

# REVISTA DE MEDICINA



DIRÊÇÃO CIENTIFICA 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>Pontos de Vista . . . . .</i>	P. de Godoy
<i>Problemas de fisiologia nervosa . . . . .</i>	Prof. H. Laugier
<i>Em torno de dois casos de Endocardite Estaphylococcica . . . . .</i>	Oscar A. Cintra
<i>Um caso de Pangenitalite . . . . .</i>	Dr. Nery Machado
<i>Notas de clinica therapeutica . . . . .</i>	Prof. Celestino Bourroul
<i>A terra, o homem e o bacilo de Koch . . . . .</i>	Acad. Paulo de Godoy
<i>Pathologia da surdo-mudez . . . . .</i>	Acad. Arnaldo Bacelar
<i>Noticiario . . . . .</i>	Redação



# 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

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

---

---

## PONTOS DE VISTA

---

---

### 1

*O nosso paiz é uma terra nova movida por novos ideáis. O brasileiro sofre a influencia trepidante dum meio confuzo e tumultuozo. Febril. Delirantemente rápido. Cinematográfico. Correntes imigratorias, em confusão de bandeiras, policromizam a terra verde-amarélo do Brazil. Kaleidoscopio de raças.*

*Transfusão de sangue.*

### 2

*Problema actual: educação.*

*Não educação negativa, pezada e indigesta. Mas afirmativa, construtora e creadora. Sem a traça do pessimismo. Terá fé. Como força renovadora e não regressiva passividade. E deixai-me aqui transcrever um trecho de Guillermo de Torre tirado do seu livro: "Literaturas europeas de vanguardia":*

*"Fé, significa entusiasmo definido; exaltacion del esfuerzo personal; creencia en los aportes originales; intransigencia victimaria frente a lo caduco y lo falso. Imposible por tanto, para él, caer en el eclecticismo que aun fascina a tantas mentes indecisas".*

### 3

*Disse Ingenieros que a cultura "dá a los pueblos otras glorias más nobles, permite saber para prever, ayuda a distinguir los ideales vivos de*

*las supersticiones muertas, ensena a no confundir con auroras los crepúsculos”.*

#### 4

*O Instituto Franco-Paulista polarizando valores mentaes pelo intercambio intelectual entre duas nações, facilita e aperfeiçoa a nossa cultura e torna mais amplos os principios universitarios.*

*Eu vejo com satisfação essa permuta de idéas.*

*E' a vulgarização do saber.*

*E' a inteligencia reunido povos.*

*Porque, positivamente, eu tenho mais confiança no mestre-escola que no político. ...*

#### 5

*Necessario e de alcance mais nacional seria o intercambio intelectual entre toda a mocidade brasileira. Seria a conjugação pelo “amôr intelectual” entre os moços do Brazil, que se levantam inquietos e rebeldes.*

*..Porque cada geração disse Ortega y Gasset “tiene su vocacion propia, su histórica misión”.*

*Em Federação ou doutra qualquer maneira a mocidade do Brazil deve articular-se para iniciar uma época, “comenzar en ella misma”.*

*P. de Godoy.*

LABORATORIO DE MICROSCOPIA E  
ANALYSES CLINICAS .....

*Dr. Altino Antunes*

Rua do Carmo N. 11 - Telephone 2463 (Central)

SÃO PAULO

## Problemas da Fisiologia Nervosa

PROF. H. LAUGIER

---

*Com intensa curiosidade fui entrevistar o Prof. Laugier que actualmente dá em S. Paulo um curso de fisiologia nervosa, promovido pelo Instituto Tecnico Franco-Paulista. Espirito vibrante, inteligencia perfectibilizada pelo estudo e pela cultura, pesquisador incansavel dos problemas da fisiologia nervosa, o Prof. Laugier é grandemente conceituado no mundo científico.*

*Mantive com êle longa palestra. Manifestou com entusiasmo a sua admiração por S. Paulo. Falou com idealismo sobre o intercambio intelectual entre os estudantes da França e os do Brazil. Referiu-se sobre a nobre finalidade da Caza do Estudante Estrangeiro em Paris.*

*Adiante publicamos o que o Prof. Laugier escreveu para a Revista de Medicina.*

### — QUE PENSEZ VOUS DES ECHANGES INTELLECTUELS FRANCO-BRESILIENS?

— Je les crois appelées à se développer tous les jours davantage; et je souhaite de tout coeur qu'ils deviennent de plus en plus nombreux et de plus en plus frequents. J'ai toujours été un partisan ardent des relations intellectuelles, artistiques e scientifiques entre tous les pays; mais particulièrement entre deux pays comme le Brésil et la France qui ont un fonds de culture commune aussi riche et qui sont faits pour se comprendre et pous s'aimer. Le travail des hommes de science, dans tous les domaines, est souvent silencieux et obscur; il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui, plus que tout autre fait progresser l'humanité et l'achemine vers des jours meilleurs, non seulement au point de vue materiel, mais au point de vue moral. Or, rien ne facilite le travail scientifique comme le contact personnel en-

tre les hommes que s'occupent des mêmes disciplines, et qui, en divers points du monde, travaillent à conquérir chaque jour de nouveaux terrains sur l'inconnu.

C'est pourquoi j'ai été très heureux, lorsque, grâce aux organisateurs de l'Institut Franco-Pauliste, et à l'aimable hospitalité de l'Etat de S. Paulo, la faculté m'a été donnée de venir dans ce pays admirer la généreuse ardeur de votre action dans tous les domaines intellectuels scientifiques, médicaux et techniques et d'y apporter ma modeste contribution; je suis très sensible à l'honneur que m'a été fait lorsque l'on m'a demandé de professer à la Faculté de Médecine, un bref enseignement sur une série de méthodes nouvelles, établie au cours des vingt dernières années au Laboratoire de Physiologie générale de la Sorbonne. Dès l'arrivée j'ai été infiniment touché par l'accueil qui m'a été fait; et extrêmement frappé par l'intérêt réel, l'attention soutenue, que les étudiants ont apporté à l'étude de ses questions, souvent un peu arides, mais d'une portée générale considérable. C'est dans une atmosphère de sympathie et de grande ardeur au travail que j'ai commencé et continué mes conférences. Je ne saurais dire combien j'en ai été profondément touché.

Mon vœu le plus cher serait que ses échanges puissent se poursuivre non seulement entre professeurs, mais entre étudiants; se serait un profit incalculable pour nos deux grandes patries si chaque année un nombre important d'étudiants pouvait passer l'Atlantique et aller les uns en France, les autres au Brésil, y nourrir à la fois des relations intellectuelles et des relations d'amitié. Esprons que ce beau rêve deviendra une réalité dans un avenir prochain.

— QUELLES SONT LES APPLICATIONS DE LA CHRONAXIE; EST CE QUE LES METHODES FONDÉES SUR LA CHRONAXIE MODIFIENT E SIMPLIFIENT LES PROCÉDÉS ACTUELS DE L'ELECTRODIAGNOSTIC?

— La chronaxie est une caractéristique objective, très pénétrante, très sensible, de l'excitabilité des tissus, fibres nerveuses, nerfs, cordons nerveux du système cérébro spinal, du sympathique, e muscles. Elle est facile à déterminer, par une technique simple et la méthode

**Prof. H. Laugier**



**S. S. pôza especialmente para a  
"Revista de Medicina"**





donne un chiffre précis. En l'utilisant, on réalise immédiatement dans le domaine de la connaissance du système nerveux, et des applications qui en résultent, tous les progrès que l'on réalise dans un domaine quelconque lorsque l'on satisfait au "besoin de mesure", et lorsque l'on substitue à une simple appréciation qualitative des faits, une mesure quantitative précise.

*Progrès dans le domaine physiologique* — En étudiant la chromaxie d'un tissu on attend du même coup toutes les caractéristiques essentielles de son excitabilité. Ainsi, la sensibilité d'un tissu aux courants est fonction de la chromaxie. De même sa faculté de sommation; de même, les caractéristiques essentielles de l'influx nerveux (vitesse de propagation, fréquence et durée des ondes de négativité dont il est constitué). — En outre, une notion capitale nouvelle résulte des travaux de L. et M. Lapicque d'une part; de C. Veil, d'autre part; lorsque deux tissus excitables se font sentir, et que l'excitation se transmet d'un tissu à l'autre, les conditions de passage sont déterminées par le rapport des chromaxies des deux tissus. Lorsque ces rapports physiologiques des valeurs des chromaxies sont perturbés, l'excitation éprouve à passer d'un tissu à l'autre une difficulté que peut arrêter complètement la transmission.

C'est ainsi que peuvent être expliquées les actions du curare, et de la strychnine, par exemple. On conçoit ainsi que les phénomènes d'aiguillage qui sont d'une importance primordiale dans le fonctionnement du système nerveux central se trouvent conditionnés par les valeurs des chromaxies des différents neurones.

*Progrès de pharmacologie et en toxicologie* — La chromaxie varie chaque fois que l'état du tissu considéré varie; s'est un reactif très fidèle et très sensible, qui permet de chiffrer l'action d'un poison, d'un médicament, d'un extrait biologique, que l'étude au moyen de la chromaxie de l'action des venins, et même sans doute des sérums anti-venimeux, permettra de faire des progrès importants dans la connaissance des lois de leur action, et dans leur étalonnage. C'est un domaine de choix pour les travailleurs scientifiques de S. Paulo, qui disposent sur ce point d'un matériel expérimental unique au monde.

*Progrès en électrodiagnostic* — La chromaxie se modifie considérablement au cours des dégénérescences; la sensibilité de ses radia-

tions au cours des divers états pathologiques permet de révéler et de chiffrer avec précision des altérations du système neuro musculaire infiniment plus faibles que celles qu'atteignent les méthodes de l'électrodiagnostic classique. Les premiers résultats observés avec une méthode simplifiée par Bourguignon et Laugier, puis avec la technique plus précise des décharges de condensateur, par Bourguignon, sont extrêmement suggestifs. Il n'est pas douteux que dans un avenir rapproché, l'étude de la chromatixie pénétrera définitivement en pathologie et constituera le centre même de l'Electrodiagnostic.

*Prof. H. Laugier.*

(Professor de Fisiologia da Sorbonne. França).

---

## PHARMACIA LANGE

PREÇOS ESPECIAES PARA MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA

**Pedidos por Telephone - Central 2223**

**Rua Vergueiro, 10 - S. Paulo**

## Em torno de dois casos de Endocardite Estaphylococcica

.....

*Trabalho lido na Sociedade Arnaldo Vieira de  
Carvalho na seção do dia 6-10-925, pelo saudozo  
Oscar de Araujo Cintra.*

E' objecto de nossa communição dois casos de endocardite infecciosa, ou mais precisamente, de cardio-valvulite aguda maligna, cujo causador é o estaphylococcus aureus.

### OBSERVAÇÃO I

Trata-se de I. C., hespanhol, trabalhador rural, de côr branca, com 48 annos de idade, casado, procedente de Araçatuba, admittido na 3.<sup>a</sup> Clinica Medica de Homens da Santa Casa em 27 de Março deste anno.

Os antecedentes familiares são nullos.

Como antecedentes pessoas conta, sem precisar bem o tempo, que de uma feita foi atacado de uma forte angina, acompanhada de febre, durando ella 4 dias. Ha doze annos teve uma pneumonia, ficando por essa occasião 6 dias de cama com pontadas de lado e febre. Diz que quando trabalhava tinha dores nas articulações do punho, sem inchação das mesmas. Nunca teve maleita, assim como nega todo e qualquer passado venereo-syphilitico. Nunca fumou, gosta muito de café, de que se serve diariamente, delle sorvendo uma caneca por dia. Ha 4 mezes que não bebe, antes disto porém, um litro de pinga durava para elle 15 dias.

### HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL

Ha 4 mezes começou ella, com conceira e muita tosse. A cãceira foi peiorando, apparecendo depois uma "batedeira" (sic) no epigastrio e inchação nas pernas. Procurou um medico que lhe receitou um remedio, mas não obteve melhora alguma. A "batedeira", que o nosso doente sente e localiza no epigastrio, é muito forte e peiora com o menor esforço.

Sente dispnéa desde o inicio da molestia; a principio ainda podia andar um pouco; hoje, isto é, no momento em que o examinámos (24 — Março), não pode nem mexer-se na cama, porque cansa-se demasiado; nem deitar-se pode, ficando constantemente sentado.

Sente dôr na “bocca do estomago” (sic), dôr esta constrictiva, augmentando com o menor esforço. Tosse muito, tendo expectoração amarellada. Não nos foi possível obter informação precisa sobre a existencia de nocturias.

O edema dos membros inferiores, que melhorava a principio com repouso, hoje é permanente.

Este é o seu primeiro accesso. A sua capacidade para o trabalho é nulla, apresentando incapacidade absoluta. Ignora o tratamento anterior.

### EXAME GERAL

Individuo mesostenico, de regular nutrição, posição orthopneica, com dyspnéa muito accentuada (35 respirações por minuto), labios cyanoticos, conjunctivas descoradas, pupillas eguaes e reagindo á luz, dentes bons, mas, mal conservados; amydalas normaes; ganglios inguinaes e axillares. Pés e mãos frios. Edema accentuado dos membros inferiores. Unhas hypocraticas; com febre, intermittente conforme o demonstra a curva thermica, que vos trago. Veias do pescoço, turgidas, mesmo na posição em pé; carotidas pulsando, com sopro systolico; sub-clavias elevadas, pulsando e com sopro systolico e fremito; crossa da aorta palpavel na furcula esternal, deixando perceber um fremito systolico. Choque da ponta no 5.º espaço intercostal, a 3 cms. para fóra da linha mamillar, fremito systolico na ponta, no decupito lateral esquerdo.

No segundo intercosto esquerdo sente-se um fremito continuo, com reforço systolico e diastolico; nesse mesmo ponto, sente-se a segunda bulha pulmonar. Aquelle fremito continuo tambem é percebido no terceiro e quarto espaços intercostaes, na linha paraesternal, parecendo systolico, com reforço pré-systolico.

As pulsações são rythmicas, batendo o coração 110 vezes por minuto.

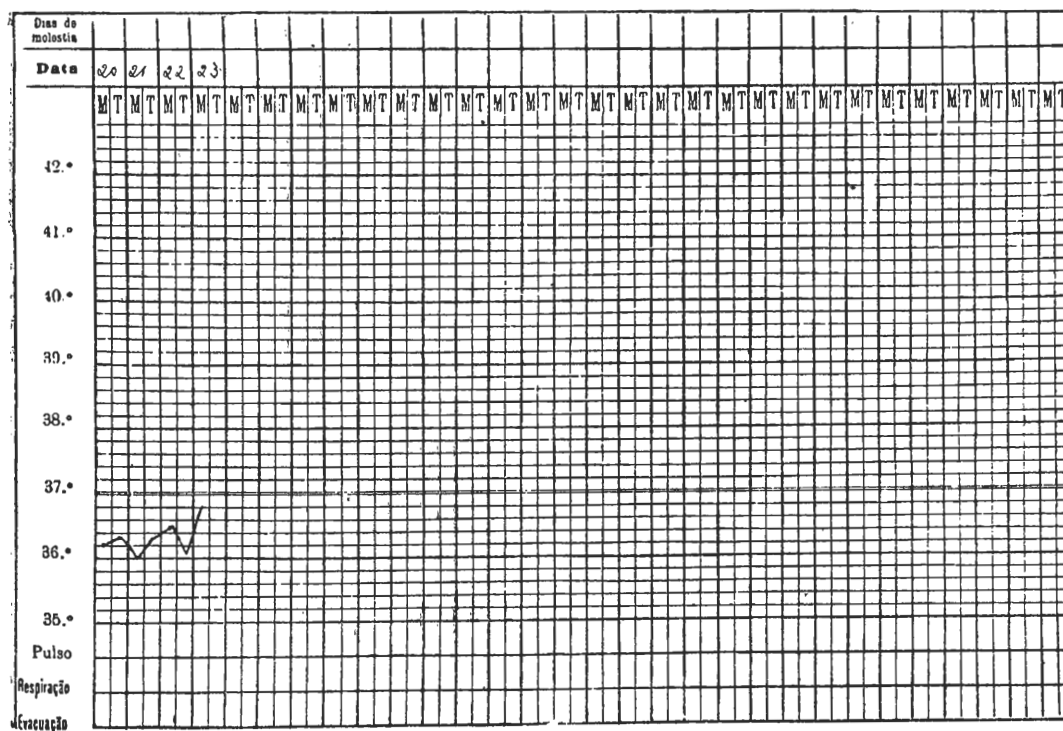
*Percussão cardíaca* Pela percussão notámos a area cardíaca muito augmentada, sendo os seus diversos diâmetros os seguintes:

D	LM	E
	1 c	
3,0	11 c	4,0
3,5	111 c	7,0
4,0	1v c	10,5
5,5	v c	12,0
	VI c	11,5

Medindo, como vêdes, o diâmetro transverso maximo: 17,5.

A radiographia não foi possível ser tirada, devido ao máo estado geral, apresentado pelo nosso doente.

*Ausculta* — Fóco aortico: duplo sopro, sendo o diastolico de propagação para o appendice syphoide; o systolico para a clavícula direita.



**Figura N. 1**

Fóco pulmonar: primeira bulha fraca e segunda muito accentuada.

Fóco tricuspide: sopro systolico e segunda bulha accentuada.



Fóco mitral: sopro systolico, com prorogação para a axilla, e segunda bulha forte.

Ouve-se ainda, no quarto intercosto esquerdo, na linha mamillar: um ruflar diastolico, com reforço pré-systolico.

Pulso rythmico, cheio e tenso, batendo 110 vezes por minuto.

Pulso de Corrigan. Arterias humeraes endurecidas.

### APPARELHO RESPIRATORIO

Sub-massicez nas duas bazes. Estertores sub-crepitantes de médias bolhas.

ABDOMEM: ascite, com massicez movel nos flancos.

*Figado*: duro, doloroso. Pela percussão, a massicez hepatica mede 14 cms. na linha mamillar.

*Baço*: percutivel, palpavel, duro.

### EXAMES DE LABORATORIO REQUERIDOS:

*Urina* — albumina: grande quantidade.

assucar: não ha.

Globulos de pús: numerosos.

Hematias: não ha.

Cylindros: hyalinos e granulosos.

*Sangue* — R. de Wassermann: + +

Uréa: não foi pesquisada.

*DIAGNOSTICO*: Syphilis-arterio-esclerose — Dupla. lesão aortica. Insufficiencia mitral.

Além disso, o doente queixando-se de reumathismo, sem que houvesse inchação de suas articulações; apresentando o mesmo no quarto dia de permanencia em nosso serviço, com centro claro; tendo baço augmentado de volume sem que houvesse tido anteriormente paludismo; apresentando-se anemico e febril, suspeitámos de um caso de endocardite lenta (entendendo-se por endocardite lenta, toda aquella, cujo agente pathogenico ou é o estreptococcus viridans ou é o bac. influenza).

Para esclarecermos devidamente o caso, recorreremos ao auxilio do Dr. Carvalho Lima, M. D. Director do Instituto Bacteriologico de S.

Paulo, que, retirando o sangue do nosso examinado, em 4 de Abril, para a divida hemocultura, viu, 3 dias após, perfeitamente confirmada a nossa suposição. Tratava-se evidentemente de uma endocardite, cujo causador a hemocultura denunciava ser o estaphylococcus aureus, que o illustre analysta affirma não ser de contaminação.

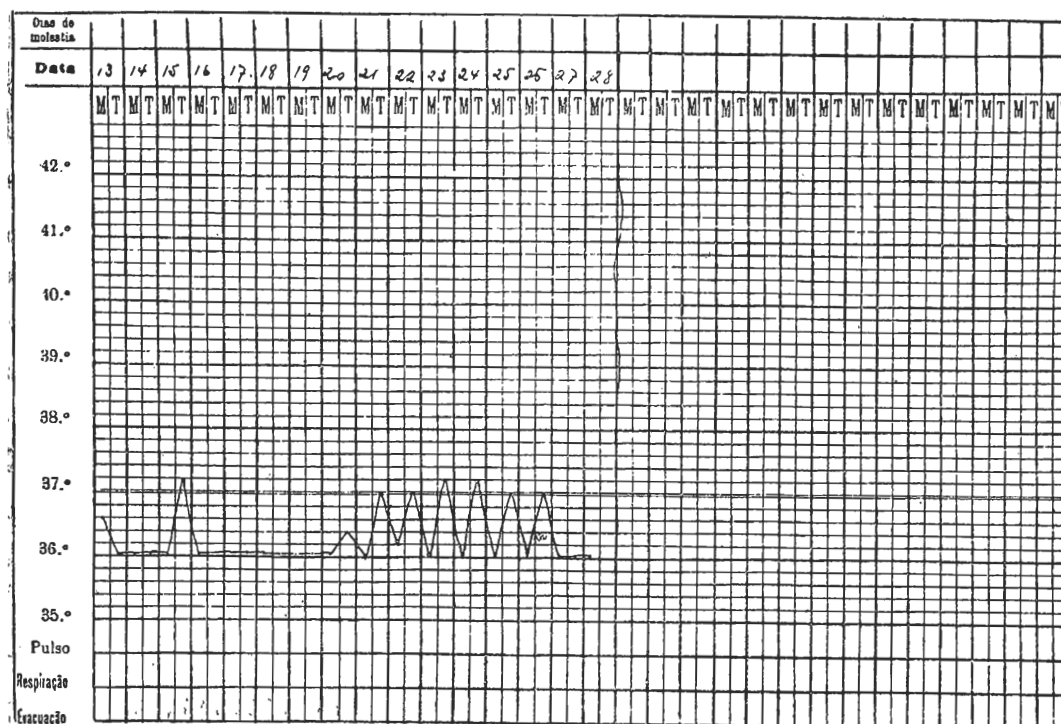


Figura N. 2

## OBSERVAÇÃO II

Trata-se de um menino internado na Clinica Pediatrica da Santa Casa.

J. M., brasileiro, côr branca, com 9 e 1/2 anos de idade, procedente desta Capital, admittido no serviço em 21 de Março deste anno.

O pae, que sempre foi sadio, falleceu ha 4 mezes, victimado por febre typhoide. — A mãe é forte; não teve aborto. — Nada de interessante para o lado dos avós do doente.

O doentinho, que é o terceiro filho do casal, foi tirado a ferro, 15 dias antes do termo, devido á eclampsia da mãe.

Soffreu de ataques durante 2 ou 3 dias. Foi sempre doentio até aos 6 mezes devido ao facto de não poder ser amamentado pela mãe.

Até esse tempo foi sujeito á amamentação mixta — leite da ama, leite de vacca com agua; a partir de 6 mezes tomou mingau de farinha lactea ,maizena e araruta.

Dentição: incisivo mediano inferior aos 7 mezes. Primeiras palavras com 1 anno. Começou a andar com um anno e meio. Teve coqueluche, sarampo. No começo deste anno teve amarellão e febre typhoide.

Ha dois annos que está doente. No começo teve ancylostomiase, de que se achava em tratamento, quando foi acommettido de febre typhoide, que o deixou bastante enfraquecido, tendo por essa occasião o seu primeiro accesso, semelhante em tudo ao presente.

