossa observação, ainda não tem próle, e nenhum dos casos, que até agora observamos, é oriundo de paes surdos mudos. Entretanto temos um caso em que a surdo mudez se transmittiu da avó ao neto, e 6 em, que apparecem casos de surdo mudez em parentes col-

lateraes — em 1 caso, um tio avô; em 2, tios legítimos, e em 3, primos irmãos. Destes casos citados, apenas em 3 delles notamos o factor hereditariedade isolado, estando nos demais associado a casamentos consanguíneos. Deste modo, não sabemos si attribuir a surdo mudez a hereditariedade, a consanguinidade dos paes, ou a ambas as causas reunidas, o que é mais provavel.

Observamos que muito raramente se encontram surdos mudos na linha directa dos ascendentes, porém mais frequentemente na linha dos collateraes e com frequencia extraordinaria entre irmãos.

Devido ao pequeno numero de matrimonios contrahidos por surdos mudos, e devido a sua pouca fecundidade, está estabelecido que a hereditariedade indirecta da surdo mudez, é mais frequente que a directa.

Quanto aos casos de surdo mudez congenita e adquirida, vamos para fins praticos, por-lhes um limite bem nitido, deixando de parte certas considerações que só servem, para turbar o espirito de quem estuda o assumpto.

*Surdo mudez congenita* — é toda aquella que o individuo já traz ao nascer, isto é, que foi adquirida na vida intrauterina.

*Surdo mudez adquirida* — é toda aquella que se manifesta após o nascimento.

A surdez consequente a certos vicios do desenvolvimento embryonario do apparelho auditivo, que se póde manifestar tardiamente, alguns mezes ou mesmo alguns annos após o nascimento, e que communmente é classificada como surdez congenita, nós a classificaremos de surdez adquirida, si bem que realmente não o seja. Uma infecção do cavum tympanico do feto durante os ultimos mezes de gestação, ou um traumatismo sobre o ventre da gestante, pode acarretar ao nascimento uma surdez completa, que rigorosamente classificada seria uma surdez adquirida, mas que nós consideraremos como surdez congenita.

Feitas estas resalvas, passemos adiante.

## SURDO MUDEZ CONGENITA

Entre nós, é factor causal preponderante da surdo mudez congenita a consanguinidade dos paes; depois desta causa, temos a syphilis, todos os casos de degenerescencia ou dystrophia, e os traumatismos physicos ou moraes soffridos pela gestante. Estes factores raramente são observados isoladamente, mas quasi sempre associados, com mais preponderancia óra de um, óra de outro.

*As uniões consanguineas*, sobretudo si um ou ambos os nubentes tem antecedente otíticos, lueticos, ou apresentam qualquer tara, são responsáveis incontestavelmente pela maioria dos casos de surdo mudez congenita. E' o que concluimos pelas nossas observações, onde em 28 casos de surdo mudez congenita, encontramos 15 provenientes de paes consanguineos (53,57 %). Isto é de admirar, porquanto as estatisticas estrangeiras accusam sempre uma proporção que nunca vai além de 16 %.

Em verdade, em alguns desses 15 casos de surdo mudez provenientes de uniões consanguineas, notamos nos paes antecedentes lueticos, a presença de taras mentaes, e em um delles, filho de paes primos irmãos, apparece um caso de surdo mudez na linha directa dos ascendentes — a avó commum por parte de pae e de mãe.

Póde ser que a união de consanguineos são, sobretudo sob o ponto de vista auditivo, não seja causa séria na producção da surdo mudez, podendo ser até um factor para o melhoramento da especie como querem alguns eugénistas modernos, que acham que taes uniões melhoram a descendencia pela somma e desenvolvimento das boas qualidades, e neutralisação e aniquilamento das más. Se isto está mais ou menos provado em varias especies de animaes, ainda não o está para o homem. Estamos vendo diariamente o fructo destas uniões entre consanguineos — individuos tarados mentaes, cegos, surdos, individuos rachiticos, portadores de aleijões, etc.

*Syphilis* — A syphilis é apontada por todos os autores que temos lido como a principal responsavel, directa ou indirectamente pela quasi totalidade dos casos de surdo mudez. Em nossas observações não a encontramos bem caracterizada senão em um unico caso, em que os estygmata da heredo syphilis se apresentavam bem patentes.

Precisariamos para pesquisas desta ordem de um aparelhamento especial, que só poderá ser realisado em um Instituto de surdos mudos, que nos permitiria um material abundante, devido a centralisação dos doentes, e sempre ao nosso alcance.

Apresentamos a estatistica de Beck (1912) que em 278 casos de surdo mudez apresentou 25 % devido a syphilis, baseando-se para chegar a este resultado, exclusivamente na reacção de Wassermann no sangue, que frequentemente é negativa nos heredo-syphiliticos.

Parrel e Lamarque em seu excellent e moderno trabalho "Les Sourds Muets", dizem que a syphilis póde agir como agente causal principal ou secundario da surdo mudez, conforme se trate de syphilis hereditaria ou hereditariiedade syphilitica.

Syphilis hereditaria seria aquella transmittida da mãe ao feto através da placenta, apparecendo naquelle a molestia já em sua phase secundaria ou septicemica, sem o apparecimento da lesão primaria.

Hereditariedade syphilitica, consiste na transmissão de um meio propicio ao apparecimento de dystrophias e degenerescencia, entre as quaes está a surdo mudez, sendo que estas heredo-dystrophias podem ter origem na syphilis dos avós.

Sentimos não poder tirar uma conclusão nossa sobre o assumpto, pois como dissemos, não possuímos o apparelhamento necessario para tal, e nem o material sempre a mão como requer um estudo desta ordem.

*Causas de degenerescencias e dystrophias* — Entre as mais importantes citaremos as nevropathas, o alcoolismo, a tuberculose, o rachitismo e a epilepsia, que isoladas ou associadas a syphilis, podem ser causa de surdez nos descendentes.

A lesões endocrinicas podem agir directamente como factor da surdo mudez, ou como etapa morbida entre a syphilis e a tuberculose dos paes e os differentes estados de faltas organicas dos filhos, entre as quaes se acha a surdo mudez.

Estes são casos de surdo mudez difficilmente clasificaveis, indo sempre parar entre os casos de surdez congenita de causa mal definida ou as vezes entre os casos de idiotia.

*Traumatismos physicos ou moraes, comoções violentas* soffridas pelas gestantes podem ser causa de surdo mudez congenita.

São innumerous os casos contados por toda a gente, sempre mais ou menos augmentados, pois sempre quem conta um conto, accrescenta um ponto, como diz o dictado. Diversos auctores citam casos de surdez attribuidas a comoções violentas soffridas pelas gestantes — a queda de um raio proximo, a vista de um desastre, um simples susto, etc. De nossa observação temos um caso em que a mãe, durante o ultimo mez de getação, foi atacada por um cão bravo. Deixamos de classificar este caso, pois na historia do doente apparece a meningite quando elle tinha 6 mezes, affirmando entretanto a mãe, que o filho havia nascido surdo, attribuindo a surdez ao susto que ella havia soffrido.

Se explicamos a surdez causada por um traumatismo no ventre da gestante, o mesmo não podemos fazer quando se trate da abalos moraes, comoções, etc. Parece-nos que estes motivos não explicam bem a surdo mudez, havendo sempre por traz delles outras razões mais fortes.

---

## SURDO MUDEZ ADQUIRIDA

A surdo mudez adquirida é de muito mais facil classificação que a surdo mudez hereditaria ou congenita. Entretanto deixamos de classificar alguns casos que nos foram apresentados, devido a ignorancia dos paes, que só sabiam dizer que os filhos haviam ficado surdos após uma molestia, não sabendo dizer qual, nem quaes os seus symptomas.

De um modo geral classificaremos os casos de surdo mudez adquirida em — de origem infecciosa e de origem traumática. Em 24 casos de surdez adquirida que observamos, verificamos a origem infecciosa em 18 casos, traumática em 1, ficando 5 casos sem classificação por deficiência de informações.

As affecções que podem causar a surdez, podem se assentar primaria ou secundariamente no ouvido medio, no labyrintho, no nervo auditivo e em suas vias centraes, ou nos centros da audição.

As infecções graves do ouvido medio não acarretam a surdez total, si bem que os individuos por ellas attingidos, se comportem como verdadeiros surdos mudos nos primeiros annos de vida; porém mais tarde aprendem a fallar pela audição, embora com grandes vicios de articulação e pronuncia, devido a mouquidão accentuada de que são portadores.

Quanto as infecções do labyrintho, geralmente são secundarias, sendo diffundidas do ouvido medio ou da cavidade craneana.

A diffusão de uma infecção do ouvido medio ao ouvido interno é bastante frequente, dando-se através das janellas labyrinthicas; as otites medias catharraes ou purulentas, muitas vezes secundarias a molestias infecciosas taes como o typho, o sarampo, a pneumonia, a escarlatina, etc., e mesmo as otites medias genuinas provocadas por uma simples rhinopharyngite, podem assim deste modo infeccionar o labyrintho ocasionando a surdez.

Nos casos de affecções purulentas das meninges (meningite cerebro espinhal, tuberculose, otitica, etc.), a infecção se propaga da cavidade craneana ao labyrintho, prevalentemente ao longo dos nervos que transitam o conducto auditivo interno.

Quanto as affecções primarias do labyrintho, não devemos muito acreditar nellas, pois quando mesmo, já ha uma predisposição a molestia — causas que tornam o ambiente favoravel ao seu desenvolvimento, taes como modificações da circulação, da nutrição, etc.

A surdez de origem central é devida a compressão exercida por tumores sobre o nervo auditivo ou sobre a região ponto cerebolosa, ou ainda por lesões de natureza syphilitica localizadas ao longo das vias auditivas.

Os traumatismos, como causa de surdez adquirida, podem se dar durante o parto pela applicação intempestiva de forcipes ou de manobras obstetricas, ou mais tarde devido a quedas ou pancadas, as quaes estão muito sujeitas as creanças de tenra idade. Temos uma observação de uma creança, que com a idade de 1 anno cahiu de sobre uma mesa ao chão, ficando desacordada por muito tempo; dias depois deste accidente os paes verificaram que ella estava surda.

Dos 54 surdos mudos que observamos, 24 são portadores de surdez adquirida, cujas causas assim podem ser discriminadas:

Meningite (nem sempre especificada a s  nat.) . . . . .	11
Infecções do ouvido medio (otorrhéas) . . . . .	3
Pneumonia . . . . .	3
Paralysia infantil . . . . .	1
Traumatismo . . . . .	1
Causas mal definidas . . . . .	5

Como vemos há uma sensível preponderancia da meningite sobre todas as outras causas. Figura tambem um caso de surdez post-paralysia infantil, que merece ser notado dada a sua raridade entre nós. Entretanto na America do Norte esta causa é bastante frequente.

Quadro demonstrando a percentagem dos diversos factores etiologicos da surdo mudez, segundo a nossa estatistica baseada em 54 observações.

	Surdo mudez hereditaria . . . . .	5,5 %
	Surdo mudez congenita . . . . .	46,3 %
	Surdo mudez adquirida . . . . .	44,5 %
	Casos mal definidos . . . . .	3,7 %
s. m. congenit	Consaguinidade dos paes . . . . .	60 %
	Heredo syphilis. . . . .	4 %
	Casos mal determinados . . . . .	36 %
s. m. adquir.	Meningite . . . . .	45,83 %
	Otorrhéas . . . . .	12,50 %
	Pneumonia . . . . .	12,50 %
	Paralysia infantil . . . . .	4,17 %
	Traumatismo . . . . .	4,17 %
	Casos mal determinados . . . . .	20,83 %

ARNALDO BACELLAR.



# Soros Hormonicos do Dr. Aché

(SEXOS SEPARADOS)

Approved pelo Departamento Nacional  
da Saúde Publica

OS SOROS HORMONICOS E A OPINIÃO  
DOS SNRS. CLINICOS:

**Dr. Vaz do Amaral - S. Paulo, R. Clemente Alvares 25, em 4-2-26**

Os resultados por mim observados com o emprego dos soros Hormonicos do Dr. Aché, são surprehendedentes na applicação requerida. Com especialidade tenho adoptado o soro Hormorenino e Hormocietico; este ultimo em caso de syphathose da gravidez declarado em minha senhora e os beneficios por ella experimentado elevaram-se além, muito além da minha espectativa. Muitas vezes devemos ter em consideração a dose, que sem receio, em cas's especiaes pode-se chegar até 5 cc. como dose diaria. O soro Hormoblastico, applicado em creança de 6 annos com notavel retardamento de crescimento, deu em minhas mãos o melhor e o mais estimavel resultado que eu poderia desejar. Alcancei depois da primeira caixa um desembaraço maior em todos os movimentos e mesmo até no fallar certa clareza na pronuncias das palavras, coisas que não se processavam na minha pequena cliente. Essas rapidas notas vão como regosijo pelos bons resultados, e alguns seprehendedentes, que tenho obtido com o emprego dos bem acreditados e mesmo, pode-se dizer maravilhosos soros do Dr. Aché.

Dr. Benjamim Reis — S. Paulo, Largo do Thezouro, 5 em 19 de Janeiro de 1926.

Tenho obtido na minha modesta clinica optimos resultados com o emprego do soro Hormonico Feminino e do Hormogyno. Em um caso de psychonevrose com insufficiencia ovariana utilizei-me do soro Hormogyno com o qual obtive excellente resultado, tendo a doente ficado completamente curada. Antes de procurar-me, havia usado, sem resultado, varios medicamentos.

Dr. Mario Graccho — S. Paulo, Av. Rangel Pestana — em 18 de Janeiro de 1926.

Os productos de Aché, Travassos & Cia. rivalizam-se com os simillares estrangeiros pelo que devemos preferir aquelles contribuindo assim para o bom nome do nosso Estado.

**Dr. Eurico Pereira - S. Paulo, R. Augusta, 46 em 19 Janeiro, 1926**

Tenho empregado o soro Hormonico masculino e feminino com bons resultados nos casos de asthenias neuro-musculares.

**Dr. Alfredo Poci - S. Paulo, Av. Rangel Pestana, 435 - em 17-1-1926**

Tenho obtido constantemente optimos resultados com os productos do Instituto Aché, Travassos & Cia. especialmente com o soro Hormocietico o qual applico em todos os casos de vomitos incoersiveis da gravidez.