EXAME GERAL: doentinho pallido, pouco nutrido, paniculo adiposo pouco desenvolvido. Amygdalas crescidas; ganglios cervicaes e inguinaes infarctados, não dolorosos. Algumas petechias na parede anterior do abdomem.

A posição em decubito lhe é um tanto penosa, razão pela qual fica sempre sentado. Apresenta-se febril e, conforme o prova a sua curva thermica, o typo da febre é intermittente. (n.º 1).

Pulso pequeno, filiforme, com 102 pulsações por minuto.

APPARELHO RESPIRATORIO — thorax um tanto emphysematoso. Respiração um pouco rude, com raros estertores subcrepitanes medios. Pequeno derrame nas duas bases.

APPARELHO CIRCULATORIO — Ictus cordis no quarto espaço intercostal, ao nivel da linha mamillar, um tanto diffuso. Nota-se grande augmento de area cardiaca, conforme vêdes pela copia da radiographia que vos apresento.

Sopro systolico na ponta, rude, propagando-se para o dorso e acompanhado de fremito bem nítido. Ouvem-se alguns attritos, e as bulhas estão abafadas. Pulso pequeno, com 102 pulsações por minuto.

APPARELHO DIGESTIVO — appetite diminuto. Fígado medindo 8 cms. na linha mamillar: Prisão de ventre. Baço augmentado de volume.

#### EXAMES DE LABORATORIO

Urina (praticado em 24-3-925):

albumina	—	não ha.
Assucar	—	” ”
Acetona	—	” ”

*Exame microscopico*: algumas cellulas epitheliaes chatas e rarissimos leococytos.

Contagem global: globulos brancos — 15.300  
 globulos vermelhos — 14.650.

Reação de Wassermann (sangue): — (24-3-925.)

*Exame radiologico do thorax*: grande augmento da area cardiaca sem signaes radiologicos, que permittam affirmar ou infirmar o diagnostico de pericardite.

Foi este, senhores. o estado do nosso doentinho, quando para o serviço da Clinica Pediatrica deu entrada pela primeira vez.

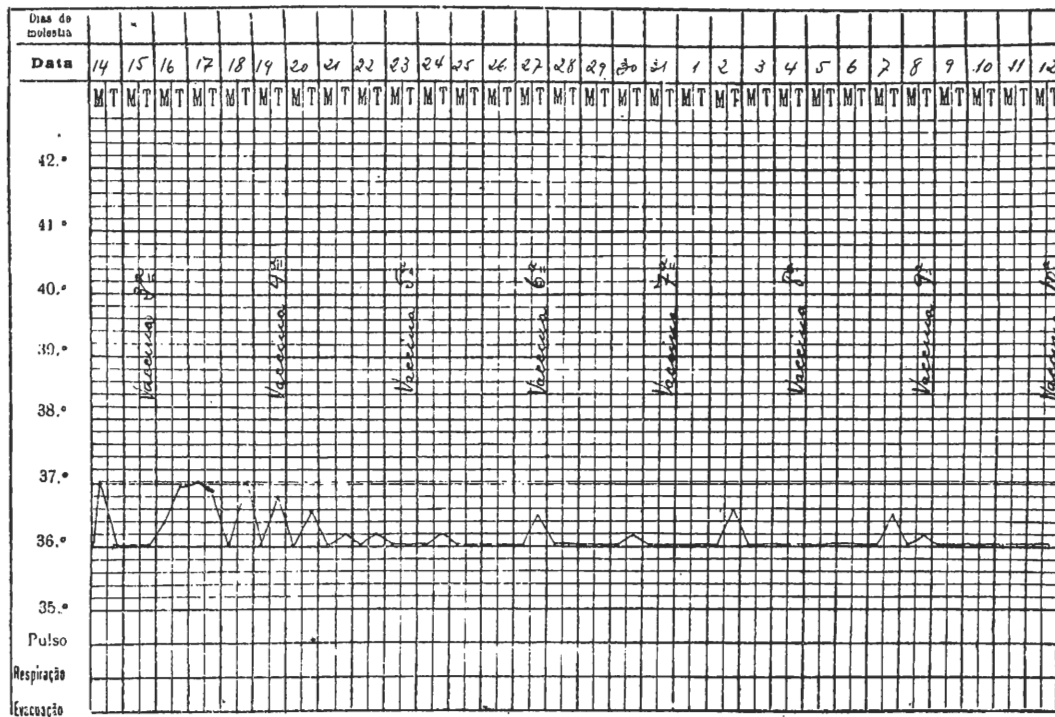


Fig. N. 3

Foi-lhe feito o

DIAGNOSTICO de: Insufficiencia mitral — Pericardite — Insufficiencia — cardiaca.

A 23 de Abril teve alta, muito melhorado, retirando-se do serviço.

A 14 de Maio, novamente nos veio bater á porta do Hospital em busca de melhora para o seu novo acesso. Mesmo estado anterior: febril (curvas thermicas n.os 2 e 3), insufficiencia mitral, asystolia.

A 28 de Junho obteve alta, bastante melhorado.

A 5 de Julho deste anno, com seu novo accesso, á Santa Casa aportou. Desta ultima vez só permaneceu no serviço 7 dias, vindo a fallecer no dia 11. (curva thermica n.º 4).

Pela continua febre, por assim dizer, que vinhamos observando em nosso doentinho, solicitámos desta ultima vez o auxilio do Dr. Carvalho Lima, que retirou o sangue do nosso examinado e dias após nos enviou o resultado do exame: a hemocultura déra resultado positivo com respeito ao estaphylococcus aureus. O sangue fôra retirado durante o surto febril e com todos os rigores de asepsia.

---

Eis senhores as duas observações que vos apresento, para comvosco trocar idéas sobre uma molestia, que uma vez assestada sobre o humano ser, levanta sobre este a espada de Damocles, que inutilmente é detida pela desarmada mão da therapeutica medica.

Das endocardites bacteirae, é, esta, a endocardite estaphylococcica a mais rara, não ha duvida. E aqui está a razão unica de ser desta communição.

Que é a mais rara ahi estão varias estatisticas para o comprovar. Limitarme-hei a transcrever a de Horder, encontrada no ultimo livro do prof. Miguel Couto. — Aquelle autor dá para 40 casos observados, com hemocultura positiva, 1 apenas produzida por estaphylococcus, ao passo que 26 eram pelo estreptococcus viridans de Shottmüller, 5 pelo pneumococcus, 2 pelo gonococcus, 5 pelo Bac. — influenza e 1 por germe não classificado.

Vede como essas proporções são notaveis, principalmente com respeito ao estreptococcus mitis. E de facto, é este o maior causador de endocardite maligna e tanto este facto é notorio, que já provocou de um autor, a exclamação de que “a endocardite maligna devida ao estreptococcus viridans tende a conquistar, no grupo das endocardites malignas, o lugar que occupa a meningite cerebro espinhal meningococcica no grupo das meningites cerebro-espinhaes”.

Infelizmente não vos pude trazer as peças anatomicas, que seriam deveras interessantes, e que illustrariam bastante os casos.

---

A endocardite, vós o sabeis, é sempre o resultado da localização sobre o endocardio de uma infecção, cujo ponto de partida é variavel. E' a doença das mil manifestações, na phrase do Prof. Miguel Couto.



Ella apparece ou *primitivamente*, sem razão appãrente, ou no *curso* de uma molestia infecciosa qualquer.

Mas geralmente, seja ella primitiva ou secundaria, apparece em individuos que apresentam lesões valvulares anteriores, de natureza rheumatica, syphilitica ou arterio-esclerotica, mais commumente de origem rheumatica. — “A endocardite plastica attrahe a endocardite infectuosa”.

Referindo-se ao caso concreto, Camille Lian affirma que, as endocardites malignas dependem geralmente dum estado septicemico indeterminado, cuja localização endocardica é descoberta muitas

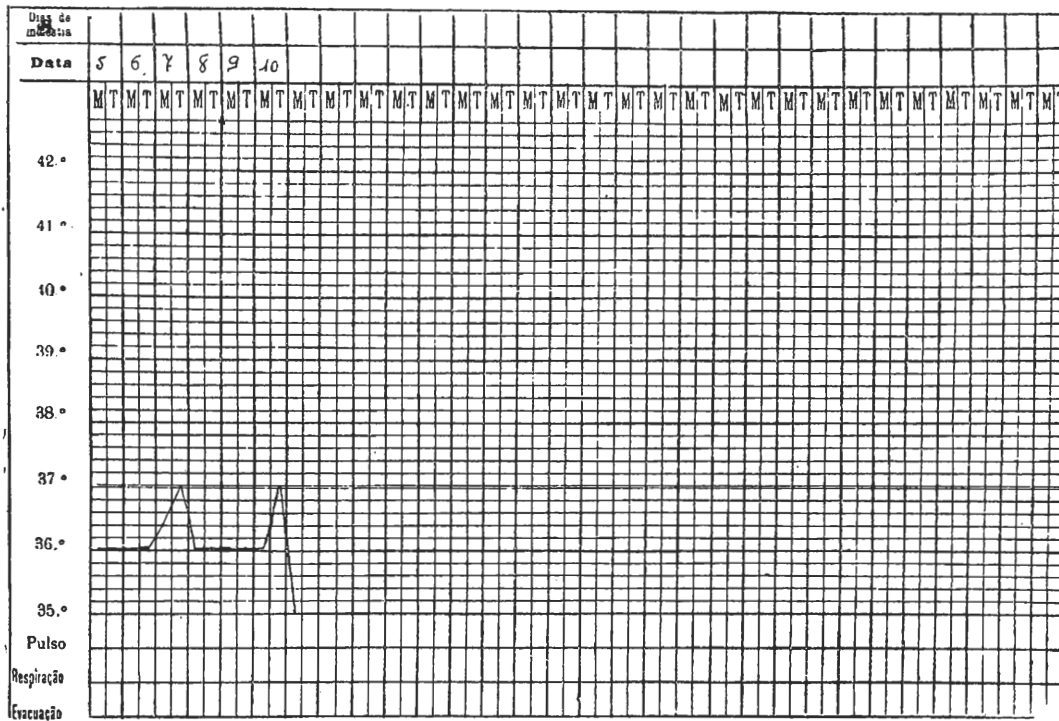


Figura N. 4

vezes só tardiamente, cuja via de penetração permanece muitas vezes duvidosa ou desconhecida, e cuja natureza bacteriologica só pode ser precisada pelas hemoculturas.

A endocardite estaphylococcica, é uma endocardite aguda, de marcha rapida por consequencia, e o exito lethal não se faz esperar muito: 8—10—15 dias geralmente. — E ahi está para o provar a morte rapida do nosso segundo observado.

E o mesmo teriamos occasião de presenciar si a familia de I. C. não o retirasse do nosso serviço.

As endocardites, segundo Libmann, se classificam em:

- a) syphiliticas
- b) rheumaticas
- c) infecciosas
- d) indeterminadas.

Para Libmann, as rheumaticas são as mais communs, sendo caracterizadas anatomopathologicamente pelos corpusculos de Aschoff-Swift.

Seguem-se em frequencia, as endocardites syphiliticas, em que se encontram lesões syphiliticas na aorta.

As endocardites indeterminadas, para Libmann, se dividem em 2 grandes sub-classes: a) forma atypica de endocardite verrucosa.

- b) Casos usualmente descriptos como terminaes.

Scientificamente, só nos casos, em que os corpusculos de Aschoff-Swift. estão presentes é que podemos affirmar que as endocardites são de uma natureza rheumatica. Ha casos typicos, que, clinicamente diagnosticados de febre rheumatica, não apresentam corpusculos de Aschoff-Swift. Por outro lado, não podemos dizer que, todos aquelles casos que não apresentam corpusculos de Aschoff-Swift não sejam rheumaticas.