**Dr. F. Bayma - S. Paulo, R. Barão de Itapetininga, 36 - em 14-1-1926**

Tenho empregado com successo as preparações do Instituto Aché.

**Dr. Arthur Sanches - S. Paulo - L. do Arrouche, 47 - em 12-1-1926**

Tenho empregado com optimos resultados o soro Hormogyno de Aché.

**Dr. Gabriel Covelli - S. Paulo - Praça da Sé, 94 - em 5-2-1926**

Emprego sempre o soro Hormonico com magnificos resultados.

**Dr. Arnaldo A. Ferreira — S. Paulo, em Janeiro 1926**

... venho empregando ha trez annos os productos opotherapicos fabricado no vosso Laboratorio. Os resultados seguros que obtive sempre com o uso dos referidos productos, fizeram que os mesmos tornassem credores de minha confiança e preferencia. Os soros Hormonicos quer feminino quer masculino, soro Hormostrychnino e Hormocerebrino são medicamentos de real valor, tendo disso provas nas multiplas occasiões em que tive oportunidade de empregal-os.

LABORATORIO DE HORMOTHERAPIA

ACHÉ, TRAVASSOS & CIA. — RIBEIRÃO PRETO

Depositos - S. Paulo - R. B. de Itapetininga 56 - Teleph. Cid. 1938 Caixa 2848

RIO — Alfandega 95 — Telephone 6638 — Caixa 1043

# Notas de Clinica Therapeutica

Prof. CELESTINO BOURROUL

*(Continuamos hoje a publicação das brilhantes aulas de Therapeutica Clinica, ministradas ha algum tempo na Sta. Caza pelo illustre Prof. Celestino Bourroul, catedrático de Medicina Tropical).*

## TUBERCULOSE PULMONAR

Doença especifica provocada pelo bacillo tuberculoso de Koch.

Heredo predisposição. Causas predisponentes: — lymphatismo, miseria physiologica, grippe, sarampo, diabete, puerperio.

Tuberculose ganglionar latente, infantil ou outra.

Infeção por inalação, por via lymphatica e ingestão.

### Symptomas Geraes

Enfraquecimento geral, emagrecimento, constipações repetidas. Febre vesperal (toda a febre do meio dia para a tarde deve trazer ao espirito do medico a possibilidade da tuberculose, principalmente se ha repercussão no estado geral).

Dividir clinicamente a tuberculose em 3 periodos:

1.º) — tuberculose fechada — tuberculos crús ou ganglios (ausencia de bacillos no escarro).

2.º) — tuberculose aberta — tuberculos amolecidos, caseificados, abertos, (com bacillos no escarro).

3.º) — tuberculose cavernosa — presença de cavernas pulmonares.

- Tuberculose fechada**  
(1.º periodo)
- Accidente inicial tuberculoso, nos pontos mais arejados do pulmão, hilo, grossos bronchios, com reacção peripherica ou ganglionar (ganglios tracheo-bronchicos, peribronchicos, hilares).
- Este processo inicial pode ficar latente, reacção conjunctivo-fibrosa, por muito tempo, podendo romper-se diante de uma causa predisponente qualquer (anergia) — tuberculose ganglionar infantil, p. ex., manifestando-se na puberdade — e se estender por propagação secundaria para o apice. A tuberculose dos apices é muito frequente e preciosa para o diagnostico.
- Induração ou bronchite do apice**
- Sub-massicez do apice (sonoridade mais obscura e *mate* á percussão). Inspiração obscura, silenciosa ou granuloza ou rude ou mesmo soprosa. Expiração rude ou prolongada. Exagero do fremito vocal.
- Este estado local dos apices tem uma assignatura no estado geral (febre vesperal, abatimento) donde a necessidade de se tomar a temperatura do meio dia para a tarde.
- Pleurisia secca-atritos seccos-atritos-estertores, pleurisia com derrame.
- Adenopathia tracheo-bronchica**
- Ganglios tracheo-bronchicos affectados: sub-massicez no espaço interescapular ou paravertebral, bronchophonia, exagero do fremito. Raios X.
- Cutireacção positiva.
- Tuberculose aberta**  
(2.º periodo)
- Crepitos seccos e depois, estertores humidos (bronchite apical). Hemoptises ou escarros hemoptoicos. Bacillos nos escarros. Suores nocturnos. Febres.
- Tuberculose cavernosa**  
(3.º periodo)
- Cavernas. Estertores dos sopros cavernsoos. Gargarejo. Timpanismo circunscripto á percussão, ruido de póte rachado. Consumpção (hecticidade). Febre alta, com suores.
- Formas ulcerosas, congestivas, fibrosas, toxicas, agudas ou de granulia, de typhobacillose, etc.; de pneumonia caseosa, meningiticas, laryngéas, intestinaes, renaes, etc.
- A febre, a disseminação (bacillemia, granulia), as congestões, a tachycardia, o estado geral, dizem da gravidade da molestia.

## TRATAMENTO

<b>Tuberculose fechada</b>	Climas de altitude (Campos do Jordão, — 1.600 metros; Cidade de Caldas, — 1.200 metros).
Clima	
Alimentação	Clima baixo e secco, 550 metros — S. José dos Campos, v. g.
Ar livre	
Repouso	A contra-indicação para os climas altos está nas congestões (formas vermelhas, com hemoptises) e no coração. — tachycardia, dyspnéa.
Oleo de figado de bacalhau	Bôa alimentação. Repouso, se houver febre.
Oleo de capivara	Ar livre (dormir com janellas abertas ou só com venezianas).
Recalcificantes	Carne crúa. Farinaceos, gorduras. Oleo de figado de bacalhau, puro ou creosotado a 1 % ou thiocolado a 2,5 %, no inverno; ou oleo de capivara, nas mesmas doses. Recalcificantes.
Pós de Ferrier	Magnesia calcinada . . . . . 15 grs. Phosphato tricalcico . . . . . 25 grs. Carbonato de calcio, precipitado 50 grs.
	F. Tome uma colherinha de chá em um calice de agua assucarada, entre o café e o almoço e outra á noite ao se deitar.
Febre	A febre indica repouso, cadeira preguiçosa. A elevação febril depois da marcha tem valor diagnostico.
Cryogenina	Se a febre não ceder com o repouso e ultrapassar 38,5 dar doses fracas de cryogenina, que é o antithermico especifico da tuberculose — 0,05 a 0,15 — duas horas, antes da febre.
Creosotados	Não havendo tendencia a congestões, nem febre, tentar o thiocol com os calcicos.
Capsulas de Schoull	Thiocol . . . . . 0,25 Phosphato tricalcico . . . . . 0,70 Arrhenal . . . . . 0,01 Noz vomica em pó . . . . . 0,03
	Em uma capsula, n.º 30. Duas por dia antes das comidas.

Glycerina creosotada  
ou thiocolada

No caso do oleo do figado não ser supportado, dar:

Creosoto de faia. . . . .	2	grs.
Thiocol . . . . .	5	grs.
Glycerina neutra. . . . .	100	cc.

F. Tome um colheirinha de chá em 1 calice de agua, depois do almoço e jantar.

Arsenicaes

Injecções de cacodylato de sodio (0,05), cada dois dias ou arrhenal (0,05), pela bocca; licor de arseniato de sodio de Pearson, X gotas, 20 grs. por dia.

Iodicos.

Os iodicos (tintura de iodo), xarope iodotannico, iodeto de calcio, injecções iodadas, indicam-se mais nas formas lymphaticas, ganglionares, torpidas, sendo dado em doses tacteantes, pelo perigo das congestões e febre e mesmo da mobilização e generalização do processo.

Regra geral não dar nas formas febris e congestivas os creosotados, arsenicaes, iodados e ferruginosos.

Acido silicico.

Favorece a fibrose. Trabalhadores de fabricas de porcellana, Silistren.

Banhos de sol.

Começar pela insolação das extremidades, membros e progressivamente o corpo todo, começando por poucos minutos, acompanhado pelo thermometro, afim de evitar reacções febris e congestivas. A pigmentação da pelle indica bom effeito.

Raios violetas

Não podendo ser dados os banhos de sol, empregar os banhos de raios ultra-violetas, principalmente nas creanças e debilitados. Cuidado com os resfriados.

Tosse

Corrigir á tose com os opiaceos, belladona, meimendro, agua de louro, cereja, bromoformio (vide tratamento de bronchites).

Ás vezes a tosse é um symptoma extremamente incommodo, provocando, pela sua intensidade o vomito (tosse emetizante). Dominar e disciplinar a tosse.

## Opiaceos.

A heroína, pantopon, dionina, morphina, codeína, narceína, associados isoladamente á agua de louro-cereja podem ser tentados:

Heroína (chlorhydrato) . . . . 0,10  
 Agua de louro-cereja . . . . 20 cc

F. Tome XX gottas, de 3 em 3 horas, até 5 vezes por dia.

## Bromoformio

Benzoato de cafeína . . . . 5 grs.  
 Codeína (phosphato) . . . . 0,30

Bromoformio . . . . . }  
 Alcoolatura de aconito . . . . } ana 5 cc.  
 Alcool a 90° . . . . . }  
 Glycerina off. . . . . }  
 Tintura de drosera . . . . }

F. X a XX gottas em 1 calice de agua assucarada 3 a 5 vezes por dia. Creanças, V a VIII gottas por dose até 4 a 5 vezes, ou X a XXV gottas por anno e por dia.

**Hemoptises**

Repouso  
 Soros hemostaticos  
 Sôro gelatinado

Repouso absoluto na cama. Alimentação branda e morna. Sôro hemostatico. Sôro normal de cavallo (na falta, sôro anti-diphtherico commum). Sôro gelatinado a 10 % (50—100 até 200 cc). Salmoura (uma colherinha de sal de cozinha em 1/2 copo de agua fria).

Salmoura  
 Brometos  
 Emetina  
 Ipéca  
 Digitalis  
 Opio  
 Chloreto de calcio

Havendo nervosismo ou erethismo (uma colher de café de brometo de sodio em 1/2 copo de agua fria, para tomar como a salmoura.

Emetina chlorhydrato; injeção de 0,04, uma ou 2 vezes por dia.

Ipéca em doses nauseosas, infusão a % ou em doses vomitivas, 0,5 de 15 em 15 minutos.

Digaleno . . . . . XXX gottas  
 Chlorato de calcio . . . . 10 grs.  
 Xarope thebaico . . . . 30 cc.  
 Infuso de ipéca a 1 % . 120 cc.

F. Uma colher de sopa, cada 2 ou 3 horas em um calice de agua.

Chloreto de calcio em injeções-afenyl.  
 Kalzina d eMerck.

Ether.	Injecção intra-muscular de ether, 1 a 2 cc. ou ether de mistura com oleo camphorado, p. e.
Quinino	Meia gramma por dia.
Ergotina	Os vasos-constrictores-adrenalina, pituitrina, ergotina, (injecções de ergotina ou ergotinina, hydrastis-extracto fluido — 2 a 4 grs., hydrastinina (chlorhydrato), 0,05 a 0,10 pela bocca ou injecções), não tem acção sobre os vasos do pulmão, mas são classicamente indicados. Talvez melhorem a pequena circulação pulmonar pela acção que exercem sobre a grande circulação geral.
Adrenalina	
Pituitrina	
Hydrastis	
Algodoeiro	
	Extracto fluido de algodoeiro.
Essencia de terebentina	V gottas no leite, de 2 em 2 horas.
Vomitorio	Nos casos graves, ligar a base dos membros e recorrer aos purgativos, vomitivos de ipeca ou de tartaro.
Purgante	
Poção de Peysson	Tartaro emetico . . . . . 0,05 Extracto thebaico . . . . . 0,05 Água distillada . . . . . 150 cc. As colheres de sopa.
Gelo	As bolsas d egelo teriam o inconveniente dos resfriados; as bebidas geladas seriam passíveis do mesmo mal.
<b>Diarrhéa</b>	A diarrhéa da tuberculose intestinal comporta um prognostico infausto.
Bismutho	Azul de methylenio . . . . . 0,05
Opiaceos	Opio em pó . . . . . 0,01 (extracto de opio)
	Salycilato de bismutho . . . . . 0,50 Para uma capsula, 3 a 5 por dia.
	Ou:
Tannicos	Salycilato de bismutho : . . . . . 0,50 Tannigeno. . . . . 0,40 Pós de Dover . . . . . 0,10 Para uma capsula, 3 a 5 por dia.

Alimentação	Branda, de papas, mingaos, melhorando a digestão com os eupepticos, amargos, extracto fluido de simaruba, ás colherinhas, com algumas gottas, I a V gottas, de acido chlorhydrico diluido, fermentos digestivos, pancreatina, taleadiastase, pepsina, fermentos lacticos.
Eupepticos	
Formas agudas, Granulias, Congestivas, Asphyxicas, Hecticas (terminaes)	Corrigir a dyspnéa e congestão com inhalações de oxygeno, ventosas, cataplasmas, opiaceos, hypnoticos.  Injecção de oleo camphorado a 25 %, de manhã e de noite.  Nos casos muito graves, de dyspnéa e insomnia, pequenas doses de sedol, pantopon ou morphina; isto só no fim, em vista do habito (morphinomania).
<b>Suores</b>	Os suores nocturnos, e profusos serão combatidos com fricções de alcool no tronco á noite ou com os coleicos (pós de Ferrier).  Tentar, a titulo de experiencia, o extracto fluido de salva, XV a XX gottas, 3 vezes por dia. O agarico branco pó (0,25 a lgr) e a belladona são palliativos e deprimentes.
<b>Tratamento por injecções</b>	As injecções, em geral, provocam reacção organica, febril ou congestiva e carecem manejadas com prudencia pelo perigo da movimentação ou extensão do processo tuberculoso.
Arsenicaes	Cacodylato de sodio ou arrhenal a 0,05 cada 2 dias.
Lecithina	a 0,05 pura ou associada aos balsamicos (vide pneumonia).
Phosphorados, Strychnina, Morrhuol, Liposan Azotyl	Glycerophosphato de sodio — 0,20. Strychnina — 0,002
<b>Tuberculinas</b>	As tuberculinas contraindicam-se nos casos agudos, com febre alta, progressivos, formas exsudativas e cavernosas, e nos casos leves ou benignos.
Casos medios	Nem é indicação uma cuti-reacção positiva.

Indicam-se para o tratamento dos casos me-  
dios que não melhoraram com os tratamentos phy-  
sicos e medicamentos ou outros, as formas fibro-  
sas, torpidas ou lentamente progressivas.

#### Individualização

Impõe-se, pois, uma individualização.

Tuberculina antiga de  
Koch

As tuberculinas mais importantes são a “tu-  
berculina antiga de Koch” e “emulsão de bacil-  
los”. Ha uma serie enorme de tuberculinas: tu-  
berculina de Bereneck, Linimentum tuberculini  
compositam de Petroschky, tuberculina Pandorf  
para o tratamento percutaneo, isto é, por meio de  
fricções. Neste processo percutaneo, de facil ma-  
nejo, não se pode bem dosar a quantidade absor-  
vida pela pelle.

Emulsão de bacillos

Linimentum tuberculini  
compositum Petroschky

Tuberculina Pandorf

O essencial é a dosagem individualizada, isto  
é, começaram-se com doses minimas — diluições  
muito altas — que provoquem reacções peque-  
nas, e augmentarem-se as doses lentamente, não  
fazendo a injectão subsequente sem que a reac-  
ção anterior já esteja desaparecida de todo.

É necessaria estricta individualização, não ha-  
vendo necessidade de se continuar com o trata-  
mento, uma vez obtidas as melhoras e a cura  
clinica.

### **Pneumothorax**

Nas formas unilateraes, com cavernas e sem  
adherencias pleuraes.

A introducção de gazes na cavidade pleural  
determina uma retracção consideravel do pulmão  
em direcção do hilo-collapseo — expre-  
mendo o parenchyma e as cavernas, que ficam,  
assim, em repouso, e retrahidas.

#### Creanças

Na tuberculose infantil cavernosa e mesmo na  
hilar aberta ou fechada com tendencia á invasão,  
ainda se indica o pneumothorax.

Evitar pressão nos gazes ou ar, que não deve  
ser injectado, mas aspirado pelo doente.

Lactante — 100 a 150 cc.; creanças maiores  
— 200 a 300 cc. de ar.

Duração tuberculose hilar fechada: 1 a 2  
annos; aberta, 2 a 3 annos.

## Neuróze e Neuróticos

---

Disse um escritor italiano que o século XX é o século neurótico. E, principalmente nestes últimos 10 anos, o espírito humano para amoldar-se, resistir e vencer as mutações bruscas e incessantes do meio, na realização de conhecida lei biológica, sofreu profundas transformações.

Ha um desequilíbrio acentuado entre o meio exterior, tumultuoso, dinâmico e jazbandico e o **Eu** psicológico, vibrátil, ansioso por vencer e adaptar-se.

Daí o desequilíbrio e o estado neurótico da época.

O homem actual é um ansioso. Daí a angustia humana. Angustia do amor. Angustia da morte (veja-se o numero extraordinario de suicídios). Angustia da vida. E, mesmo, angustia da felicidade e da riqueza.

O modernismo, e o é todo que evolui e não tem domesticado o pensamento, seja na arte, na filozofia ou na literatura, nada mais é que o reflexo desse estado ansioso do perfeito, dessa grande emotividade que bem caracteriza a constituição interior do homem actual.

---

A neuroze ou psicoze, sindromo traduzido por sintomas variaveis, confuzos, tumultuosos, contraditórios e caóticos, recebeu ultimamente de Delmas e M. Fleury, carinho e profundo estudo.

Não produzindo lesão inicial, a psicoze é bem um estado constitucional. Não é bem um estado morbido; é antes uma predisposição.

Uma constituição psicopática é um conjunto de tendencias. Não é uma molestia confirmada. E' a criação dum terreno específico, diz Boll e Delmas, propicio ao desenvolvimento das neurozes.

A constituição psicopática foi classificada por Delmas em 5 grupos ou tendencias:

1) **Ciclotímica** — é a tendencia inata ás excitações psiquicas e ao estado de depressão melancólica. São esses individuos que têm a vida pontilhada pôr periodos breves ou longos, de excitação, de alegria, de otimismo, para logo passarem ao periodo depressivo, de fadiga, de abatimento, de tristeza, de melancolia, em que a vida se lhes parece in-

suportavel. Neste periodo, as recordações tristes dum passado alegre, a evocação dum amôr rompido, os fazem procurar toxicomanias diversas, na ancia de uma euforia. Entre os grandes artistas, se encontram alguns ciclotímicos, como Baudelaire, Verlaine e outros.

2) **Emotiva** — é a psico-astenia de Janet. E' a nevrose da angustia de Hartemberg.

3) **Perversa** — é a tendencia nativa à **moral insanity** dos inglezes. E' a impulsão cronica, irrefreavel de cometer actos anti-sociais. E' a tendencia a delinquencia, ao assassinio. Estes individuos sentem no fundo do seu cerebro, num fluxo de sangue, o desejo aspero, violento, o desejo invencivel do crime... Não que este desejo seja manifestado numa crise passional, acompanhada de cólera irrefletida ou motivado pela cubiça do ouro. Absolutamente. Este desejo náce rápido, poderoso, injustificado, a propózito de nada, na rua, numa festa, diante as costas de um tranzeunte ou de uma mulher bonita... As costas atráem a faca...

Conta Mirbeau a historia de um celebre assassino que matava as lindas mulheres não para roubá-las: mas para violá-las. Seu esporte era conjugar o espasmo do prazer com o espasmo da morte. Nestes individuos, o instinto à perversidade os dominam como o instinto genézico. E, certo, a morte é o amôr sempre andaram juntos...

4) **Mitomaniaca** — é a mania da mentira sob a forma de contos fantasticos ou de mentira corporal, como convulsões, anestezia, contraturas, paralizia histérica. E' a tendencia mais comumente encontrada nas mulheres que no homem. E', mesmo, uma das armas mais poderozas da alma feminina...

5) **Paranoica** — é o egocentrismo, orgulho desmedido, delirio das perseguições.

---

Achille Delmas, um dos mais profundos psiquiatras francezes, fez um paralelo entre estas 5 constituições anormais e os estados normais da alma humana, isto é, conjunto das faculdades afétivas. Porque em cada um de nós, além das 3 aptidões que formam o nosso intellecto — memoria, imaginação e julgamento —, somos dotados de dispozições naturais que constituem o nosso temperamento, a nossa individualidade propria.

Vejamos as tendencias normais da nossa constituição afêtiva.

Nem todo homem é melancolico ou maniaco. Mas todos nós possuímos orijinariamente a tendencia à fadiga ou à infatigabilidade, à tristeza ou à vivacidade feliz; ao torpôr ou a exuberancia. E' a tendencia — **Actividade**.

Não ha um sêr humano que não reaja aos estímulos do mundo exterior. E de um modo diverso conforme o individuo seja um im̄presionavel, um sensível, um indiferente ou um impassível. E' a tendência de reactividade ou **Emotividade**.

Assim temos desde D. Quixôte que vislumbra exercitos quando via moinhos de vento, até o burocrata impassivelmente fechado as sensações externas, só acordando nos momentos de agitação política distrital... Temos desde a grande sensibilidade do artista até o indiferentismo do caboclo, que acocorado olha o mundo.

Todo o individuo não é simulador ou histérico. Mas todos os homens se classificam entre os leais, pólidos, amaveis, bajuladores, hipócritas e simuladores.

E' a tendencia denominada — **Sociabilidade**.

Nem todo o homem é perverso. E essa escala que vai entre os que desejam o bem e o mal, daria a tendencia — **Bondade**.

Nós todos lutamos para vivêr. Ha os ávidos e os gananciozos. Ha os modestos e os dezinteressados. Ha o egoista e o filantrópico. E' a tendencia — **Avidez**.

Todos nós a temos. São felizes os que a possuem moderadamente. Sofrerão na vida os que a possuem em gráu infimo porque terão que lutar com armas deziguais. Os de avidiez exagerada são nocivos á sociedade.

Todo o homem possui no seu complexo afêtivo estas 5 dispozições ou tendencias. Da predominancia de umas ou da insuficiencia de outras, temos as diversas escalas dos caracteres humanos. Certo, não ha nenhum individuo que possua um perfeito equilibrio entre esses componentes da nossa constituição afêtiva. Um homem de grande actividade e sociabilidade, poderá sêr um grande perverso. Um artista de grande emotividade poderá sêr anti-social. Vemos, assim, que todos nós que vivemos nesta época nevrótica, somos mais ou menos dezechilibrados...

Cada uma destas tendencias, normais, correspondem, segundo Delmas, à uma constituição neurótica. O leitôr poderá na prática ensaiar a veracidade desta classificação.

No meio político e social de S. Paulo, com as suas figuras e figuras, o curioso destas coisas encontrará um vasto campo de observação e de análise.

---

O homem possui uma inteligência e uma alma, já disse o velho conselheiro Acacio.

Memoria, imaginação e julgamento, eis a inteligência.

As cinco disposições afêtivas que se classificou acima, eis a alma.

Na maioria dos homens ha um certo equilibrio em todo este complexo, em todo este trama subtilissimo. Só entramos na patôlogia mental quando as partes deste complicado sistema, quando os componentes do intellecto — e da alma se manifestam monstruosamente hipertrofiados ou lamentavelmente atrofiados.

Os componentes afêtivos e intellectuais acima aludidos, constituem toda a nossa vida mental. Estes oito componentes na sua formidavel complexidade, na sua malha delicadissima, formam matizes infinitamente diversos: são os caracteres humanos.

Para cada organização humana, corresponde uma figura nova, uma constituição especial. Em cada ser humano ha uma capacidade especial, individual, para guardar pela memoria; de combinar, idealizar e abstractir-se pela imaginação; de comparar, verificar, raciocinar pelo julgamento. Da mesma forma todo homem possui, em grau diverso, as tendencias acima mencionadas: Actividade, Emotividade, Bondade, Veracidade ou Sociabilidade e Avidez. São estas tendencias constitucionais que formam, plasman, edificam a personalidade humana. Uma criança desde as suas primeiras atitudes, primeiros actos, primeiras palavras, reflête estas tendencias, seja em proporção equilibrada, em excesso ou insufficientemente. O conjunto dessas tendencias forma o eu fundamental.

Nós somos isso. E nada mais que isso.

A influencia do meio onde o destino nos lança; os amigos; os mestres e os seus ensinamentos; os conselhos que recebemos; a moral que nos ensinam; as obras que lemos; os obstáculos que nos retêm; as lutas que sustentamos; nossos amôres; nossas dôres, diz Mauricio de Fleury, apenas cinzelam, aperfeiçoam, peneiram, subtilizam; não modificam, porém, a essencia de nós mesmo.

A mais perfeita educação não modifica a natureza íntima, constitucional do homem.

Apenas age sobre a superfície, que polui, tinje e enverniza. Não transforma a essência, o substrato.

Tartufo será sempre Tartufo. Damazo será sempre o Damazo.

Dáí o canto popular:

Quem quer se fazer não póde,  
Quem é bom já náce feito...

**PAULO DE GODOY.**

---

**LABORATORIO DE QUÍMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLÍNICAS**

ANALYSES EM GERAL - VACCINOTHERAPIA

**Dr. Aristides G. Guimarães = Dr. Oscar M. de Barros**

Ph.<sup>co</sup> Mendonça Cortez

RUA DIREITA, 35 - 1.º  
Caixa Postal, 1600

Telephone: Central, 5033  
SÃO PAULO

## Conferencias de Therapeutica Clinica

Dr. Ulysses Paranhos

---

*(Devemos á gentileza do Dr. Ulysses Paranhos a publicação, nesta Revista, das Conferencias de Therapeutica Clinica que o illustre professor livre na Universidade do Rio de Janeiro vem realizando, aos domingos, com raro brilho, na 2.<sup>a</sup> Medicina de Mulheres da Sta. Casa de Misericordia.)*

*A conferencia que se vae ler é a primeira do seu curso, que a Revista de Medicina pretende publicar integralmente.)*

Senhores:

As arterites chronicas tiveram, nos ultimos annos, fóros de realza em clinica. Com os estudos de Traube e Von Basch, na Allemanha, Potain e Huchard, em França e Riva-Rocci, na Italia, o phantasma da hypertensão, o principal syndrome desta entidade morbida, ardoou na móda e todo o velho e todo o epicurista gabou-se de ser ou vir a ser um doente de suas arterias.

Presentemente, com os trabalhos de Pal, de Vienna e da escola franceza representada, sobretudo, por Vaquez e seus discipulos, a questão das arterites foi collocada nos devidos termos e a sua therapeutica fundamentada em dados mais scientificos e positivos.

O que se chama uma arterite crónica?

A arterite cronica é uma lesão degenerativa dos vasos arteriaes, cujo processo anatomo pathologico differe conforme a degenerescencia se localiza para o lado dos grandes ou dos pequenos vasos.

Se os grandes vasos são atacados, particularmente a aorta, regista-se uma degenerescencia das tunicas da arteria e nota-se a formação de placas a principio gelatiniformes e ,mais tarde, duras, esclerosas, calcareas; são os chamados *atheromas*, sendo denominada de *atheromasia* a lesão caracterizada pela presença de atheromas. A arterite cronica, das arterias medias, e pequenas, se designa sob o nome de *arterio esclerose* e possui como substractum uma transformação fibrosa com espessamento da tunica muscular do vaso.

As arterites cronicas dependem de uma toxi-infecção lenta, actuando constantemente e, por longo tempo, sobre as paredes vasculares e oriundas de venenos fabricados pelo proprio organismo ou, então, de infecções microbianas ou intoxicações accidentaes.

No numero das auto intoxicações figuram as differentes affecções classificadas no termo confuso de *artrismo*. Nas intoxicações exogenas enfileiram-se em primeiro plano, o alcool, o tabaco e o chumbo.

No numero das infecções capazes de provocar a arterite cronica, mostra-se em primeiro plano a luës, que segundo as recentes estatisticas de Vaquez é a responsavel pela maioria dos casos dessa affecção.

Emfim a velhice, assignalando o declínio das funcções vitaes, determinando a miopragia do organismo inteiro é susceptive de causar arterites cronicas e isso vemos, particularmente, depois do cincoentenario, nos estafados physica e moralmente, nos que viveram sem moderação e nos portadores de uma debilidade organica dos vasos. Nestes, as arterias enferrujam-se precocemente, repetindo a phrase pitoresca de Peter.

As arterias atacadas por um processo inflammatorio cronico, quando são accessiveis ao exame, apresentam-se sem elasticidade, dura, com dilatações e nodosidades.