Pois é nesses casos, que dizemos que a endocardite é indeterminada.

As formas atypicas de endocardite verrucosa nunca tiveram cultura positiva, e na autopsia se encontram verrugas, de natureza desconhecida e com localização valvular e mural.

As indeterminadas terminaes são aquellas que, durante o periodo terminal duma molestia debilitante, evoluem silenciosamente, sem se manifestar por signal algum. Não ha signaes clinicos; a hemocultura é negativa; e no entanto se encontram lesões na autopsia.

As infecciosas — e é a este grupo que pertencem os casos que fazem objecto de nossa comunicação, se subdividem em:

- a) agudas
- b) sub-agudas ou lentas.

As segundas são produzidas, 95 % dos casos, pelo estreptococcus viridans, e 5 % pelo bac. influenza. As endocardites agudas du-

ram geralmente no maximo 6 semanas e são seus responsaveis mais commummente: o gonococcus, o pnemcococcus e o estaphylococcus.

Senhores — Fiz esta ligeira digressão sobre as endocardites em geral, nada mais, nada menos, para classificar os casos que vos apresentou.

Volvamos porém a considerações outras, que dizem mais respeito a minha comunicação.

Aos signaes clinicos de endocardite aguda infecciosa, observados em nossos doentes (petechias ,febre intermittente, dimiuição dos globulos vermelhos, baço grande) poderíamos accrescentar si-

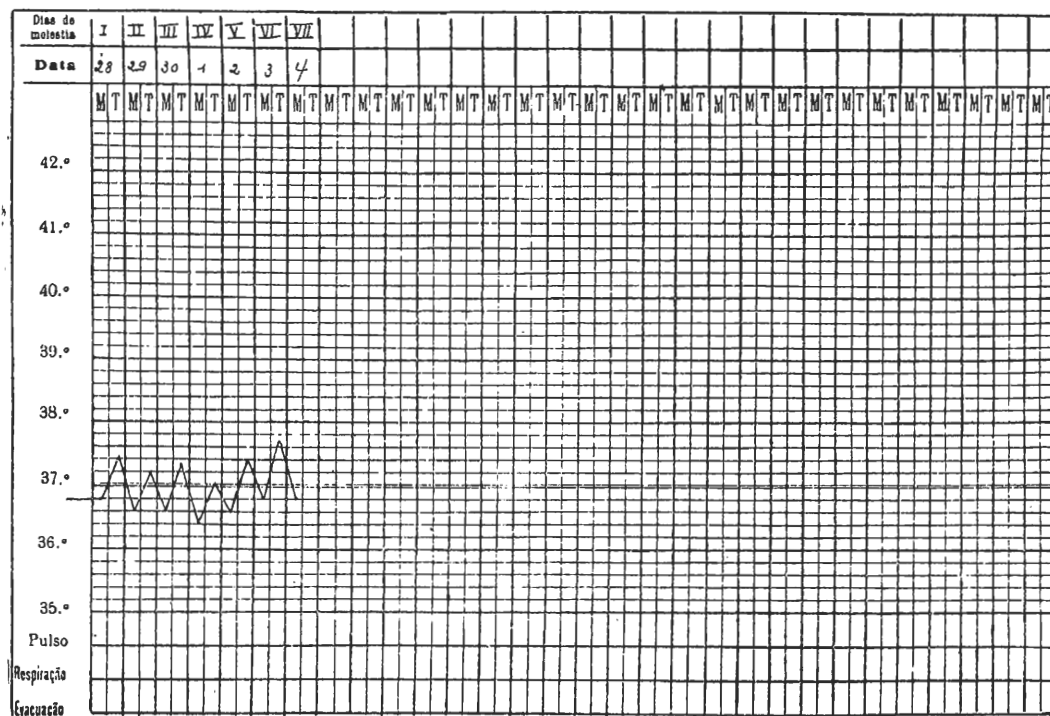


Figura N. 5

gnaes cardiacos, mas mui propositadamente não o fazemos, porque na endocardite infecciosa, o ataque ao coração se revela geralmente por lesões valvulares, acarretando sopros de timbre musical — “piaulant” dos francezes, variabilidade de intensidade e timbre de dia para dia — o que não notámos em nossos doentes.

Poderíamos, nos nossos casos, já asseverar clinicamente o ataque a uma das valvulas cardiacas, mesmo sem os caracteristicos ácima enunciados, si tivessemos observado anteriormente os nossos

doentes — numa epocha em que não apresentassem os signaes de endocardite agora encontrados

Mas podemos fazer um diagnostico de probabilidade.

*No primeiro caso*, I. C. não teve em seu passado morbi do rheumatismo poly-articular agudo; precisamos lembrar-nos ainda que o doente é um syphilitico .

Ha aqui tres hypotheses a considerar:

a) o processo localizado na aorta é de natureza luetica, e o processo estaphylococcico se asseta na valvula bicuspidé;

b) o processo bacterial se asestou num “locus minoris resistentiae” — lá onde o processo syphilitico já existia — o que é mais provavel no nosso modo de vêr.

c) a endocardite se, acha no orificio aortico, sem existencia de processo syphilitico algum.

Devo accrescentar porém, que tudo isto não passa de meras hypotheses, pois, scientificamente nada de positivo podemos affirmar.

*No segundo caso*, não titubeamos em localizar o processo infeccioso no orificio mitral.

Poderíamos ainda occupar a vossa attenção, em fazendo considerações sobre endocardite estaphylococcica em geral, mas não foi esse o nosso intento ao fazer-vos a presente communicação.

Desejava apenas dar-vos a conhecer estes dois casos de endocardite estaphylococcica, e unicamente sobre elles fazer as minhas considerações.

## LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL - VACCINOTHERAPIA

**Dr. Oscar M. de Barros**

**Dr. Mendonça Cortez**

RUA DIREITA, 35 - 1.º

Telephone: Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO

## Um caso de Pangenitalite crônica com surto agudo tratado com as vaccinas antigonococcicas e antiptogenas Bruschetti

A observada, Mme. A. R., com 24 annos, branca, brasileira, queixava-se de fortes dores na região hypogástrica com irradiação para as fossas iliacas. Achava-se acamada, quando fomos chamados para examina-la em sua residencia.

Referiu-nos que ha dois annos teve um corrimento purulento, esverdinhado, que exudava pelos órgãos genitais externos. Algum tempo depois sentiu fortissimas dores em todo baixo ventre, obrigando-a a ficar no leito por espaço de vinte dias. Consultou-se com um facultativo que lhe prescreveu lavagens de permanganato de potassio e lhe aconselhou tratamento cirurgico. Fez uso das lavagens e, como melhorasse, não se quiz submeter a intervenção cirurgica.

O fluxo purulento continuou ora com maior, ora com menor intensidade. Em janeiro do corrente, teve um surto agudo com repercussão sobre todo o aparelho genital. Fomos chamados nessa occasião. A doente estava com 39° de temperatura. Fizemos o exame ginecologico e verificamos: vaginite, metrite salpingo-coforite dupla.

Como se tratava de caso crônico, onde, certamente, outros germens, alem do gonococco, deveriam estar presentes, empregamos: Vaccinas Antigonococcicas e Antiptogena de Bruschetti, feitas alternadamente, applicação tópica de calor, e aconselhamos repouso absoluto.

Na quarta vaccina, vale dizer, depois do emprego de duas Antigonococcicas e duas Antiptogenas, achava-se a nossa doente muito melhorada: as dores espontaneas haviam cedido por completo, o corrimento muito diminuido, a temperatura normal, volta do apetite e o estado geral satisfatorio.

Na decima injeccão a doente não tinha mais corrimento, não havia mais hiperalgia da parede abdominal anterior. Sómente os pontos ovaricos pouco sensiveis á pressão. Aliás, a menstruação da nossa paciente, segundo nos informou, foi sempre precedida de cólicas ovarianas, e o fluxo catemenial era esperado nessa occasião pela doente.

Nos casos de metrite aguda, ou mesmo nas metrites crônicas com surto agudo de salpingite ou salpingo-coforite-como no caso da nossa observada, em que as grandes lavagens são contraindicadas, bem como as embrocações tópicas no endometrio, costumamos, de parceria com repouso absoluto, applicações de calor e anódinas, prescrever as "Vaccinas Antigonococcicas de Bruschetti", ou a Antigonococcica, alternada com a Antiptogena nos casos crônicos.

DR. NERY MACHADO.

Da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.



## Notas de Therapeutica Clinica

Professor Celestino Bourroul

# Tratamento das cardiopathias no periodo de descompensação

(Continuação)

Diagnostico de acaso, sem perturbação objectiva	Endocardite passada ou processos outros deixam lesões constituídas nos órgãos e tecidos, contra as quaes os remedios geralmente não agem. Iodeto de potassio, fibrolycina. Cuidado com as insufficiencias relativas por dilatação e com certos processos syphiliticos ou rheumaticos que podem, <i>à la longue</i> , melhorar ou desaparecer. Nihilistas em therapeutica. O coração para compensar as lesões precisa trabalhar mais, donde a therapeutica deve ter o fim de não augmentar o trabalho do coração, mas eliminando ou diminuindo as causas de maior trabalho e augmentando a força cardiaca isto é, deve ser uma medição de poupança.
Proibição dos cardio-tonicos	
Contraindicações	
Tratamento dietetico e. Incurabilidade das lesões constituídas.	
Therapeutica de poupança para o coração; de conservação da força.	
Não dieta de carencia.	Elevação do diaphragma, sobrecarga da circulação venosa porta e cava inferior e superior, donde repleção de sangue venoso no coração direito, hyperemia dos órgãos abdominaes, especialmente o figado.
Não refeições copiosas.	
Não refeições adubadas, temperadas.	
Não alcool, vinho, aguas e bebidas gazozas.	Muita batata, batata doce, muito pão; o repolho dilata o estomago, provocando reflexos que podem trazer perturbações, falta de ar.
Não alimentos que produzam gazes.	

- 1.a Refeição. Café, chá, leite, matte. (habito do café no Brazil).  
Ver se o leite, o pão, os biscoitos não produzem muitos gases. Ovos quentes.  
Sopas.  
Um pouco de carne.  
Verduras. Pureés, abobora, aboborinha, chuchú.
- Almoço Verduras cozidas :a couve é pesada. Alface, chicorea, espinafre, selga, serralha.  
Compotas para prisão de ventre.  
Chá, chá de camomilla, matte, chá de abacateiro.
- Merenda Chá, matte, torradas, manteiga.  
Fructas.
- Jantar Não carnes, no mais, como no almoço.  
Dormir com o estomago vasio.  
Não mais de 800 cc. a 1.000 cc. nas 24 horas. 1.500 cc. a 2.000 cc. nos mais compensados.
- Reducção de liquidos Ou por dimiuição da massa do sangue (Oertel) e menor trabalho do coração, ou sangue mais concentrado e melhor oxygenização (Zuntz).
- Cura de Karell 5—7 dias — 8 — 12 — 4 — 8 horas = 200 c. c. de leite.  
2—6 dias — um ovo 6 biscoitos.  
2—6 dias — 2 ovos pão.  
Verduras. Legumes. Arroz de leite. Carnes.  
12 dias depois, regimen mixto, mas com pouco liquido. Coração. Obesidade.

- Vinhos dos habitados. Vinhos não muito alcoolicos. Vinhos espumantes, não. Champagne, não. Bom alcool Aguardente.
- Fumo. Não fumo, nem fumaça. Angor, maior trabalho, irregularidade no trabalho do coração.
- Repouso depois das Comidas Uma hora de repouso. Compreende-se que, se no acmé da digestão, quando  $\frac{2}{3}$  do sangue se acham nos orgãos digestivos para depois passarem rapidamente para a circulação, o doente fizer exercicios mais vae augmentar o trabalho do coração, já sobrecarregado pelo volume liquido das refeições.
- Dieta sem sal  
Widal e francezes Dyspnéa, edemas, bronchite, edema pulmonar como prophylactica.
- Exercicios corporaes Cuidado. Dosagem.
- Cura de terreno, de Oertel. Cuidado.  
Apparelhos especiaes para movimentos passivos e activos.
- Gymnastica de Zender  
Gymnastica sueca de quarto. Melhor circulação peripherica, coração alliviado, veias mais desafogadas, melhor circulação venosa, melhor circulação pulmonar (gymnastica respiratoria, etc..)
- Massagem da barriga e extremidades. 500-800 metros. Acima de 1.000 as trocas organicas são mais intensas, donde maior trabalho para o coração. A questão não póde ser eschematizada, é um tanto individual, mas cuidado com as alturas. As alturas dão maior numero de globulos vermelhos e hemoglobina, donde melhor oxygenação. (Zuntz.)
- Vida ao ar livre.  
Attitude.
- Temperatura. O calor deprime o systema nervoso e musculos. No frio perda de calor e maior trabalho, porém ha recurso de roupas.  
Clima temperado e sem grandes variações.

Banhos.	31° a 35° ou 33°.
Banho morno	
Banho quente	Retenção de calor e maior trabalho do coração e irritação do centro vaso-motor que é muito habil e irritavel principalmente nos nervosos e necessidade do tonus dos vasos da pelle depois do banho.
Banho frio	Perda de calor, maiores trocas organicas e maior trabalho do coração.
Banho carbo-gazozo.	1 a 3 kilos de Steinsalz em banheira de 300 litros.
Banhos de Nauheim.	28°-35° a temperatura é baixa, donde vaso-constricção dos vasos da pelle, por via reflexa excitação do centro do vago e augmento do trabalho do coração. Porem o gaz carbonico provoca affrouxamento e dilatação dos capilares da pelle, que alliviam o trabalho do coração e compensação por diminuição da resistencia peripherica.  A agua provoca uma excitação de frio e o gaz carbonico uma excitação de calôr. Bolhas na pelle.
Reacção	No individuo são pode provocar a reacção. Tonus dos vasos da pelle. Duchas.  Nos doentes, fricções e roupas de lã, que, pela rudeza, excitam a pelle e produzem vaso-constricção.
Fricções, loções	Agua morna ou alcool, quando os banhos não são suportados.
<b>Tratamento Medicamentoso</b>	Arsenico, quando ha anemia. Tónico augmenta a hemoglobina, o appetite e melhora o estado geral.
Ársenico. Licor arsenical de Fowler	2 a 4 gotas depois ou no meio do almoço e jantar

ou

Licor de arsenito de potassio )  
 de Fowler ) ana 10 cc  
 Tintura de valeriana )

4 a 8 gotas depois do almoço e do jantar.

ou

Licor de Fowler + tintura de quina composta:

Arseniato de sodio . . . . . 0, gr. 05  
 Agua distillada . . . . . 300 cc.

Uma colher de sopa depois do almoço e do jantar.

Arrhenal

Arrhenal . . . . . 0, gr. 25  
 Agua distillada . . . . . 300 cc.

2 colheres de sopa (0,025 por dia).

Solução de arrhenal de Clin.

V gotas depois do almoço e jantar.

Injecções de arrhenal de Clin.

Injecções de cacodylato de Clin.

Licor de Pearson.

1/600. 30 cc = 0,05.

XV gotas no almoço e jantar.

## TRATAMENTO DAS HYDROPISIAS E ESTASES DAS CARDIOPATHIAS DESCOMPENSADAS.

Estase na pequena circulação, pulmões.

Estase na grande circulação, pela cava inferior.

Fígado, rins, estomago, bazo, intestinos, pela porta.

Edema das extremidades, escroto, ascite, pleura, pericardio.

Repouso — Leite.

Diurese, purgação, diaphrose.

Divisão dos diureticos.	a) — renaes, immediatos ou directos	( 1 — não irri-
		( tantes do epi-
		( thelio renal.
		( 2 — irritantes do
		( epithelio re-
		( nal.
		( 1 — directos,
		( augmentando
		( a força circu-
		( toria pelo co-
	b) — cardio-vasculares	( ração.
		( 2 — plasmoge-
		( nos, augmen-
		( to da massa do
		( sangue.

Digitalis. Diuretico soberano

Cafeina. (natrio-benzoico ( ana — 1 a 2 grs.  
(natrio salciylico (

Theobromina natrio Diuretina 4 a 6 grs.  
irrita o estomago.

Theobromina ou diuretina com phosphato de sodio — 0,25 — 1.2  
grammas.

Durante uma semana.

Santheose liquido ou comprimidos — 1 colh. de ca-  
Theosalvose fé contendo 1 gr. de theobromina.

Theobromosé Dumesnil

Theobryl

Theobryl: XXX gottas 2 a 3 gr. por dia.  
Injecções intramusculares, dolorosa.

Solução e empola.



Theocylou Merck	comprimidos e 1 2 gr.
Tecarine	3 a 4 comprimidos por dia.
Theobromina lithinada	uropheina.
Agurina	theobromina natrio-acetica.
Theocina ou theophyllina Theocina sodica	0,30 a 1gr (durante 3-4 dias, porque a acção se exgota). Em capsulas de 0,20 ou 0,30.
Theocinum natrio-acetica	empollas de 2cc na veia ou musculos — Comprimidos 2 a 4.
Euphyllina Bick (theophyllina + diamina Calomelanos	0,20 : 2 vezes = 0,60 por dia, durante 3 dias. Excita o epithelio renal. Contraindicado nas lesões renaes, estomatite, phenomenos de intoxicação, lavar a bocca com chlorato de potassio ou agua oxygenada. Corrigir a acção drastica e evitar prisão de ventre com o calomel.
Scilla (diuretica cardiovascular)	Bulbus scillae.  Cuidado com a irritação renal + tensão elevada.
Extractum scillae	0,05 a 0,30. Creanças — 0,005 e 0,01 por anno.
Oxymel scillitico	até 30 grs. 25 = 0,50 de pó.
Scillaren (Sandor)	até 0,50.  Empollas de 2 cc na veia. Comprimidos 2 a 4 por dia.  Solução XX gottas 2 a 4 vezes por dia.
Vinho diuretico amargo da Charité.	vinho de scilla composto. Uma colher de sopa tem, mais ou menos, 0,05 de scilla.
Kalium { nitricum nitrato Potasio { aceticumaceticosodio.	Mais forte que os saes correspondentes de sodio. 5 a 10 grs por dia.

Natrium {nitricum nitrato Sodio {aceticum outato	Contraindicam-se: a alcalinização da urina. pela transformação em carbonatos, donde não dar na urina alcalina ou phosphatica. a 15 % as colh. de café.
Liquor Kalium aceticum da pharmacoepa alleman	Diuréticos plasmogenos. Chás diuréticos: abacateiro, quebra-pedra, cabêlo de milho, raiz de salsa, cevada, gram- ma, bagos de zimbro..
Leite com diuretico Mingaos lacticinios Assucar de leite ou lactose	1—2 litros durante 1 semana. Mais de 2 li- tros sobrecarrega o coração.
Dextrose	sob forma de xarope — 75 grs. por dia ou 750 + 250 cc. de agua.
Glycose Diureticos combinados	Digitalis + diuretina + scilla. Diuretina + digitalis Digitalis + camphora Digitalis + calomel. Digitalis + strophantus + cafeina + theo- cina.
Uréa	5 a 10 grs.
Xarope das 5 raizes	aipo, espargos, funcho, salsa..... (ana 10)) agua fervendo, 150; assucar — 300)  Extracto lauros persea. Extracto cipó cabelludo. Extracto herva bugre. Especies diureticas.
Purgantia et drastica	Sangria branca ..
Drasticos hydragogos	augmento da secreção intestinal.
Aguardente allemã (tintura de jalapa composta)	Jalapa . . . . . 80 grs. Aguardente: allemã Excamonéa . . . . . 20 grs. Turbilo vezetal . . . . . 10 grs. Xpe. de aniz. Alcool a 60° . . . . . 960 cc. Ana - 10-30. grs..

Pílulas de Trousseau	Extracto de colocintidas. Extracto de rhuibarbo. Gomma gutta	}	ã a 1 gramma
	Extracto de meimendro — 0,25.		
	Oleo de aniz — 2 grs.		
	n.º 20. Tome 3 a 5 ao dia.		
	Cada pilula — 0,05.		
Podophylino e, 01 a 0,05	<i>Longue écheance.</i> Associado aos extractos de belladona ou de meimendro.		
	Agua viennense.		
	Infusão de senne tartarizado.		
	Infusão de abutua a 10 por mil.		
<b>Anasarca</b> Incisão	abaixo dos malleolos externos ou lado externo dos pés, 3 ou mais centímetros, com penso de sublimado ou agua phenicada fraca de Southey com tubo de borracha.		
Trocarte Paracentese	Pés dentro de tinas ou bacias, para escorrer o liquido.		
	Cirrhose cardiaca. Fígado noz-moscada.		
	Tonicos antes: oleo-camphorado, vinho, cognac.		
	Hemorragia, hematoma do peritoneo.		
Massagem Banhos quentes, 36.0	Se houver angustia, dôr de cabeça, tontura, moscas volantes, zoadas, palpitações, irregularidades do pulso, deitar bolsa de gelo na cabeça ou diminuir a duração do banho.		
Banho de vapor Banho de ar quente Banhos medicamentosos Banhos gazosos (C O2) Gymnastica	sal de cozinha. 250 grs. de bicarbonato + 300 grs. de acido sulfurico. Temperatura de 33º a 28º.		

Hyperhania cerebral pas- siva mais nas cardiopa- thias mitraes que nas aorticas	Somnolencia, insomnia, delirio, excitação; Cheyne-Stocks, nem sempre máo prognostico. age sobre os centros vaso-motores e baixa o tonus dos vasos periphericos favorecendo con- gestão de cerebro e medulla.
Insomnia	
Não opio	
Não chloral	<i>ibidem.</i>
Bromureto de sodio (mais bem supportado) que o de potassio	1 2 a 1 gr. em comprimidos de 1 2 gr. 1 2 gramma.
Adalina	Veronal 0,30 + phenacetina 0,20 + codei- na phosphato 0,02.
Bromurol	
Veronal codeonal	2-4 grs. Cheiro e gosto fortes de chloroformio e, elimina-se pelos pulmões. Não tem ac- ção sobre o coração e systema nervoso.
Veronal sodico	
Paraldahyda	
Urethana (infiel)	1-4 grs. Carbonato de ethyla.
Hedonal	1-1 gr,5. Capsulas.
Hydrate de anaeleno	2-4 grs.
Isepral	0,50-0,75-tabloides.
Suminal ou gardenal	0,10 a 0,20.
Somnifeno	XX a XL gottas.
Não dor:	sulfonal, trional, chloralose, chloralaride ou hypnal, dormial, chloral.
Purgantes	Indicações:
Ventosas seccas ou esca- ficas	1) — hyperhemia cerebral — peso na cabe- ça, tonturas, dor na nuca ou alto da cabeça, facies vermelho, congestão. 2) — hyperhemia da medulla ou meninges. 3) — hemoptises. 4) — hemorrhoidas. (dar aqui antes um purgante).
Congestão pulmonar	ventosas, cataplasmas sinapizadas.