Quando a arterite cronica interessa as arterias do cerebro, notam-se a presença d evertigens, zumbidos de ouvido, cefalá, perturbações visuaes e sensitivo-motoras; quando affecta os vasos dos membros abdominaes o doente queixa-se de dôr, formigamento, podendo-se apresentar o phenomeno da *claudicação intermitente*.

A atheromasia aortica revela-se por um certo numero de symptomas funcçionaes e signaes physicos, que precisam ser conhecidos.

Existem dôres retro-esternaes, violentas, com irradiações para o pesço e braço, dores essas seguidas de surtos dyspneicos reflexos, com ponto de partida aortico e exercendo sua acção sobre o vago. Notam-se ainda vertigens, barulho nos ouvidos, e phenomenos subsidiarios do sistema neuro glandular da vida organica.

No ponto de vista da propedeutica physica se observará que a aorta se mostra dilatada, a crossa ultrapassando o esterno, as pulsações augmentadas e perceptíveis á palpação e a escuta accusa a percepção de um clangôr á segunda bulha.

Na phase avançada da arterite cronica estabelece-se a *cachexia arterial*, ou em outros termos, estabelece-se um estado de depauperamento geral e progressivo, que leva o coração a grande insufficiencia, com terminação pela morte.

De um modo geral pode-se sintetizar o evoluer da arterite cronica no seguinte conceito de Huchard: “— começa por uma intoxicação, mantém-se por uma intoxicação e termina-se por uma intoxicação”.

### EXPOSIÇÃO DE UMA OBSERVAÇÃO CLINICA DE ARTERITE CRONICA (1)

Mulher de 50 annos, preta, casada, brasileira, domestica .

Antecedentes hereditarios: — sem importancia.

Antecedentes pessoais: — relata ter gozado bôa saúde. Nega contagio venereo-sifilitico. Não tem filhos vivos. *Perdeu 4 entre abortos e nati-mortos e outros 4 em diferentes idades e de causa ignorada.* Diz ter tido reumatismo articular agudo. *Amnesia no que se refere á noção do tempo.*

Historia actual — Ha algum tempo começou sentir-se donete: dôres nas pernas, especialmente esquerda, cefaléa, tonturas. *As dores dos membros são acompanhadas de formigamento, sente entorpecimento e retracção das pernas, que se produz quando quer exercer alguma actividade, e que é acompanhada de formigamento.* Vê-se obrigada a procurar apoio nestas occasiões, para não cair. Já apresentou *edema dos membros inferiores* hoje desaparecidos em virtude de estar deitada. *Sensações de zumbido no ouvido esquerdo.* Dôres abdominaes extendendo-se á região lombo dorsal esquerda. Constipação rebelde do ventre. Polakiuria.

Exame physico: mulher de côr preta, regularmente constituida no aspecto geral. Pela inspecção, cicatrizes de queimaduras nos pulsos devidas á applicação de remédios quando tem reumatismos. Deformação bilateral dos membros inferiores, que tomam o aspecto de uma adaga turca. Lipoma na região dorso lombar direita.

---

(1) Tomada pelo doutorando José Augusto Lefèvre.

*Ganglios epitrocleanos bastante volumosos do lado direito. ETERNALGIA e tibialgia acentuadas.*

Exame do aparelho circulatorio: — Pulso 80, denunciando pouca elasticidade das arterias.

*Arterias humeraes e radiaes sinuosas e um tanto resistentes. É perceptivel ao nivel do umbigo, a aorta abdominal.*

Pressão arterial (methodo Riva-Rocci): — *Mx-170; Mn-160.*

Choque da ponta no 6.<sup>o</sup> espaço intercostal, á esquerda da linha mamilar. Area cardiaca augmentada. Escuta: sôpro sistolico perceptivel no foco mitral; clangor da 2.<sup>a</sup> bulha perceptivel no foco aortico.

Aparelho respiratorio — Hypersonoridade, em relação com a idade, na base do pulmão direito. Murmurio respiratorio apagado em toda extensão do thorax.

Aparelho abdominal — nada digno de registro.

Aparelho genito-urinario — urina albuminosa, diminuição dos saes, raros cylindros hyalinos.

O exame radiologico revelou augmento da aorta e outros signaes de aortite cronica; Wassermann negativa.

## CONSIDERAÇÕES THERAPEUTICAS

A observação acima referida pode-se diagnosticar como sendo de uma *arterite cronica de origem luetica*, manifestando-se sob a forma anatomoclinica de atheromasia e arterioesclerose.

A Wassermann negativa não invalida a ideia de lues, que tem em seu favor os *abortos, a nati-mortalidade da descendencia da doente; a presença de ganglios epitrocleanos e a tibialgia e esternalgia acentuadas.*

O diagnostico de arterite cronica fundamenta-se numa serie de signaes e symptomas que, lendo a observação, chamamos a vossa attenção; *vertigens, claudicação intermitente, zumbido nos ouvidos, hypertensão, arterias duras e sinuosas, augmento da area aortica, clangor aortico, etc.*

Firmado o diagnostico de arterite cronica, qual o tratamento a se instituir em nossa doente?

Em primeiro lugar é preciso confessar que contra o processo escleroso, uma vez elle iniciado, nada podemos fazer, apenas é possivel im-

pedir que elle evolva e se agrave, ou, então, attenuar as suas consequencias maleficas sobre o resto do organismo.

Para isso, devemos seguir as seguintes normas, baseiadas nas noções etiologicas da doença e no seu processo anatomo-clinico de desenvolvimento:

- 1) — Instituir um regimen hygienico dietetico racional;
- 2) — estabelecer uma therapeutica geral das desordens funcioaes;
- 3) — acudir aos symptomas alarmantes que se apresentarem;

Como regra devida, deve a nossa doente manter-se numa actividade relativa, sendo condemnado o repouso constante no leito. Pequenos serviços domesticos, que não determinem a fadiga, são recommendaveis.

As refeições serão repetidas e moderadas, afim de se evitar a repleção do estomago, sobretudo ao jantar, que pode ser a causa de reflexos dyspneicos, congestivos e angustiosos. Deve dormir 8 horas sobre 24.

Nessa classe de doentes convem manter-se activa a curculação peripherica, afim de poupar trabalho ao coração: são, pois, aconselháveis os banhos tepidos seguidos de fricção com luva de crina ou baeta embebida em alcool canforado.

E' preciso lembrar que os esclerosos são muito sensiveis ao frio e suas consequencias nelles são a receiar-se, attendendo á grande miopragia das suas visceras.

Nestas circumstancias, é preciso agazalha-los sufficientemente, evitando as correntes de ar e a passagem brusca de um ambiente quente para outro frio, que pode determinar, particularmente, affecções pulmonares graves.

Ventre livre, meio seguro de diminuir as auto intoxicacões. O melhor medicamento, neste caso é o oleo de ricino tomado uma a duas capsulas todas as noites ao deitar-se. Os salinos não conveem, pela itercia intestinal que se segue á sua administração. Purgativos drasticos são perigosos; casos de morte têm sido registrados com a sua preconização, consoante observações do Dr. Antonio Pedro e outros. O fumo, devido á acção toxica que a nicotina exerce sobre os sistemas nervoso e circulatorio, será condemnado. Chá e café, parcimoniosamente, bem fraco, duas a tres vezes ao dia.

Nada de atmospheria viciada; ar livre, puro, bem oxygenado.

Da maior importancia é o regimen alimentar; erros alimentares são, em geral, os causadores dos accidentes graves registados em doentes como a nossa e, não raros são os reponsaveis pela morte prematura nos casos de esclerose vascular

Casos existem que possuem quasi o cunho experimental .

Senhora esclerosa, com insufficiencia cardio-renal. O seu medico, um dos nossos mais reputados clinicos, aconselha um regimen hypo-toxico, racional. Adoente revolta-se, acha-se fraca, não fica bôa. Novo medico é chamado. Este muda a dieta: os accidentes são foreiros, diz elle, de uma nutricção insufficiente. Almoce bife, ovos, vinho Bordéos. Decorridas 48 horas a infeliz fallece de coma uremico!

Senhora edosa, cachexia arterial grave. Prescrevemos regimen de leite e fructas. Desobedece e, num domingo, rebella-se e come feijão e creme de óvos. Na terça-feira repousava da vida, após uma uremia sem remedio.

Os factos relatados dão a media do quanto vale, no caso que nos occupa, uma dieta racional.

Faltando a lesão renal, deve-se prohibir as carnes, as gorduras e os alimentos ricos em cal aos arterio esclerosos e os atheromatosos simples?

Huchard tinha horror á carne; ha nisso um pouco de exagero. Em doentes com rim são pode-se deixar usar carne fresca, de açougue, só na refeição da manhã. Quanto ás gorduras e aos alimentos ricos em cal, podem ser ingeridos sem receio. Vaquez e Laubry affirmam e com razão que elles não exercem influencia pernicioso sobre os doentes. Abandonem-se os alimentos ricos em purinas e em acido oxalico.

Nos doentes com accidentes de nefrite cronica, como a nossa, convem prescrever uma alimentação de accordo com a determinação renal; hypochlorurado na nefrite hydropigenica; hipozotado na azotemia, como é o nosso caso, consoante provam as pesquisas de laboratorio.

No nosso caso é recommendavel um regimen constituido por batatas, arroz cozido, legumes verdes, fructas e pão torrado na quantidade de 100 a 200 grs. por dia. Leite, 200 a 400 quotidianamente, figurando como alimento accesorio.

Delineado o regimen, quaes são os medicamentos a prescrevermos contra o processo geral anatomo-clinico da arterite cronica?

Dentre elles o principal é o *iodo*, que a despeito de ter contra si certo numero de contradictores, mais theoreticos que praticos, guarda ainda em clinica sua realza.

Actua pela sua acção vaso dilatadora, activando a circulação dos tecidos e a diurése, e facilitando, dest'arte, a eliminação dos residuos toxicos.

Age, tambem, pela sua acção anti-toxica geral, atenuando os effeitos das toxinas sobre os elementos celulares, frenando a tendencia esclerogenica do processo inflammatorio arterial.

Deve-se receitar de preferencia os preparados iodados de absorpção lenta, aquelles de influencia constante e tolerancia perfeita.

Por via gastrica é recommendavel a *lipoiodina*, tres comprimidos por dia; ou a *saiodina*, nas mesmas doses. São succedâneos organicos dos iodetos de efficacia e tolerancia perfectas, não dando lugar ao apparecimento de phenomenos de iodismo, embora se os utilize prolongadamente. Por via hypodermica preferam-se sempre os oleos iodados: o *lipoiodol*, a *iodipina*, que se injectará na dose media de 2 a 5 cc. por dia. Aconselhavê-se por se applicar bôa porção do metalloide em pequena quantidade de vehiculo. E 'esse o methodo que vae ser submettida a nossa diente.

Convem preconizarmos os alcalinos conjunctamente com a medicação iodada. Delles, o mais indicado é o citrato de sodio: urolithico, desacidificante e anti-coagulante, prevenindo as tromboses. Pode-se usar um papel de 2 grs. em um copo de agua pela manhã e á noite.

No que se refere á D'Arsonvalisação e á diathermia, methodos muito gabados pelos especialistas; os seus resultados estão longe das esperanças despertadas nos primeiros ensaios. Contra taes processos, se levantaram duas autoridades maximas em physiotherapia: Bordier e André Broca. No que se refere aos banhos carbogaseozos, reservas grandes devem tambem ser feitas á respeito dos interessados cantarem lôas aos seus bellos successos.

Tendo-se certeza ou supposição de que o processo de aortite é subsidiario da sífilis, convem prescrever, como therapeutica geral, o tratamento anti-luetico?

Quando a infecção é relativamente recente, sim; quando antiga, qualquer medicação, neste sentido, é improficua e ás vezes, mal tolerada.

A medicação melhor é pelo bi-iodeto de mecurio, serie de 20 injeções cada mez, durante tres mezes cada anno. Preferir a via intra-muscular.

Ahi fica, em largos traços, a therapeutica geral das arterites cronicas, cabendo-nos agora, entrar na sua cura symptomatica.

O symptoma maximo, o que mais preoccupa ao clinico, no decurso das arterites cronicas, é a hypertensão.

Ha vantagem em combater sempre a hypertensão?

Conforme. Quando ella não é accusada senão pelo manometro, quando não traz nenhum desequilibrio na vida do doente, é antes uma reacção de defeza, e, portando, merece ser respeitada.

Quando, entretanto se revela por vertigem, zumbidos no ouvido, accessos anginoides, crises vasculares e outros sintomas assaz conhecidos, merece therapeutica adequada.

Um medicamento a ser applicado, nesta opportunidade, pelo seu effeito real sobre o apparelho vascular, é a *papaverina*, que, com entusiasmo, Pal (de Vienna), considera entre os mais efficazes hypotensores.

Pode-se applicar a seguinte formula:

Diuretina . . . . .	0,50
Chloridrato de papaverina . . . . .	0,05

F. Em uma capsula, n.º 30, tome 3 ao dia.

Não se proporcionará a papaverina nas lesões esclerósas dos rins, sendo no entanto, indicado todas as vezes que a hypertensão fôr de origem funcional espasmódica (hypertensão transitoria e formas moderadas da hypertensão arterial).

É ainda aconselhavel, nestes casos, o *silicato de sodio*, que provoca uma queda da pressão arterial e o desaparecimento das vertigens, cefaléa e albuminuria.

É recommendavel a seguinte formula:

Solução xaroposa de silicato de sodio . . . . .	15 grs.
Agua distillada de fl. de laranjeiras . . . . .	250 grs.

F. Uma colher de sôpa, em meio copo de agua, tres vezes por dia, durante um a dois mezes; suspender quinze dias e recommear de novo.

Loeper elogia, como um excellent hypotensor, a *tintura de alho*. Não possuímos experiencia pessoal sobre o assumpto. Tomam-se XX gotas por dia em um calice de agua.

Nas crises da hypertensão intensas, em que se precisa intervir rapidamente, é de bom aviso lançar mão de outros hypotensores, cujo effeito se manifesta pouco tempo após a sua preconização. É o caso da doente que nos occupa.

Entre esses figura o *nitrito de amylo* e a *trinitrina*.

O nitrito de amylo, o ether amylo-nitroso, é o medicamento de preferencia nas hypertensões: diffunde-se rapidamente no sangue e provoca uma vaso-dilatação intensa acompanhada de queda da pressão sanguinea, consequencia desta vaso-dilatação sanguinea.