Bronchites	fluidificantes do catarrho.
Ammoniacaes	licor ammoniacal anisado. carbonato de ammonio 1-2 grs. Chlorhydrato de ammonio até 5
Balsamicos	Balsamo peruano — 0,50 — 2 grs. Balsamo de Tolu.
Ipeca	0,10 — 0,20 por dia.
Cedrina phosphatoda	0,01 a 0,02
Chlorhydrato de heroína	0,05
Dionina	0,05 a 0,10
Extracto de belladona	5 cc.
Agua de louro cereja	

Asthma	Diuretica.
Hemoptise	Digitalis + ergotina. Ergotinina. Ergotina Bonjean até 5 grs. Ergotina Yvon 1—3 grs.

(cogumello — claviceps purpurea, cujo mycelium se desenvolve no centeio espigado) agindo na congestão, bronchoplegie (fibras lisas dos bronchios; myocardites graves) febres; congestões cerebraes e medulares.

Suores dos tísicos.

**Sangrias**  
Indicações

- 1) — cardiopathias descompensadas.
- 2) — edema pulmonar.
- 3) — dilatação do coração.
- 4) — cardiopathias em que os cardio-tonicos falharem.
- 5) — cardiopathias com cyanose e extremidades frias e pulso filiforme.
- 6) — congestão da base do pulmão e órgãos abdominaes.
- 7) — ameaça de hemorrhagia cerebral. Insolação. Arterio esclerose.
- 8) — Plethora vera. Polycythemia. Rosto cyanotico. Orelhas, veias saltadas, — 40 — 50

	annos. Hemorrhoidas que deixaram de sangrar.
	9) — Pneumonia fibrinosa ou doentes fortes.
	10) — Morbus Bright — ameaça de uremia.
	11) — Molestias de sangue-chlorose.
	12) — Envenenamentos.
	13) — Transfusão de sangue.
Quantidade de sangue	2 grs. a 4 grs. por kilo. Na chlorose e molestias de sangue — 1 gr. Não mais de 400 cc.
Perigos	Paniculo adiposo edemã. Arteria cubital. Aneurysma arterio venoso.
Estase no figado Figado cardiaco	Lesões mitraes, coração direito, figado cardiaco. Veia cava inferior, pleura, pulmões, mediastino, columna. Periphlebités venarum hepaticorum. Echinococcus. Pericardites. Concretio pericardi. (um corde).
Dôr	Ventosas, cataplasmas, sinapismos, bolsa de gelo, resulsivos, pannos quentes.
Figado rins doentes:	laxantes vegetaes: raiz de rhuibarbo. Podophyllino. cascara sagrada. Calomel, 0,05 por dia ou doses fraccionadas. Iodureto de potassio, 0,50 por dia. Proibição de carne. A carne provoca no estomago e figado hyperhemia activa. Dieta lactea. ventosas sarjadas no triangulo de Petit.

Estase renal	<p>Leite. Lactose até 100 grs. Digital Theobromina Ergotina Scilla Iodureto de potassio Acetato de potassio</p>
Estase gastro intestinal catarrho	Digital em pequeno volume e gelada.
Opio nos cardiados	<p>Dyspnéa, palpitações, tosse intensa, dôres intestinaes, excitação psychica, signaes de estase.</p> <p>Alimentação e repouso. Opio provoca somno que repousa. Experimntar ante os hypnoticos. Cuidado com a morphinomania.</p>
<p>SYMPTOMAS OUTROS DAS CARDIO- PATHIAS COMPENSADAS. VALVULAS AORTICAS (LESÕES VAL- VULARES AORTICAS).</p>	
Symptomos cerebraes e respiratorios	<p>Anemia do cerebro pela onda de retorno. Dôr de cabeça, zozzeira, tontura, cansaço cerebral, irritabilidade, mudança de character, sensibilidade.</p>
Respiração-Dyspnéa	<p>Plexus nervosus cardiacus, plexus pulmonalis. Vago. Aortite. Opio enche as arterias do cerebro, é tonico cerebral, faz respirar. Huchard. Opio é digital na insufficiencia aortica, para estes symptomos cerebraes e respiratorios.</p>
Contraindicações Bromo Quinina	<p>Injecções. Opio em pó. Extracto de opio. Tintura de opio, valeriana e aromatica ãã. 10. XV a XX gottas 3 a 4 vezes por dia.</p>



- Dyspnéa nos mitraes      Dyspnéa ao menor esforço ou mesmo em repouso. Estase pulmões ,digital e strophantus em pequenas doses.
- Tratamento pneumatico      respiração e ar rarefeito, donde anemia dos  
 Dyspepsia dolorosa      pulmões e menor quantidade de sangue que  
 Bolsa de gelo      vae ao coração esquerdo e menor trabalho  
 Apparelho respirario de      deste porem o coração direito trabalha mais.  
 Leiter      dôr no epigastrio, por accessos, caimbras (gastralgia alliviam pelo repouso, exacerbam pelo movimento, as vezes caracter pulsatil, gazes, pyrosis (aorta abdominal pulsatil ás vezes), neurose do ganglio coeliaco ou do sympathico abdominal pelo abalo pulsatil da aorta.
- Aplicações quentes      na dyspepsia dolorosa ás vezes é melhor que o frio.

**Erethisco cardiaco.****Palpitações:****Bromo****Valeriana****Quinino****Quinidina Sulfato**

ARTERIIITIS CHRONICA (o processo agudo passou desapercibido, latente).

*Arterio esclerose*

(excepto a arterite luetica, de caracteres histologicos proprios)

1 — Diathese urica.

2 — Diabetes.

3 — Adiposidade.

4 — Alcoolismo.

5 — Nicotismo.

6 — causas traumaticas, toxicas, post-infecciosas.

<p>Digital Coração insuficiente</p>	<p>A pressão elevada não é contra-indicação, quando ha insuficiencia, antes melhorando o coração abaixa a pressão e corrige a intoxicação pelo gaz carbonico.</p>
<p>Coração sufficiente</p>	<p>Baixar a pressão.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Reduzir a quantidade dos alimentos pequenas refeições) e qualidade. Carnes pretas e de caça, evitar miiollo, thymus, rins, figado ,etc. — vinhos. Toxinas alimentares augmentar a pressão. (Vaso-contricção.. Até 1.000 ms.</p>
<p>Banhos</p>	<p>Quentes os frios, prohibidos.</p>
<p>Não aguas gazozas</p>	
<p>Loções, fricções</p>	<p>Agua ou alcool.</p>
<p>Massagem</p>	<p>Ventre e extremidades — baixa a pressão.</p>
<p>Rins</p>	<p>Theobromina.</p>
<p>Iodureto</p>	<p>dilata os vasos, dilata as coronarias, diminue a viscosidade sanguinea. Eupneico. Valür psychico.</p>
<p>Perigo do iodureto em alta dose</p>	<p>Edema pulmonar. 10 dias, 15 dias no mez. Iodureto e bicarbonato de sodio.</p>
<p>Iodo-vaso geno</p>	<p>V a X gotas.</p>
	<p><b>Iodo organico</b></p>
<p>Iodipina 25 o/o</p>	<p>injecções, absorpção lenta.</p>
<p>Lipiodol Safay</p>	<p>injecções.</p>
<p>Iodogelatina Selavo</p>	<p>(Sclavo).</p>
	<p><b>Iodogenol Pepin</b></p>
	<p><b>Iodalosse...</b></p>
	<p><b>Iodonse Robin</b></p>
<p>Colla-iodo Dubois</p>	<p>Estes preparados dão-se nas doses de X a XX gotas depois do almoço e jantar.</p>
<p>Iodinol</p>	
	<p><b>Xarope iodo-tannico</b></p>
	<p><b>Saiodiva taboides</b></p>
	<p><b>Iodurase (globulos)</b></p>

	<b>Iodo</b>
	<b>Iodeto de sodio em injeccões na veia Klemperer</b>
	<b>Iodatos</b>
	<b>II</b>
	<b>Necessidade dos diureticos</b>
	<b>Arsenico</b>
	<b>Acido lactico</b>
	<b>Acido chlorhydrico</b>
Nitritos	mais indicados se coronarios affectados — angor — pôr retroesternal.
	<b>Nitrito de sodio 2 grs.</b>
	<b>Nitrato de potassio 10 grs.</b>
	<b>Bicarbonato de sodio 10 grs.</b>
	<b>Agua 300 cc. 2 a 3 colheres por dia</b>
Nitrito de sodio	Solução a 1 % — 10 2 cc. (0,01 e 0,02).
Salução	
Agua Lander Brunton	Bicarbonato de potassio . . . . . 1 gr. 80 Azotato de potassio . . . . . 1 gr. 20 Nitrito de sodio . . . . . 0,50 Agua . . . . . 500
	Para tomar durante o dia.
Trinitina	5-10-15 gotas, até dôr de cabeça pulsatil.
Nitroglycerina	63 gotas = 1 gr. VI gotas = 0,gr.001 — 1 a 2 milligrammos por dia.
	Trinitina . . . . . XXX gotas Agua . . . . . 300 cc.
	3 a 4 colheres por dia.
Tetanitrol	Tetranitrato de erythrol até 5 centigrammos (teria acção mais duravel que a trinitrina). Em doses de 1 centigrammo.
Viscum album	Extracto aquoso da planta secca — 0,10 e 0,20.
Guipsina	Globulos de 0,05. 2 a 4 por dia. Injecções
Dôr retro-esternal	Associação da guiprina aos nitritos = solução hypotensiva de Fraisse. Pontas de fogo, Sinapismos, bolsas de gelo, cataplasmas:
	<b>Iodo — — acido chlorhydrico</b>
	<b>Mercurio (acção alterante)</b>

**Leite 1 a 2 dias na semana****Ventre desembaraçado****Evitar purgantes que irrite os rins.**

Silicato de sodio  
Silicyl

Ao lado da acção vaso dilatadora da trinitrina e nitritos ,experimentar os silicatos comprimidos e injeccões.

**ANGINA DE PEITO**

Symptomas

Dôr retro-esternal irradiando para o braço esquerdo, abdome (até para os dentes , com angustia, sensação de morte ou aniquilamento.

Ver se ha diathese emotiva, syphilis ou diabetes

Muitas causas. Angina vera por arterio-esclerose das coronarias. Mesmo tratamento no momento, porém o tratamento causal é diverso.

Repouso  
Tratamento geral da arterio esclerose

Evitar exercicio. Braço esquerdo .Fumo.

Morphina

Em injeccão, dilata as coronarias e combate a ischemia do musculo cardiaco .

Hydrato de chloral

Cuidado com o atheronia.

Hydrato de chloral brometo

Xarope Dubois e Follet

Xarope de hydrato de chloral bromuretado de Dubois.

Xarope de . . . . . Follet.

Nitrito de amylo

Empolas de Boissy. Parke Davis.

III 'a VI gotas

Liquido oleoso, amarello-esverdeado, muito volatil, cheiro de bananas, provoca vaso-dilatação rapida (alguns segundos).. Como se vê, vermelhidão no rosto e cerebro. Melhor irrigação dos vasos e diminuição da tensão, sem enfraquecer o coração + tachycardia.

Contraindicação

Atheroma. Arterias cerebraes, hemorragia.

Trinitina

Tetranitol

Theobromina

Injecção. III gotas.

Diuretina

Agurina Theocina

Analgesicos

Pilulas de 0,01 até 5 no intervallo ou momento dos accessos.

# A terra, o homem e o bacilo de Koch

---

## 1

Já vai bem longe o tempo em que se considerava a tuberculose como doença de poetas. Nessa quadra bolorenta do rapé e da anqui-nha, cheia de enluarado sentimentalismo, em que os homens cantavam o luar e andavam de carro de boi, essa molestia era considerada como aristocrata.