Usa-se em inhalações, sobretudo, nos surtos anginoides; não se utilizará desse corpo nos arterios escleroses congestivos.

A trinitrina, ether trinitino da glycerina, emprega-se exclusivamente em solução alcoolica a 1/100. É um vaso-dilatador energico, sendo o homem

muito sensível á sua influencia. Poucos momentos após o seu emprego, observa-se uma hyperhemia intensa e baixa da pressão respectiva. A acção da trinitrina é sempre passageira, o habito se manifesta em pouco tempo.

Usa-se em injeções hypodermicas sob a seguinte formula :

Sol. centesimal de trinitrina . . . . IV gotas  
 Agua distillada esterilizada. . . . 2 cc.

Em uma empôlla. Para injeção sub-cutanea.

Internamente adopta-se a formula abaixo que prescrevemos para o nosso caso:

Solução alcoolica centesimal de trinitrina XL gotas  
 Agua distilada . . . . . 200 grs.

Duas a quatro colheres das de sobremesa por dia, continuar dez dias, interromper dez dias e recommear dez dias.

É necessario não esquecer, repetimos, que estes hypotensivos são de acção rapida, mas de effeito transitorio. Pode-se considera-los medicamentos de occasião. Para combater a hypertensão, de um modo definitivo temos: o regimen, os iodicos e papaverina.

Havendo lesão renal presta, como hypotensor reaes serviços, a theobromina na dose de 1 gr. por dia, á qual se ajuntará igual dose de phosphato neutro de sodio, para augmentar a tolerancia para o remedio.

Renon, nessa forma de hypertensor, aconselha, e com vantagem a *tintura de cratego*, que se pode utilizar por muito tempo e que possui um poder sedatido sobre o systema sympathico, provocando, quando administrada prolongadamente uma real vaso-dilatação.

Na cachexia arterial de Huchard, derradeiro acto do grande drama de fallencia organica que occasiona a arterite cronica e em que as toxinas que envenenam a economia não são mais produzidas pela decomposição dos alimentos, porém fabricadas por ella proprio e em que os residuos toxicos que envenenam o sangue não podem ser mais removidos nem pelos iodicos, nem pelos vaso-dilatadores, nem pelos diureticos, faz-se mister recorrer a medidas energicas se quizermos salvar o organismo que morre aos pedaços: nesta situação veem á bailla a sangria, os purgativos, o sôro glycosado, as injeções de oxygeno, que aliviam e prolongam uma existencia de sofrimento, que, só a morte, com o seu repouso final, poderá dar um supremo alivio.

## Considerações em torno de quatro casos de Esthiomene

(Ulcus Rodens - Ulcus vulvae chronicum)

---

No decurso destes ultimos mezes nada menos de quatro casos de Esthiomene, clinicamente diagnosticados e confirmados pelos exames histopathologicos, foram registados no Serviço do Professor N. Moraes Barros.

Gynecopathia rara, a incidencia destes quatro casos, que mereceram de nossa parte especial attenção, estava a exigir a sua divulgação, pois especialistas existem que perlustram pela actividade clinica sem oportunidade da constatação de um só caso.

Sobretudo nos preoccupou a questão etiologica, porisso que meticolosamente investigamos as duas principaes causas incriminadas — a tuberculose e a syphilis. Emquanto que alguns, como Bracht e Schade emprestam ao bacillo tuberculoso um papel preponderante, outros como Küstner veem na syphilis o principal responsavel, e finalmente outros, como Weinbrenner, admittem uma tuberculosa desenvolvida em base syphilitica.

Ha ainda quem vislumbre na blennorrhagja um elemento etiologico de relevancia, como Stein e Heinemann.

A raridade da affecção em cotejo com a extrema disseminação da gonorrhéa autorisa-nos excluil-a como agente etiologico. Ao demais nos nossos quatro casos, dois delles se manifestaram em senhoras honestas e não contaminadas. As duas restantes embora apresentassem a infecção neisseriana não eram prostitutas, de sorte que pelo menos entre nós, não se justifica a expressão de Labhardt de que o ulcus rodens culmina de frequencia entre as prostitutas. E, de facto, a infecção gonococcica é aviltada pela quasi totalidade dos autores.

A hypothese que de principio nos pareceu mais sympathica foi da origem tuberculosa da ulceração. Assim, tivemos o cuidado de realizar esfregaços com a secreção das ulceras e submettel-os á exames, realisados que foram pelo Dr. L. Salles Gomes, e todos negativos. Por outro lado tratavam-se de pacientes bem nutridas, sem localisação tuberculosa em qualquer orgão, de molde que excluimos a possibilidade de uma manifestação secundaria.

Não negaremos a importancia de B. de Koch na genese da gynecopathia, porisso que elle foi encontrado por varios autores em alguns casos, e em outros não. E' nossa intenção tão somente frizar que em os nossos casos não os divisamos, e que as nossas conclusões são concordes com as de Küstner que em uma serje de casos tambem não os encontrou.

De uma feita, deu entrada para a Enfermaria, uma doente, A. M. O., com uma ulcera tuberculosa tambem assestada na fosseta navicular, em a qual foram encontrados B. de Koch e cujo exame histo pathologico era caracteristico das lesões tuberculosas, consoante a opinião do Dr. João Montenegro. Pois bem, o aspecto era bem diverso do esthiomeno, e em dois mezes a ulcera fez progressos accentuados. Infelizmente a doente se retirou do hospital recusando-se ao tratamento que lhe devia ser instituido — a radjotherapy.

A intervenção da syphilis na genese da affecção parece-nos certa. O quadro microscopico é o de uma inflammação chronica: lymphocytos, plasmazellen e cellulas gigantes. A estenosæ rectal concomittante, constatada em tres dos quatro casos, tambem falla a favor dessa estase lymphatica. Os vasos sanguineos, como nos diz Küstner, são lesados pela syphilis, originando-se uma estase lymphatica com successiva inflammação chronica e desagregação dos tecidos.

Nos nossos casos a R. de Wassermann foi sempre positiva e talvez não surtisse effeito o tratamento especifico pelo adiantamento da lesão. As doentes procuraram o nosso serviço annos depois da molestia, quando o mal era irremediavel. Apenas em um caso foi feita uma tentativa cirurgica, felizmente com successo.

O aspecto da ulceração é caracteristico, já pelo assestamento, já pelo character progressivo e pouco propenso á cura. E' uma ulcera com tendencia á formação de fistulas (em um dos nossos casos havia extensa fistula recto vaginal), de bordos descollaveis e infiltrados, bem como os tecidos circumvizinhos. Fundo levemente granuloso, sangrando com relatjva facilidade. Sensibilidade reduzida. Resistencia aos meios usuaes empregados no tratamento das ulceras.

No tratamento experimentamos a acção dos raios ultravioletas, geral e local, sem resultado. O tratamento antiluetico pelo 914 e Bismutho, egualmente não conferiu resultados apreciaveis.

Apenas em um delles, no que mais se prestava, o Prof. Moraes Barros decidiu pela intervenção. E foi feliz. A doente restabeleceu-se.

Assim, ao nosso ver, o tratamento operatorio é o unico que offerece garantias, mas é necessario ser opportuno, isto é, depende da precocidade do diagnostico.

Vejamos as observações.

**M. F.**, 25 annos, casada. Antecedentes hereditarios e familiares sem referencia digna de registo. Secundipara. Cyclo menstrual: oligo e hypomenorrhico. Apresenta ha muitos annos um corrimento fluido, pouco abundante, ligeiramente fetido. Apresenta ha quatro annos uma ulcera vaginal, communicante com o intestino, porisso que por ella se escoam as fezes.

Exame gynecologico: — Existe na fosseta navicular uma ulceração com as dimensões de uma moeda de \$050, superficial, de bordos talhados a pique, descollaveis, ulceração que se insinua pela submucosa e que interessando a parede rectal determinou uma fistula recto vaginal com cerca de 0m,005 de diametro. Os bordos assim como os tecidos circumvizinhos são duros, infiltrados. Ha ligeira sensibilidade. O toque rectal revela um estreitamento mais ou menos a 0m,05 de esphyncter anal.

Pesquisa de Gonococcus: — Negativo.

Reacção de Wassermann: — Fortemente positiva + + + + +

Pesquisa do B. Koch na secreção: — Negativa.

Exame H. P.: — Esthiomene (Dr. J. R. Meyer)

**F. M.**, 28 annos, casada. Antecedentes hereditarios e pessoas sem importancia. Multipara. Cyclo menstrual normal. Apresenta ha muitos annos um corrimento amarello, viscoso, fetido. Apresenta ha um anno uma ulceração vaginal rebelde ao tratamento a que se tem submettido.

Exame gynecologico: — Junto á furcula nota-se uma pequena ulceração, superficial, de fundo ligeiramente granuloso, de bordos descollados e infiltrados ligeiramente.

Pesquisa de Gonococcus: — Negativa.

Reacção de Wassermann: — Fortemente positiva + + + + +

Pesquisa do B. Koch: — Negativa.

Exame H. P.: — Esthiomene (Dr. J. R. Meyer)

Em 16-3-926 foi operada pelo Prof. Moraes Barros. Resecção da ferida com extirpação das massas tumorales. Sequencia operatoria — bõa. Alta. curada.

**A. G.**, 31 annos, casada. Antecedentes pessoaes e hereditarios sem importancia. Tercipara. Cyclo menstrual regular. Ha 3 annos apresenta um corrimento amarello, abundante, viscoso, fetido, contrahido do marido. Desde então appareceu-lhe na vagina uma ulceração, de crescimento progressivo e rebelde ao tratamento empregado.

Exame gynecologico: — Labios grandes e pequenos edemaciados e espessos; esse edema é mais accentuado nos pequenos labios e na região do clitoris, em cujo prepucio se nota duas como que perfurações. Na face interna do pequeno labio direito, uma perda de substancia já cicatrisada e terminando-se inferiormente num orificio que se communica com o vestibulo. Uma outra ponte de mucosa se nota logo abaixo daquella já constatada do lado direito e uma outra do lado esquerdo. Na fossa navicular outra pequena perda de substancia, de fundo liso, de bordos descollados. Ha estenose rectal.

Pesquisa de gonococcus: — Positiva.

Reacção de Wassermann: — Positiva + + +

Pesquisa de B. Koch: — Negativa.

Exame H. P.: — Esthiomene (Dr. J. R. Meyer)

**L. C.**, 30 annos, casada. Antecedentes hereditarios e pessoas sem importancia. Multipara. Cyclo menstrual normal. Apresenta um corrimento amarello abundante, viscoso, fetido. Ha mais de um anno que lhe appareceu na vagina uma ferida contra a qual tem lançado mão de todos os recursos.

Exame gynecologico: — Na fosseta navicular prolongando-se para a parede lateral esquerda da vagina, uma ulceração superficial, de fundo ligeiramente granuloso, de bordos descollaveis e infiltrados, assim como os tecidos circumvizinhos, pouco sensivel. Ha estenose rectal.

Pesquisa de gonococcus: — Positiva.

Reacção de Wassermann: — Fortemente positiva + + + +

Pesquisa B. Koch: — Positiva.

Exame H. P.: — Esthiomene (Dr. J. R. Meyer)

São Paulo, Abril de 1926.

**DR. JOSE' MEDINA**

(2.º assistente da Clinica Ginecologica)

Laboratório de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina de São Paulo

DIRIGIDO PELO

**PROF. A. BOVERO**

## **Duas Anomalias Musculares**

**(M. Chondro-epitrochleano e M. Accessorio da  
Cavidade Orbitaria)**

Observações de PAULO SAWAYA, ODORICO MACHADO DE SOUSA,  
JOÃO THOMAZ DE AQUINO E JORGE F. SAINATI

---

Durante os trabalhos praticos de anatomia, realizados em Abril deste anno (1925), quando dissecavamos, primeiramente, a porção axillar do plexo brachial e depois os musculos e nervos da cavidade orbitaria, do mesmo cadaver, (n.º 1354, E. O., mulher parda, 40 annos, fallecida a 25-IX-924 por tuberculose pulmonar), tivemos a oportunidade de encontrar, em ambos os lados, duas formações musculares anomalias, que motivaram esta breve exposição, á qual damos o feitiço de um simples relatorio de sala de dissecção, visto tratar-se de anomalias musculares conhecidas na literatura anatomica.

### I

#### MUSCULO CHONDRO-EPITROCHLEANO

A formação muscular anomala que encontramos, quando dissecámos a porção axillar do plexo brachial, é bilateral, e estende-se da região thoraxica, atravez da axillar, até a porção distal da região brachial anterior.

De ambos os lados o m. grande peitoral se apresenta relativamente delgado, fraco no seu desenvolvimento; a sua porção infero-lateral é representada por uma faixa muscular que abandonando o restante do

musculo, na parte lateral da parede axillar anterior, descreve uma curva de concavidade voltada para baixo, para se dirigir á região antero-medial do braço, attingindo a epitrochlea.

Esta formação anomala corresponde ao *musculo chondro-epitrochleano* descrito primeiramente por *Duvernoy* no chimpanzé e depois por *Wood* (1860), muitissimas vezes no homem. Delle se encontram diffusas descripções não somente na casuistica, espalhada em jornaes anatomicos, mas principalmente nos tratados de anomalias musculares, como nos de *Testut* (1884), *Le Double* (1897) e, mais recentemente, na classica monographia de *Eisler* (1912), sendo tambem citado na maioria dos tratados classicos de anatomia descriptiva, que fazem referencias ás anomalias musculares (*Testut, Quain, Romiti, Poirier, Cunningham, Piersol, Rauber-Kopsch e outros*).

Se bem que as formações que têm o nome de m. chondro-epitrochleano, nas suas differentes modalidades e graos de desenvolvimento, sejam largamente discutidas e a sua casuistica seja numerosa, achamos opportuna a sua descripção, por ser bilateral, porque á esquerda está em relação com uma expansão da fascia brachial, que se comporta como um arco axillar membranoso, juntando-se depois ao septo intermuscular interno do braço; e emfim, muito particularmente, porque tivemos a fortuna de evidenciar, com muita minucia, a sua innervação, sendo o nosso achado facilitado pelo assumpto inicial da nossa dissecção (plexo brachial). Nesse ponto acreditamos ser o caso, provavelmente, novo na literatura, de modo que a demonstração minuciosa da innervação justifica, por si mesma, a razão desta breve nota.

Esta exposição foi baseada essencialmente nas obras acima lembradas, visto ser muito difficil em o nosso meio o conhecimento dos casos registrados na literatura, dada a falta quasi completa de collecções de jornaes de anatomia contendo as respectivas descripções.

Desejamos salientar que, para o conhecimento do m. ch.-ep., se encontra uma valiosissima contribuição na literatura portugueza, pois, entre as publicações de *H. de Vilhena* (1914, 1921), *Pires de Lima* (1914), *H. Bastos Monteiro* (1920, 1921) e *A. Tavares* (1924), algumas são, de facto, não somente as mais recentes, mas tambem as que apresentam maior numero e aspectos mais variados do referido m.

E' a esta serie de publicações portuguezas, que podem recorrer aquelles que desejarem ter uma noção de conjuncto, não só no que diz respeito, ás diferentes modalidades do m. ch.-ep., como ás questões ligadas á sua interpretação morphologica.

São estas as razões que nos levaram a abstermos de um exame critico pormenorizado da literatura sobre o assumpto, o que aliás nos obrigaria a repetir essencialmente, o que se encontra em *Testut, Le Double, Eisler, etc.*, e nas referidas publicações portuguezas, e a limitarmos a uma simples illustração do nosso caso.

Além dos numerosos casos, citados pelos ditos AA., apresentam-se outros de *Tenchini* (1880), *Bianchi* (1886), *Tobler* (1902), *Böse* (1904), e *Lunghetti* (1906) os quaes, ou não foram mencionados pelos referidos AA., ou são publicações posteriores aos tratados de *Testut e Le Double*.

Particularmente interessantes são os casos de *Griffith* (1899), que observou o m. ch.-ep. no vivo, e de *Pires de Lima* (1916) que, no cadaver, ponde diagnosticar o m. anomalo antes da disseccção.

Menção especial deve ter a observação de *Pickler* (1916) que verificou, no vivo, o m. ch.-ep. juntamente com o arco axillar muscular; essa mesma associação foie ncontrada, no cadaver, por *Tobler e Böse*.

Entre nós, embora tenha sido estudado cuidadosamente o arco axillar muscular, no cadaver (*David* — 1921, *Lindenberg Quintanilha* — 1923), e no vivo (*David*), não temos noticia de illustrações de casos do m. ch.-ep.

Tiramos, como simples curiosidade, mas com algumas reservas, do tratado de *Le Double*, as multiplas denominações com as quaes esse m. anomalo é indicado pelos AA.: *Humero-abdominalis* (*Klein*), *Abdomino-humeral* (*Dugès*), *Chondro-epitrochlearis* (*Wood*), *Brachio-abdominalis* (*Zenker*), *Brachio-lateralis* (*Humphry*), *Portio abdominalis pectoralis majoris* (*His*), *3.º peitoral* (*Broca e Pozzi*), *Pectoralis quartus* (*Haughton e Macalister*), *Portio pyramidalis pectoralis majoris* (*Rolleston e Galton*), *Feixe suplementar do grande peitoral* (*Chudzinski*), *Abdomino anti-brachial* (*Testut*), *Costo-humeralis* (*Huxley*), *Epigastric slip* (*Perrin*).

E' sufficiente esta enumeração para comprehender-se como muitas dessas denominações não se refiram e nem possam referir-se ao verdadeiro m. ch.-ep., seja este rudimentar ou no maximo desenvolvimento, mas indiquem nada mais que a porção abdominal do m. grande peitoral.

**INSERÇÃO E RELAÇÕES:** — Já dissemos que o m.ch.-ep. do nosso caso é bilateral; o seu comportamento é identico de ambos os lados, apenas com algumas variações.

A' direita a formação anomala tem a sua origem na extremidade medial da 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> cartilagens costaes, e espaço intercostal correspondente, por meio de feixes musculares delgados e pallidos, cujas inserções mediaes e inferiores se perdem numa delgada faixa que se confunde, caudalmente, com a bainha de contenção dos mm. grande obliquo e recto anterior do abdomen.

Esta porção do m. ch.-ep., que corresponde á porção caudal do m. grande peitoral (porção costo-abdominal), de côr pallida, está disposta em forma de leque, muito achatado, cujos feixes convergem para cima e para fora, sobrepondo-se superficialmente, pelo seu bordo superior, á parte mais baixa da porção costal propriamente dita do mesmo musculo.

Medialmente á linha mamillar tem-se a impressão de que esta porção inferior do m. grande peitoral se sobrepõe, como uma camada superficial, á porção de origem costal mais distal do m. ch.-ep. e de terminação no labio externo da corrediça bicipital. Esta sobreposição é marcada por um intersticio fissural, que a dissecção poz em evidencia.

Logo lateralmente á linha hemiclavear os feixes musculares da formação, anomala pela sua terminação, separam-se da porção costal propriamente dita do m. grande peitoral, dirigindo-se para baixo e lateralmente, enquanto que a outra se dirige, como de habito, para a corrediça bicipital, onde se insere, sendo recoberta ahi, na sua porção terminal, pelo tendão da porção esternal do grande peitoral.

O feixe ch.-ep., pouco antes de se afastar da porção costal do m. grande peitoral, tem a forma de uma fita, achatada em sentido medio-lateral, e está comprehendida na parte mais caudal do pilar anterior da axilla, da qual delimita a curva que, no individuo antes da dissecção, devia ser mais accentuada e mais evidente que normalmente.

Dirige-se depois para baixo, para a região brachial anterior, conservando-se logo infrapnevrotico. Nestas condições, continúa muscular até a união do terço inferior com os dois terços superiores do braço, onde se lança em um tendão delgado e achatado, que está em relação de perfeita continuidade com a aponevrose de contenção dos mm. da loja anterior do braço, ligando-se ao septo intermuscular interno.

A' esquerda o m. anômalo apresenta, como já foi dito, o mesmo conjunto de disposições, differindo somente em que, na sua origem, o m. apparece mais robusto e tem a sua inserção mais baixa que á direita, isto é, alguns feixes musculares attingem o 5.º espaço intercostal, ao nível do qual é mais evidente a continuação com a bainha do m. grande obliquo. Além disso, os feixes que constituem o m. ch.-ep. não apparecem sobrepostos, mas sim simplesmente contiguos, sendo separados, por um intersticio linear, dos feixes mais distaes da porção costal propriamente dita. Por isso, o afastamento do feixe chondro-abdominal da porção costal do m. grande peitoral, lateralmente á linha hemiclavear, se faz á custa de uma simples ampliação desta interlinha.

Na terminação brachial, os feixes musculares do m. ch.-ep. esquerdo se lançam, no terço medio do braço, num tendãosinho laminar, nacarado, de 3 mm. de largura, á maneira dos mm. semi-penniformes, e do qual examinaremos separadamente a porção superior de origem, e a sua terminação.

Cranealmente se origina, sob a face profunda de uma expansão aponevrotica, que o tendão terminal da porção costal do m. grande peitoral envia á fascia brachial, logo antes de inserir-se no labio lateral da corrediça bicipital. Resulta das disposições desta expansão aponevrotica uma verdadeira bainha de contenção, que recobre o feixe anômalo e o feixe vasculo nervoso do braço.

Este tendãosinho que apparece, como dissemos, na face profunda desta expansão, e cuja individualisação pode ser verificada muito alta, na superficie profunda do mesmo tendão terminal da porção costal do m. grande peitoral, recebe no seu bordo anterior, na parte media do braço e por uma extensão de cerca 4 cms., os feixes musculares do ch.-ep., apparecendo, até este ponto, isolados do septo intermuscular interno.

A cms. 3,5 para cima da epitrochlea, funde-se com este mesmo septo, do qual representa depois o bordo ventral muito saliente e de apparencia realmente tendinosa. Nesta sua parte inferior, constitue o tendão terminal do m. ch.-ep.

A' direita, entretanto, os seus feixes musculares se lançam directamente num tendão terminal, muito curto, sem o aspecto semi-penniforme descrito á esquerda, o qual se conserva isolado somente por uma extensão de cms. 1,5 e depois, a 9 cms. da epitrochlea se funde intimamente com o septo intermuscular interno, occupando, como do lado opposto, o bordo ventral até a epitrochlea.

No percurso axillo-brachial o m. anomalo decorre, em ambos os lados, no bordo anterior da base da axilla, cruzando por diante o feixe vasculo nervoso do braço, chegando até o bordo medial da curta porção da biceps; dahi para baixo acha-se anterior e lateralmente ao n. mediano, arteria e veias humeraes.

Relativamente ás relações do m. ch.-ep. com os vasos humeraes são dignas de notar-se, pelo interesse cirurgico, as observações de *Testut* (1892). Este A. nota que não haveria algum obstaculo á ligadura da arteria humeral, na região anterior do braço, quando o m. ch.-ep. nesta região é representado somente por um tendão que cruza obliquamente a referida arteria. O caso será diverso quando se tratar de um corpo muscular desenvolvido recobrando a arteria humeral, surprehendendo assim o cirurgião. Em taes casos, como para o arco axillar muscular, pode ser necessario, para attingir a arteria, deslocar o m. ou mesmo secciona-lo transversalmente. Provavelmente isto teria acontecido no nosso caso, numa eventual ligadura da arteria humeral na sua parte alta.

O nervo cutaneo medial do ante-braço acompanhado pela veia basilica, perfura a aponevrose na parte media do braço, passando por diante do m. anomalo immediatamente acima da porção isolada do seu tendão terminal.

INNERVAÇÃO: — Conseguimos patentear, como dissemos, com minudencia, a innervação do m. ch.-ep., por nós dissecado, o que aliás foi facilitado pelo objecto inicial da nossa dissecção.

Assim é que, ao nivel da linha axillar anterior, na altura do 4. °espaço intercostal, o m. anomalo, ahi em forma de fita, é atravessado pelo

ramo perfurante lateral do 4.º espaço que, depois de lhe ceder alguns filetes, vae distribuir-se na pelle da região mamaria. O m. ch.-ep. recebe tambem filetes do 3.º perfurante lateral, evidenciado somente á esquerda, não sendo possivel demonstra-lo á direita por ter sido, provavelmente, seccionado. Onde o m. faz a curva da axilla apresenta uma fenda, muito evidente á direita, pela qual corre o ramo perfurante lateral do 2.º espaço. Nesta passagem do nervo o m. forma uma botoeira, cuja porção caudal é muito mais delgada que a porção craneal.

Além disso, os nn. da formação plexiforme constituída pelos nn. *thoraxicos anteriores* dão origem ao *ramo superficial do pequeno n. thoraxico anterior*, que se subdivide dando um ramo para a porção costal do m. grande peitoral e um outro ramusculo para o ch.-ep. sob cuja face profunda decorrem os filetes nervosos que nelle penetram ao nivel da 4.ª costella.

Não nos foi possivel evidenciar, no braço, filettes nervosos procedentes dos ramos terminaes do plexo.

Em resumo, o m. anormal, de ambos os lados, tira a sua innervação do plexo accessorio ventral (C5) C6 — C7 (C8) (T1) (Schumacher), constituído pelos nn. thoraxicos anteriores, e dos perfurantes lateraes do 2.º, 3.º e 4.º espaços.

---

## II

### MUSCULO ACCESSORIO DA CAVIDADE ORBITARIA

O musculo considerado como anormal foi observado nas duas cavidades orbitarias, com pequenas differenças á direita e á esquerda. Trata-se de um feixinho carnoso, de uma largura maxima de 2 mms. e de menos de 1 mm. de espessura, que se origina, posteriormente, junto ao m. elevador da palpebra superior, no contorno superior do anel de Zinn e decorrendo para diante, ao longo do angulo supero-medial da cavidade orbitaria, vae terminar de modo um pouco diverso nos dois lados.

Na orbita direita o m. elevador da palpebra sup. apresenta-se bastante atrophiado, sendo quasi igual em tamanho ao feixe anomalo. O feixe que o representa tem a direcção habitual, para frente e um pouco para fóra, delimitando com o feixe anomalo um angulo de cerca de 40°. Nas suas relações e na sua inserção palpebral, não ha particularidade a salientar-se. O feixe muscular anomalo, logo atraz da trochlea do m. grande obliquo, se continúa por feixes tendinosos terminaes, que passam em baixo da mesma, sem contrahir, com a polia, relações de continuidade. Ahi elles se dividem em dois fasciculos: um medial e um lateral. O fasciculo medial, mais robusto, vae inserir-se, atravez da capsula fibrosa na parte mais anterior da superficie lateral do processo orbitario do frontal, a 3 mm abaixo da inserção da polia de reflexão do m. grande obliquo. O f. lateral, delgadissimo, atravessa o septo orbitario e se resolve numa lamina extremamente fina que vae unir na espessura da palpebra superior. á expansão medial do tendão do m. elevador da palpebra sup. Entre estes dois feixes terminaes decorre o ramo superior do nervo nasal.

Na orbita esquerda o m. elev. da palpebra sup. tem o seu tamanho normal e a largura da sua parte media é de 5 mms. As inserções do tendão terminal do feixe accessorio se fazem um pouco differente neste lado, isto é, por um fasciculo medial, que se insere tambem na superficie orbitaria do frontal, mais perto porem da espinha trochlear (1 mm inferiormente); por um f. lateral que dá uma porção principal, media do tendão terminal do m. accessorio, que se continua, claramente, com o contorno posterior da trochea cartiliginosa, e por uma terminação palpebral que se comporta como do lado opposto.

A differença entre o comportamento do m. dos dois lados, está precisamente nesta estricta relação, existente somente á esquerda, com a polia de reflexão do m. grande obliquo.

Em ambos os lados, o m. accessorio, na sua inserção de origem no anel de Zinn, é recoberto, parcialmente, pelo m. elev. da palpebra sup., estando logo depois, situado medialmente á origem do m. grande obliquo. No seu percurso está situado medialmente aos dois referidos

mm., sendo costeado inferiormente pelo bordo superior do m. recto interno, tendo como estes, as habituaes relações com a bola gordurosa da orbita.

\*

Para a interpretação desse feixe accessorio é util recorrer-se ao estudo especial, não muito claro, que deste m. fez *Le Double*, ou aos estudos das anomalias musculares da cavidade orbitaria, nos tratados classicos de *Testu*, *Charpy*, etc.