Mas o tempo e a evolução, mais fortes que Lenine, menos sanguinarios que Danton, democratizaram o bacilo de Koch. O que não se conseguiu entre os homens, alcançou-se entre as molestias. Si ainda ha pobres e ricos, magros e gordos, cretinos e esclarecidos, todos poderão ser tuberculozos.

Ha mesmo muito idiota sadio. E intelligentes dispeticos, diarrreicos ou hemorrhoidarios.

Mas eu absolutamente não quero discutir a dezigualdade humana. E' un assunto inutil e pouco interessante. Melhor e mais aproveitavel é escrever sobre a anormalidade dos homens. Aliás todos nós o somos. Uns mais que os outros.

Eu, talvez, mais que o leitor. O leitor mais do que pensa sêr.

## 2

Avoluma-se num crescendo de proporções geométricas, a tuberculose em nosso paiz. Em 925 morreram no Rio 5000 pessoas dessa molestia. Em S. Paulo toda a semana aumentam os cazos. As estatisticas revelam que as perdas devidas as molestias reputadas epidemicas são minimas comparadas á detruição da população pela endemia tuberculosa. Ademais, a mortalidade não dá idéa exacta da frequencia do mal. E' preciso enumerar tambem os cazos que não matando, diminuem o valõr social do individuo .

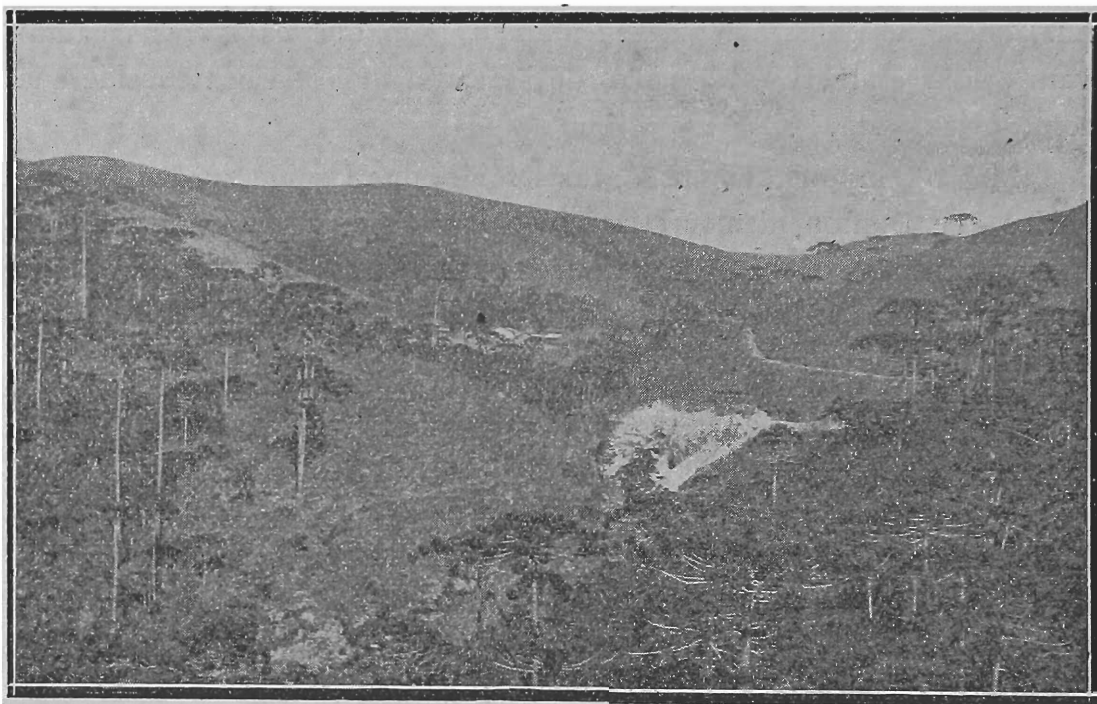
### 3

E' possivel a luta contra a tuberculoze?

Eu sei que não é um problema de facil solução. Eu creio, mesmo, que é muito complexo e dispendioso.

Sobre a tuberculoze tem-se feito numerosas conferencias; politicos, ministros e mesmo alguns médicos já fizeram bÉlos discursos.

Esta literatura posta a parte, pouca coiza se tem feito.



Uma vista de Campos do Jordão

Da iniciativa particular temos diversos dispensarios e o sanatorio "Vicentina Aranha", em São José dos Campos. Embora esta instituição seja modelar, os enfermos pobres lá não podem internar-se devido ao elevado preço.

E não se deve dar saude, apenas aos ricos.

Dos processos empregados na luta social contra a tuberculoze, o unico realmente produtivo é o isolamento do doente e a construção de sanatorios em climas determinados.

## 4

Temos em S. Paulo Campos do Jordão que pelas suas condições especiaes, de clima, temperatura e latitude, é naturalmente indicado para os enfraquecidos, pré-tuberculosos e tuberculosos.

Deitado sobre o planalto da Serra da Mantiqueira, com 1700 metros de altitude, Campos do Jordão é a terra ideal para a construção dum sanatorio e dum hotel confortavel para os debilitados e cansados da civilização.



Uma vista de Campos do Jordão

A sua conformação, ondulante e montanhosa, não possui a aridez das planicies do sul e o protege dos ventos impetuosos do oceano.

A natureza pintou Campos do Jordão com esbanjamentos de luz e de côres: montanhas verdes voando pelos ares como revoadas de periquitos; frondozos pinheiraes como gigantescos candelabros lançam seus braços longos e tortuosos para o infinito. E' um ambiente festivo. A paizagem dança e canta.

Ha uma alegria carnavalesca nessa vizão panoramica. Tudo é vida e movimento.

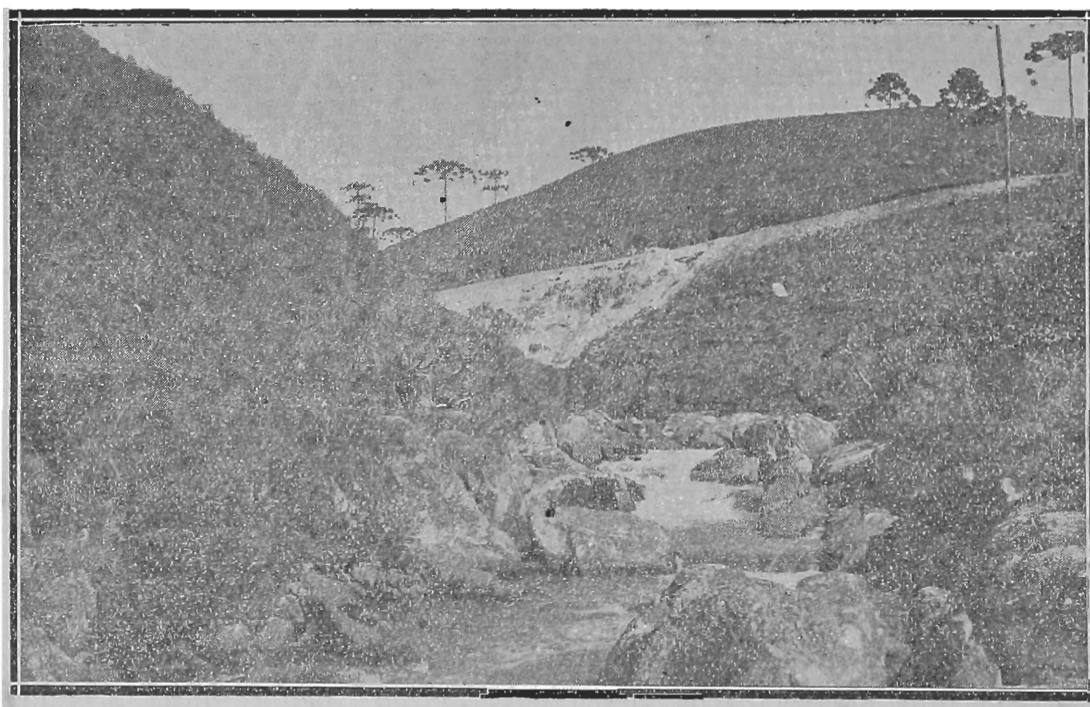


## 5

Como estação tizioterápica Campos do Jordão supera as melhores do mundo como Leysin, "Davos-Platz" e outras.

E isso o demonstrou o Prof. A. Fialho, da Faculdade de Medicina do Rio, em documentado trabalho.

Possui baixa pressão barométrica; abundancia de radiações violetas e ultra-violetas; ar purissimo; fraco gráu higrométrico. Inicialmente acelera a respiração; poucos dias depois, após néo-formação hemoglominurica, o ritmo respiratorio se torna normal. A ampliação dos movimentos respiratorios produz funcionamento de todos os musculos inspiradores e das partes as mais afastadas e "preguiçosas" do pulmão. Com o aumento da actividade pulmonar, os movimentos do coração são acelerados. O sangue procura a perferia e os orgãos centraes ficam descongestionados. Ha maior combustão organica. Intensa néo-formação de globulos vermelhos; mais de 1 milhão. Ar sequissimo. Temperatura equilibrada. Nota-se um aumento notavel do apetite. Digestão facil e rápida. Absolve-se e fixa-se uma notavel quantidade de nitrogenio e fosforo. A água é magnifica e de ação radio-activa.



Vista de Campos do Jordão

## 6

Conhecendo estas qualidades de Campos do Jordão o senador Sampaio Vidal apresentou ha alguns anos no senado paulista um projéto criando a Prefeitura Sanitaria de Campos do Jordão e concedendo um empréstimo de 3 mil contos á empreza que empregasse outros 3 mil contos na construção de um Sanatorio moderno para tuberculosos e um hotel confortavel para visitantes.

Mos o projéto não passou. E Campos do Jordão continua abandonado. Sem a minima higienê. Não ha esgotos. Ainda ha latrinas formadas de buracos. Cazas mal construidas; sem higiene nem conforto. Pensões infectadas recebem individuos não contaminados. As cazas onde morrem tuberculosos são imeditamente ocupadas sem prévia desinfecção. Não ha fiscalização sanitaria.

E' lastimavel. E principalmente perigozo.

Cabe ao Governo proteger a rejião e torná-la apta à servir de TIZICOPOLES.

*Paulo de Godoy*

---

**ANUNCIEM na "REVISTA de MEDICINA"**

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



# Soro Hormonicos do Dr. Aché

(SEXOS SEPARADOS)

Approvedo pelo Departamento Nacional  
da Saude Publica

Os Soros Hormonicos e a opinião da distincta  
Classe Medica Paulista

**Prof. Dr. Rubião Meira — Rua Frei Caneca, 22, em 9 de Agosto de 1926.**

Conheço onze especies de soros e os que mais applico são os soros ,Hormandrino, Hormonico e Hormothyroidino. Os resultados observados tem sido bons. De todos o que melhores resultados tem me dado, é o soro Hormonico, maxime em mulheres nervosas.

**Dr. Ricciotti Alegretti — Av. Luiz Antonio 87, em 2 de Agosto de 1926.**

Applico constantemente os soros Hormonico, Hormocerebrino, Hormomercorialino e Hormandrino e os resultados que tenho obtido são sempre bons.

**Dr. Barbosa de Barros — Rua Anchieta 4, em Agosto de 1926.**

Conheço todos os soros do Laboratorio de Hormotherapie e tenho obtido bons resultados com a sua applicação.

**Df. Dutra de Oliveira — da Casa de Saude Santa Rita em 9 de Agosto de 1926.**

Applico alguns soros do Laboratorio de Hormotherapie e os resultados que tenho obtido com a sua applicação são bons.