Não ha muita clareza nos AA. na discriminação dos differentes mm. accessorios da cavidade orbitaria, de modo que, ao nosso m. podem ser, indifferentemente, dadas varias das denominações utilizadas pelos diversos AA. para indicar disposições singulares. Assim, si considerarmos a atrophia do m. elev. da palpebra sup., á direita, concomitante á existencia de um feixe supranumerario, como tambem a terminação parcial deste na espessura da palpebra superior, poderiamos interpretar o m. por nós descripto, como sendo um feixe accessorio do m. elevador da palpebra sup., simulando um *m. elevador duplo*. Ou, considerando o percurso mais ou menos paralelo á porção directa do m. grande obliquo, como *m. comes obliqui superioris de Albinus*.

Levando em conta o seu tamanho e sua pequena espessura, seria apropriada a denominação de *gracillimus orbitis de Bochdalek* (1868).

Finalmente, pela verificação de sua terminação principal, embora somente á esquerda, no contorno posterior da trochlea cartilaginosa, seria natural interpreta-lo como sendo um caso do *musculus tensor trochleæ*, visto por *Albinus*, *Boldrini* (1669), *Kulmus* (1724), e particularmente por *Budge* (1859) que o considerou como uma formação normal, tendo encontrado 15 vezes em 20 individuos. Entretanto, *H. Virchow* o teria visto somente uma vez em muitos individuos.

O nosso caso não tem certamente a pretensão de alguma novidade. É notável porém, a oportunidade de sua descrição, accentuada pela observação precedente, por ser uma indicação util para pesquisas systematicas tendentes a coordenar e interpretar formações provavelmente muitas vezes identicas, apontadas com nomes differentes.

---

## BIBLIOGRAPHIA

### I — MUSCULO CHONDRO-EPITROCHLEANO

- 1) BIANCHI S. — *Varietà muscolari*. Lo "Sperimentale". Firenze. 1886.
- 2) DAVID (FILHO) J. — *Contribuição ao estudo do arco axillar muscular*. These. Bahia, 1921.
- 3) EISLER P. — *Die Muskeln des Stammes*. Bardeleben's Handbuch d. Anat. des Menschen. 1912. Bd. 2, Abt. 2.<sup>o</sup>, th. 1, S. 461-464.
- 4) CRUBER W. — *Ueber einen besonderen Kanal für den Nervus medianus im sulcus bicipitalis internus bei Vorkommen eines Musculus costo-epitrochlearis*. Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abthlg. Jahrg. 1877 — S. 411 — 423. Resumo em Jahresberichte über die fortschritte der Anatomie und Physiologie. Bd. VII. (Literatur 1878) Erste Abtheilung: Anat. 1879. S. 196-197.
- 5) HUNTINGTON G. S. — *The derivation and significance of supernumerary muscles in the pectoral region*. Journal of Anat. and Physiol. October 1914. vol. XXXIX.
- 6) LE DOUBLE A. F. — *Traité des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*. 1897. T. I. p. 248.
- 7) LINDENBERG QUINTANILHA I. — *Arco axillar muscular*. Revista de Medicina do Centro Academico Oswaldo Cruz. Vol. VII. n. 28, pg. 3-4.

- 8) LUNGHETTI B. — *Sopra un muscolo soprannumerario axillo-epitrochleare e su altre anomalie muscolari*. Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. 1906. Serie IV. Vol. XVII.
- 9) MONTEIRO (BASTOS) H. — *Notas anatomicas, (XXXIV-XLVII)*. Anaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1921. Ano IV .pg. 250.
- 9-a) IDEM — *Sur le muscle chondro-épitrochlearis. Sur les muscles periclaviculaires surnumeraires*. Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles, 1921. T. IX.
- 10) PERRIN J. B. — *Notes on some variations of the pectoralis maj. with its associate muscles*. Resumo do Bericht ueber die Fortschritttet des Anat. und Physiol. 1870. S. 233.
- 11) PICKLER K. — *Achselbogen und M. chondro-epitrochlearis bei demselben Träger*. Anatomische Anzeiger. 1916. Bd. 49 n.º 14 S. 383.
- 12) PIRES DE LIMA J. A. — *Dois casos de m. chondro-epitrochlear*. Archivo de Anat. e Anthropologia, 1914. Vol. I n.º 3, pag. 234.
- 13) TAVARES A. J. — *Estudos sobre as variações musculares do thorax* 1924. pg. 91-95.
- 13-a) IDEM — *Faisceau Musculaire Sterno-chondro-épitrochléen*. Comptes Rendus de l'Association des Anatomicistes. 1924. pg. 242.
- 14) TEIXEIRA BASTOS — *Musculo chondro-epitrochleano*. Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto. 1917-18. Vol. IV. n.º 1 pg. 155.
- 15) TENCHINI L. — *Di un nuovo Muscolo Soprannumerario (costo-omerale) del Braccio Umano*. Bolletino Scientifico. Pavia. 1880.
- 16) TESTUT L. — *Les anomalies musculaires chez l'Homme expliquées para l'Anatomie comparée, leur importance en Anthropologie* Paris, 1884. pg. 18-28.
- 16-a) IDEM — *Les anomalies musculaires considerées au point de vue de la ligature des artères*. Paris. 1892. pg. 21-23.

- 17) VILHENA (de) H. — *Musculo supra-numerario Chondro-epitrochleano*. Arch. de Anat. e Anthropol. Lisboa. 1913-14. Vol I. pg. 24.
- 17-a) IDEM — *Tendões pectoro-epitrochleanos e feixes ou mm. condro e costo-epitrochleanos*. Ibid. Lisboa 1921. Vol. VII. n. 2. pg. 89.

## II — MUSCULO ACCESSORIO DA CAVIDADE ORBITARIA

- 1) BOCHDALECK. — *Beitrag zu den anomalen Muskeln der Augenhohle*. Prager Vierteljahrsschr. Bericht ueber die Fortsritte der Anat. und Physiol. 1868. Bd. IV, p. 1. S. 123.
- 2) BUDGE. — *Beschreibung eines neuen Muskels und mehrerer Muskelun Knochwarietäten*-Zeitschrift für ration. Medic. Ibid: 1859. Bd. VII, Heft 2. S. 278. Resumo em Bericht über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie im Jahre 1859.-1861 pg. 165.
- 3) CADARSO A. R., et Goyanes J. J. B. — *Sur un faisceau sur-numéraire du releveur de la paupière supérieure*. Bulletins et Mémoires de la Societé Anatomique de Paris. 1925. N. 8. 95.e année. pgs. 242-243.
- 4) LE DOUBLE A. F. — *Traté des variations du système musculaire de l'Homme et de leur signification au point de vue de l'antropologie zoologique*. Paris. 1897. T. I. pg. 48-50.
- 4-a) IDEM — *De la possibilité du développement dans l'espece humaine du m. oblique superieur de l'oeil des vertébrés inferieurs á l'ordre des mamifères*. Bibliographie Anatomique. Paris, 1901. T. IV. Fasc. 1.

ANUNCIEM na "REVISTA de MEDICINA"

MEDIANTE PEDIDO ENVIAMOS TABELAS DE PREÇOS E PRESTAMOS PRONTAMENTE QUAESQUER OUTRAS INFORMAÇÕES

## Vaccinotherapiea endovenosa

(Contribuição ao seu estudo)

---

J. R. deu entrada no dia 7|5|925 para a I. C. H.; portuguez, branco, com 33 annos de idade, solteiro, operario.

Procedencia: Capital.

Apresentava um abcesso profundo na região glutea direita, queixando-se de dores por todo o corpo que o impossibilitava de fazer o menor movimento; cephalalgia; temperatura 38°.

Submette-se a uma intervenção cirurgica, afim de lhe ser aberto e drenado o abcesso, o que é feito pelo interno da enfermaria no dia 10|5|925. Mal se curava do primeiro abcesso, quando lhe apparecem os indicios de um outro na região peitoral direita. Este lhe é aberto e drenado no dia 17|5|925, percebendo-se já os symptomas de outro abcesso na região escapular esquerda. Cinco dias apóz é aberto este abcesso, dando sahida a uns 250 cc. de puz. Achamos conveniente uma medicação energica para combater de prompto esta verdadeira septico-pyohemia. Recorremos a vaccina anti-pyogenica de Bruschetti. Fizemos-lhe, então a primeira applicação no dia 21|5|925, por via endovenosa, de 10 cc da mesma. (Pulso = a 100 por minuto). O doente é tomado duas horas apóz de fortes tremores, calefrios, pulso filiforme, extremidades cyanoticas; o doente diz sentir que enlouquece (sic); fizemos-lhe 5 cc, de oleo camphorado, addicionado de 1 cc. de esparteina, por via sub-cutanea. No dia seguinte (22|5|925) fizemos-lhe a segunda applicação, por via endo-venosa, de 13 cc. V. A. P. B. (pulso = a 90); como no dia anterior, o doente é tomado pelos mesmos phenomenos duas horas apóz a applicação; recorremos novamente ao oleo camphorado e esparteina para combater aquelles symptomas. No dia 23|5|925, fizemos-lhe a terceira applicação por via endovenosa de 14 cc. de V. A. P. B., (pulso = 76); o doente é novamente atacado pelos mesmos phenomenos; calefrios, tremores, etc., duas horas mais ou menos após a applicação; faz-se-lhe então, a injecção de oleo camphorado mais esparteina por via sub-cutanea. No dia 24|5|925, lhe são

administradas ainda por via endo-venosa 10 cc. de V. A. P. E. (pulso = a 104 por minuto, e temperatura = a 38, no momento da applicação, pela manhã). A tarde verificamos o pulso = a 80, ea temperatura = a 36,4. No dia seguinte 25|5|925, applicamos-lhe por via intra-muscular 5 cc. de V. A. P. B.. Nos 5 dias seguintes, fizemos-lhe 2 cc. por via intra-muscular. No dia 30|5|925, queixava-se o doente de dores na região renal direita; feito o exame verificamos tratar-se de um abcesso peri-nephretico em evolução; o mesmo é aberto e drenado, no dia 1|6|25. Findas duas semanas, estava o nosso doente em vias de completo restabelecimento sendo então, concedida a sua alta, curado, no dia 23|6|925.

### OBSERVAÇÃO L. S.

L. S. brasileiro, preto, com 23 annos de idade, solteiro, operario, deu entrada no dia 24|1|26 para a I. C. H.

Trasido pela Assistencia Policial e em estado de choque pelas 11 horas da manhã. Apresentava o esmagamento da perna direita com fracturas multiplas da tibia e do peroneo ao nivel do terço medio da perna, acompanhado de grande hemorragia, provavelmente correndo por conta da arteria tibial posterior. Foi levado para a sala de operações não sendo possível fazer a ligadura da arteria em virtude do estado de choque e ainda excessiva perda de sangue. Foi por isso feito simplesmente um tamponamento rapido ao mesmo tempo que eram applicadas injeções de oleo camphorado, esparteina e soro physiologico. Foram feitos curativos só dois dias depois, pois o estado do doente não permittia no primeiro dia que se arriscasse levantar o curativo, pois iamnos ter uma nova hemorragia. Houve suppuração ao mesmo tempo que se formava uma extensa zona de gangrena que caminhava para o lado do Joelho. Pulso e temperatura de septicemia. O estado do doente não animava a que se fizesse uma amputação, e limitavamos nos curativos retirar as partes gangrenadas o quanto possível. Necessitando de uma medicação energica, afim de combater o estado septicemico appellamos para o V. A. P. B. por via endovenosa. No dia 26 fizemos 10 cc. pela manhã e 10 cc. pela tarde, temperatura igual a 38° e pulso a 103 de manhã e 39,5 e pulso 110 á tarde. Dia 27 fizemos 12 cc. de tarde temperatura e pulso eguaes ao dia anterior. Dia 28 fizemos 15 cc, pela manhã temperatura 37,5 e pulso igual a 100. Estando o

doente apresentando sensíveis melhoras, resolvemos não aplicar a vaccina á tarde. No dia 29 pela manhã foi feita a amputação circular infundibuliforme alta da coxa. A tarde do mesmo dia fizemos 15 cc. não apresentando o doente temperatura febril e o pulso era igual a 90. No dia 30 fizemos pela manhã 15 cc. a temperatura e o pulso eram normaes. A cicatrização processou-se normalmente tendo o doente recebido alta curado no dia 6 de Março de 1926.

**OBSERVAÇÃO: — M. C.**

M C: — 46 annos, italiana, casada, branco, operaria.

**DIAGNOSTICO CLINICO: —** Septicemia puerperal.

**TRATAMENTO VACCINO THERAPICO ENDOVENOSA: —** Resultado optimo.

Pae morto. Seis irmãos vivos fortes e sadios, mãe viva e forte. Nunca soffreu operação, seis partos a termo, aborto nenhum, puerperios normaes.

Teve a primeira menstruação aos sete annos (sic). A ultima menstruação foi em Julho de 1925. O ciclo menstrual é normal e abundante, dura 4 dias, intervallos de 28 dias, é indolor.

**MOLESTIA ACTUAL: —** Gestação normal e parto a termo, correndo normalmente tanto o primeiro como segundo parto. Placenta foi expulsa inteira. Quatro dias após o parto começou o corrimento e ao mesmo tempo febre que augmentava á tarde e diminuia de manhã. Passou em casa 4 dias mais e vendo que não melhorava o mal, resolveu procurar o hospital onde deu entrada no dia 8 de Abril de manhã, em estado pouco animador, não falava mais.

**INSPECÇÃO: —** Mulher de estatura mediana, com abundante panniculo adiposo não apresentando defeito physico algum. Cor branca, cabellos grisalhos, esqueleto bom, estatura 1,65, compleição bôa, os differentes órgãos e aparelhos normaes, temperatura axillar, 39,5.

**EXAME GINECOLOGICO: —** Abdomen. Ventre ligeiramente saliente, symetrico, linha branca fortemente pigmentada. Apalpação: sensibilidade diffusa e uma resistencia mediana volumosa, que se insinua na escavação pelvica que parece corresponder ao utero em involução puerperal. Forma abaulada symetrico, estrias presentes, musculatura bôa, ausente e sensibilidade no ponto Mac-Burney.

**ORGÃOS GENITAES EXTERNOS: —** Vulva: vestibulo sujo de secessão purulenta. Grandes e pequenos labios edemasiados. Carunculas myrtiformes presentes. Meato urinario e clytoris normaes, perinio integro.

**ORGÃOS GENITAES INTERNOS: —** Vagina permeavel a dois dedos sem qualquer anormalidade. Collo volumoso, orificio externo permeavel ao dedo indicador.

UTERO: — augmentado de volume em antiversio flexio-mobilis.

ANNEXOS: — Parametrio — Pelvi-peritonio livres.

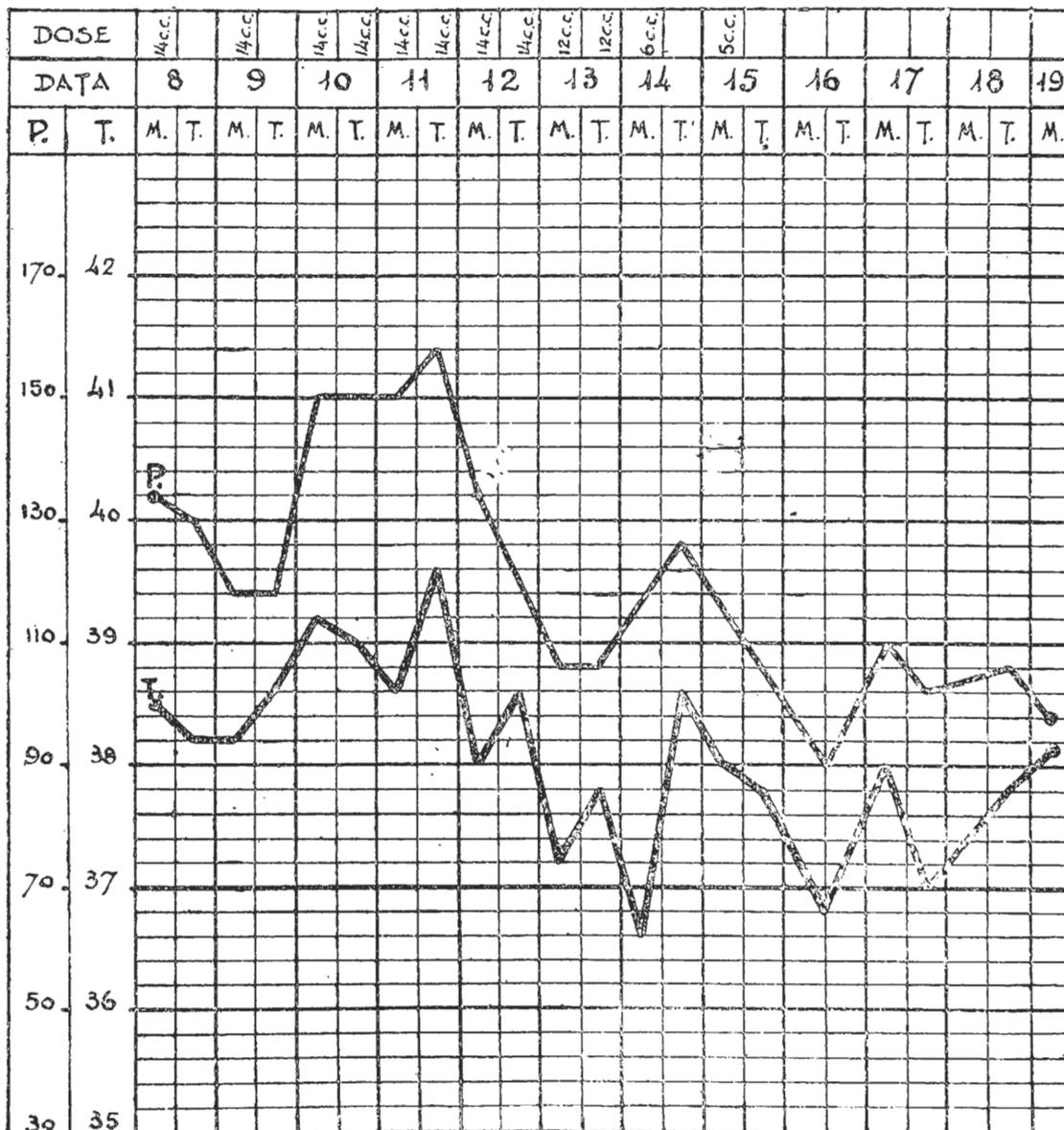
HEMOCULTURA: — negativa.

DIAGNOSTICO: — Septicemia puerperal.

TRATAMENTO: — Methodo Adoptado: — Vaccino-therapia endovenosa. Usamos a Vaccina Antipiogena Polivalente Bruschetti em doses de 14 cc. nos dois primeiros dias, 28 cc. nos tres dias seguintes, 24 cc. no dia immediato, 6 cc e 5 cc. no dois dias seguintes, todas as applicações foram feitas por via venosa. Resultado optimo. Doente curada.

OBSERVAÇÃO: — Vide graphico anexo.

NOME ..... *M. C.* .....



## LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

Rua Tymbiras 2, (sobrado) — S. Paulo - (Brasil)

Director Technico: Prof. ULYSSES PARANHOS

Consultor Technico: Prof. ERNESTO BERTARELLI

### Productos recommendaveis aos Snrs. Clinicos

**ASPIR** — (citro-bismuthato de sodio). Cura immediata de todas as manifestações da lues com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminaria. Aplicações indolores de 3 em 3 dias.

**PALUDAN** — Medicamento chimiotherapico ideal contra o paludismo. Milhares de successos nas zonas malarigenas. Injeções intra-venosas e intra-musculares diarias.

**CITOSAN** — Medicação intensiva pelos cacodylatos (0.30 por ampôla de 5 c.c. de soro physiologico estrinquinado). Indicado nas ashenias, doenças torpidas da pelle, tuberculose e convalescença de molestias prolongadas. Uma injeção intra-muscular diaria.

**CRYSTAES IODADOS** — (Succedaneo dos saes de Karisbad). Usados nas enterite e entocolites chronicas, doenças do figado e dos rins, arterio esclerose e obesidade. Uma colher das de café, numa chicara de agua quente, pela manhã em jejum.

**BIOESTAN** — Comprimidos de oxido de estanho, estanho metallico e levedo de cerveja. Combinação ideal contra as infecções estaphylococcicas da pelle. Use de 3 a 5 por dia.

**BIOMANG** — (nucleinato de manganéz). Verdadeira oxydase, agindo na economia, com função de verdadeiro catalisador. Indicado nas anemias globulares e hemolyticas e na convalescença das molestias infectuosas. Injeções hypodermicas diarias. Comprimidos: 2 a 3 por dia.

**ENTEROPAN** — (vaccina contra as affecções não especificadas do intestino). Indicado nas enterites, entero-colites e diarrhéas rebeldes. 2 a 3 injeções hypodermicas por semana.

**ANEMIA-OVARO-MAMELINA** — Associação dos extractos ovarianos e mammarios com extractos estabilizados de piscidia, viburnum e hammamelis. Cura das menorrhagias ovarites, menstruações dolorosas, accidentes da menopousa e pertubações da puberdade. Use 2 colheres das de café por dia, misturadas a um calice d'agua.

**BOINTER** — (Extracto de glandula intersticial masculina). Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressão sexual, neurastinia genita!, senilidade precoce, hypoplasias genitales da puberdade. Em injeções hypodermicas diarias, ou em comprimidos, usados diariamente.

## LABORATORIO DE ANALYSES DO

*DR JESUINO MACIEL*

Com longa pratica do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro (Manguinhos) e do antigo Instituto Pasteur de São Paulo

MICROBIOLOGIA E CHIMICA CLINICAS

Exames completos de Sangue, Urina, Fezes, Escarros, Puz, Falsas membranas e outros exudatos; Liquido cephalo rachidiano, Succo gastrico, Leite, Pellos e Escamas, Tumores e Fragmentos Pathologicos — Reacção de Wassermann e de Widai — Constante de Ambard — Auto-Vaccinas

**Rua Libero Badaró, 53 - S. PAULO - Teleph. Central, 5439**

Aberto diariamente das 8 às 18 horas — Só attende a serviços da Especialidade

## Laboratório de Química e Microscopia Clínicas

DO PHARMACEUTICO

**MALHADO FILHO**

ANALYSES DE URINA, SANGUE, SUCCO GASTRICO, LEITE, FÉZES, ESCARROS, FALSAS MEMBRANAS, REACÇÕES DE WASSERMANN, de RONCHÊSE e de VIDAL, AUTOVACCINA, etc.

O LABORATORIO FORNECE VIDROS ESPECIAES PARA A COLHEITA DE URINA, ACOMPANHADOS DAS NECESSARIAS INSTRUCÇÕES.

————— PAGAMENTO A VISTA

ABERTO DIARIAMENTE DAS 9 ÀS 18 HORAS

RUA SÃO BENTO N. 24 - (2.º andar) — Telephone - Central, 2572 — SÃO PAULO - Brasil

  
*SAUDADES*  
.....**Oscar de Araujo Cintra**

Com o falecimento de Oscar Pinto de Araujo Cintra em 8 de Novembro p. p., perdeu o Centro Academico "Oswaldo Cruz", um dos seus mais esforçados colaboradores.

Grande amigo e grande estudante, o saudozo Cintra passou pela Faculdade sempre rodeado de amizade e de admiração que lhe devotavam seus colégas e seus mestres.

O implacavel Destino, fria e violentamente, golpeou o Cintra na flôr da mais ridente idade; quando os sinos da sua juventude só bimbahavam em festa; quando trapejavam ao sopro de todos os ventos as bandeiras das suas iluzões...

Já não vives. meu Cintra!

No entanto eras moço, forte, voluntariozo, destemido; trazias na cabeça um mundo de sonhos e de idéas; abrigavas no coração grandes e generozos sentimentos; entrevias não longe, um ridente e repouzado futuro, sonhavas talvez a gloria...

A morte é cruel. Quando, no banquete da vida, tinhas ainda a taça a transbordar do vinho da juventude e ia em meio o festim, ela ceifa-te a vida dum só golpe, e rouba-te os carinhos do lar, á camaradagem de teus companheiros, á admiração de todos. Deixastes primeiro um grande espanto; depois uma profunda saudade.

A Revista de Medicina evocando o desaparecimento desse compa-nheiro de lutas e de ideáis, o faz, em homenagem ao saudozo morto.

---

A familia de Oscar Cintra ofereceu ao Centro "Oswaldo Cruz" a sua bibliotéca. Composta de mais de 2 centenas de volumes, o Centro organizou um fichario da mesma e a colocou em estante especial onde se gravou o nome do Cintra em uma pláca metálica.









**Oscar de Araujo Cintra**



## Noticiario

---

### O coração da mocidade

O Centro maquenzista "Horacio Lane" em officio dirigido ao Centro "Osvaldo Cruz", o notifica, que em assembléa geral desse Centro, ficou rezolvido oferecer-se a metade da renda do festival dançante, que realizará em 15 de Maio p. f., para o posto de combate à sífilis, mantido e dirigido pelos estudantes de medicina.

Bélo e generozo o gesto da mocidade maquenzista. Esta revista, representante do corpo dicente da Faculeade de Medicina, noticiando este óbulo de caridade e de fraternidade estudantina, na defeza do mesmo ideal, beija, agradecida, a frente desses moços, que nos vem incentivar e auxiliar para continuar-mos a campanha contra um dos mais horriveis flajélos sociáis.

---

---

### Prof. Eduardo Rabelo

A convite do Centro "Osvaldo Cruz", o prof. E. Rabelo, catedrático de siligrafia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, realizou em S. Paulo uma notavel e instrutiva conferencia sobre sífilis e o seu tratamento. Intelijencia aprimorada, espirito fino, leve e vibratil, o conferencista tratou desse velho têma duma maneira toda nova, dando-lhe uma forma atraente e interessante.

Falando sobre a Fundação Gafrê-Guinle, esse centro que irradia o bem e a caridade e sob a sua direção no Rio, o prof. Rabelo disse que essa Fundação tinha grande desejo de gastar forte quantia em S. Paulo, auxiliando e incentivando a campanha que de ha muito iniciamos, contra o flajélo da avaria que ataca não somente o homem como a familia e a sociedade.

Vizitando o Posto "Arnaldo Vieira de Carvalho" dirigido e mantido pelos estudantes, o prof. Rabelo teve muito bôa impressão. E prometeu enviar à esse posto 500 gramas de "Neosalvazan".

### **Bibliotéca da Faculdade**

Em os ultimos dias do ano passado, por iniciativa do ex-redator desta revista, o dr. Bernardes de Olivetra, foi colocado uma placa com o nome do prof. Lembert no salão da bibliotéca da Faculdade de Medicina.

A homenagem se réalizou a noite, no anfiteatro de anatomia, com toda a solenidade.

Saudou o prof. Lembert em nome dos alunos, o actual presidente do Centro, o sr. José de Almeida Camargo.

Justa e merecida foi essa homenagem ao mestre americano, pois êle muito fez e muito trabalhou para aumentar a bibliotéca da Faculdade, que hoje é perfeita e bem organizada.

---

---

### **Pósse da nova dirêtoria do Centro "Oswaldo Cruz"**

Em meados de Março tomou posse a nova dirêtoria do Centro Oswaldo Cruz, que o dirigirá em o ano de 1926. O novo presidente, moço inteligente e culto, fez um eloquente e interessante discurso em que defendeu com entusiasmo e idealismo a idéa que ha muito tempo acalentamos a fundação da Federação Paulista de Estudantes.

A nova dirêtoria é a seguinte :

Prezidente : José de Almeida Camargo.

Vice Prezidente : João Alves Meira

Secretario Geral : José Maria Cabêlo Campos.

1.o Secretario : Mucio Murger.

2.o „ Narbal Fontes.

1.o Orador : Dirceu Vieira dos Santos

2.o „ Renato Bonfim.

1.o Tezoureiro : Carlos Gomes Cardim.

2.o „ Mario Uzo.

---

---

### **Professores em viagem**

Com destino á Europa, em viagem de recreio e de estudos, partiram os srs. professores Morais Barros, Raul Briquet e Almeida Prado, respectivamente catedráticos de Ginecologia, Obstetricia e Clinica Médica - 1.a cadeira.



**COMPREM,**

**ASINEM**

**E**

**ANUNCIEM**

**EM A**

**“REVISTA DE MEDICINA”**

– O GRANDE MENSARIO PAULISTA  
DE CIENCIAS MEDICAS, EDITADO  
PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA.

**DIRÊÇÃO CIENTIFICA**

**DO**

**PROF. RUBIÃO MEIRA**

## ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

**1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais.** Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

**2. Atribuição.** Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

**3. Direitos do autor.** No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente ([dtsibi@usp.br](mailto:dtsibi@usp.br)).