**Dr. J. A. de Mesquita Sampa, 10 — Rua José Antonio Coelho, 37, em 3 Julho de 1926.**

Emprego todos os soros do Laboratorio de Hormotherapie de Aché, Travassos & Cia, applicando mais o soro Hormandrino. Co mo soro Hormonico em casos de fraqueza geral, tenho obtido bons resultados.

**Dr. Mario Margarido Filho — B. Itapetininga 52, em 25 de Julho de 1926.**

Appliquei em minha clinica o soro Hormarsenicalino de sexos separados e obtive bons resultados .

**Dr. João Hamati — Líbero Badaró, 46, em 26 de Junho de 1926.**

Conheço os soros Hormonicos, masculino e feminino do Laboratorio de Hormotherapie de Aché, Travassos & Cia. e os resultados são bons.

**Dr. Raul Margarido — B. Itapetininga 52, em 25 de Junho de 1926.**

Conheço os soros, Hormopancreatino, Hormomercorialino e Hormarsenicalino, sendo que o que mais applico o soro Hormoarsenicalino e sempre com bons resultados.

**Dr. Domingos M. Rezende — General Ozorio 26, em 21 de Agosto de 1926.**

Tenho empregado os soros Hormonicos do Laboratorio de Hormotherapie de Aché, Travassos & Cio. no tratamento das neurasthenias com bons resultados.

## Pathologia da surdo mudez

---

No estudo da pathologia da surdez, nos limitaremos a resumir o mais claramente possível, as innumeras leituras que temos sobre o assumpto, pois absolutamente nos falta competencia e material para procedermos qualquer estudo deste genero. Faremos o possível para sermos breve, precisos e concisos, apresentando o que ha de mais moderno e interessante nesta complicada questão da pathologia da surdo mudez.

Este estudo tem tomado nestes ultimos annos orientação nova, devido a novòs e mais delicados processos de exame microscopico do ouvido, principalmente das cavidades labyrinthicas, cuja pathologia ainda está muito pouco esclarecida e muito controvertida; se alguma cousa ha estabelecida em relação ao vestibulo e aos canaes semi-circulares, muito pouco, quasi nada, ha em relação a cochlea, que parece ser o verdadeiro orgão da audição.

De accordo com as lesões anatomo pathologicas, dividiremos preliminarmente os casos de surdo mudez — 1) devido a perturbações do desenvolvimento, 2) devido a traumatismos e causas infectiosas.

### I

#### SURDO MUDEZ DEVIDA A PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

Sempre de accordo com a natureza das lesões anatomo pathologicas encontradas, dividiremos esta forma de surdo mudez, que representa o verdadeiro typo da surdo mudez congenita, em 3 typos:

- a) Surdo mudez devida a thyroidite endemica.
- b) Surdo mudez congenita esporadica.
- c) Surdo mudez devida a malformações congenitas, affectando a cochlea e o apparelho vestibular.

a) SURDO MUDEZ DEVIDA A THYROIDITE ENDEMICA:

Os individuos portadores desta forma de surdo mudez, com raras excepções, são debeis mentaes, candidatos a demencia ou a idiotia. O bocio raramente se apresenta no paciente, mas com frequencia extraordinaria o notamos em outros membros da familia, principalmente na linha directa dos ascendentes. A maior parte destes individuos já apresentam a surdez ao nascimento.

Alguns auctores, como Nagg e Siebenmann, acham que esta causa isolada não seria sufficiente para produzir a surdo mudez, mas simplesmente uma mouquidão mais ou menos accentuada; a debilidade mental, é que complicando-a, acarretaria a surdo mudez. Cuidadosas provas de audição realizadas nestes individuos, demonstraram que em cerca de 25 % delles a audição é normal, em 45 % ha apenas leve surdez, em 25 % surdez accentuada, e apenas em 5 % surdez total.

Em regra geral encontramos outras perturbações de desenvolvimento physico ou intellectual. Segundo Wirchow as principaes alterações seriam encontradas na conformação da craneo: abaixamento e encurtamento do esphenoide, e outras modificações da base do craneo; estas alterações do desenvolvimento da base do craneo, acarretariam deformações da aboboda craneana, que por sua vez acarretariam perturbações no desenvolvimento do cerebro, e um desvio na formação e na posição dos ossos da face. Encontramos muito frequentemente nestes casos, a diminuição da circumferencia crâneana, bem como uma diminuição do diametro antero posterior, em relação ao transversal do craeno.

*Pathologia* — Ouvido medio: As alterações que ahi encontramos são importantes. Alexander menciona o espessamento myxomatoso dos tecidos sub mucosos de revestimento do ouvido medio. Na maioria dos casos, mas não em todos, as janellas labyrinthicas acham-se obstruidas por tecido conjunctivo e cellulas de gordura. A apophyse longa da bigorna e a cabeça do estribo podem estar adherentes ao canal do facial por tecido conjunctivo ou mesmo osseo. Com muita frequencia encontramos a ankylose da base do estribo na janella oval, e exostoses sobre o promontorio, não sendo raros os casos em que este se apresenta inteiramente tomado por um processo de osteoporose. O tympano apresenta-se calcificado em muitos casos. Em alguns outros foram constatadas alterações inflammatorias no ouvido medio, certamente vestigios de antigas otites medias suppuradas.

*A capsula do labyrintho* frequentemente se apresenta espessada e esclerosada.

São insignificantes as alterações encontradas no *ouvido interno*: ligeiras degenerações do órgão de Corti e no ganglio espiral (Alexander). Em muitos casos o ouvido interno tem sido encontrado perfeitamente normal.

Resumindo, poderemos dizer que a surdo mudez devida a *thyroidite* endêmica é caracterizada por alterações do ouvido medio e da capsula labyrinthica, incluindo as janellas, enquanto o ouvido interno se apresenta quasi sempre normal.

Alguns observadores acreditam que as alterações de desenvolvimento nestes casos, sejam causadas por uma anomalia constitucional congenita. A dureza de ouvido seria devida a alterações do ouvido medio, enquanto que a completa surdez só adviria mais tarde com a atrophia do labyrintho. Outros investigadores pensam que as alterações principaes são no cerebro, dependentes de perturbações da secreção *thyroidéa*; que tambem seria a causa de alterações na ossificação do ouvido.

#### b) SURDO MUDEZ CONGENITA E ESPORADICA.

1 — Casos de aplasia de todo o labyrintho. O caso typico desta forma de surdo mudez foi descripto por Michel, que encontrou o conducto auditivo externo e a membrana tympanica normaes, a cavidade tympanica muito pequena, e ausencia de ambos os labyrinthos. Siebenmann explica esta condição pela ausencia da vesicula otica no primeiro mez de vida fetal. Alguns auctores negam isto e explicam a ausencia do labyrintho por uma classificação total secundaria, devida a processos inflammatorios.

2 — Casos em que o labyrintho osseo e membranoso apresentam-se affectados (casos de Mondini e Alexander). Na maioria destes casos, os pacientes são completamente surdos, raramente se encontrando restos de audição. Encontramos sempre o ouvido externo e o medio normaes. No caso de Mondini toda a capsula ossea da cochlea estava destruida, havendo sido encontrada a disposição normal da escala auditiva sómente em sua parte mais baixa; na parte alta havia um grande espaço vasio. Alexander pensa que esta anomalia seja devida a uma parada do desenvolvimento durante o segundo e terceiro mez de vida intrauterina. O ducto cochlear pode se apre-

sentar dilatado ou collapsado, havendo ausencia do orgão de Corti em muitos logares; em outros casos o orão de Conti conserva a sua forma embryonaria, que consiste em uma carreira de cellulas epitheliaes não diferenciadas, collocada verticalmente sobre a membrana basilar. No caso de Alexander o ganglio espiral do nervo cochlear não tomava um curso espiral, como deveria ser, achando-se collocado centralmente no modiulus. Alexander encontrou atrophia da macula, da saccula e da utricula. No caso de Mondini o aqueducto era dilatado, e fechado em sua parte posterior por uma membrana; o sacco endolymphatico era muito grande e repleto de liquido.

c) SURDO MUDEZ DEVIDA A MALFORMAÇÕES CON-  
GENITAS AFFECTANDO TANTO O APPARELHO  
COCHLEAR COMO O VESTIBULAR.

O typo clinico desta forma de surdo mudez é frequentemente associado a retinite pigmentosa. Leber encontrou em cerca de 20 % dos casos de retinite pigmentosa, perturbações acusticas. A retinite pigmentosa é hereditaria. Nas familias que a tem, costuma-se encontrar perturbações auditivas mesmo nos individuos que não soffrem daquelle mal. Bezold examinando 2 doentes com retinite pigmentosa constatou a surdez em um ouvido de um delles, enquanto o outro, e ambos do outro doente, apresentavam falhas de audição. Frey e Hammerschlag fizeram constatações semelhantes em outros 4 casos — destes 2 eram debeis mentaes, 2 tinham irmãs e irmãos surdos e imbecis, e em todos elles verificaram a ausencia de reacção rotatoria. Siebenmann e Bing verificaram um caso de um surdo-mudo que tinha 4 irmãos aparentemente surdos de nascença, e um irmão portador de retinite pigmentosa. E' interessante notar ainda que em casos de retinite pigmentosa unilatéral, tem-se constatado tambem a surdez unilateral, do lado da vista atacada. Além da retinite pigmentosa são frequentes nestes surdos mudos outras anomalias oculares taes como distribuição defeituosa dos vasos sanguineos do fundo do olho, o crescente para baixo, astigmatismo irregular, e o chamado fundo de olho albinotico, isto é, falta de pigmento no estroma.

*Pathologia:* No apparelho vestibular, Siebenmann e Bing encontraram a macula e a crista degeneradas, conservando-se porem



normal o resto do aparelho vestibular. Em dois casos de Oppikofer foi constatada a atrophia do nervo vestibular e do respectivo ganglio.

Na cochlea, Nager constatou o ducto cochlear dilatado ou colapsado, e o epithelio sensorial ausente ou mal desenvolvido. Alguns auctores encontraram o ganglio espiral e o nervo cochlear muito atrophados, uma pobreza extrema de vascularisação das terminações nervosasa na cochlea e no vestibulo, alterações esta correspondente as alterações pathologicas encontradas na retinite pigmentosa.

Para o lado de cerebro, Bing notou placas de esclerose na arteria basilar e no circulo de Willis, e atrophia das 3 primeiras circumvoluções, principalmente do lado esquerdo, e signaes de endoarterite nos vasos.

1 — Degeneração sacculo cochlear typo de Scheibe. Alexander é de opinião que 70 % dos casos de surdo mudez congenita pertence ma este grupo sacculo cochlear, na qual a utricula e os canaes semi-circulares estão intactos. Geralmente existem restos de audição e o aparelho vestibular reage normalmente as provas calorica e rotatoria.

Nestes casos, em regra geral não observamos alterações do ouvido medio. O labyrintho osseo apresenta-se commumente normal (Lindt cita um caso em que ahi encontrou um fóco de oto-esclerose). Os espaços do labyrintho osseo apresentam-se dilatados, e em grande numero de casos encontra-se a saccula collapsada e o ductus reuniens obliterado. São rarissimos os casos em que a saccula é normal. O canal cochlear pode se apresentar dilatado ou estreitado, ou ainda, o que é mais commum, dilatado em umas partes e estreitado em outras. Se o canal é estreitado a membrana de Reissner commumente adhire aos restos do orgão de Corti ou a membrana basilar. O orgão de Corti pode estar ausente em parte ou irreconhecivel. A membrana tectoria apresenta-se geralmente recoberta por um epithelio e rebatida contra o sulco espiral. Em outros casos a membrana tectoria é rebatida da escala media contra a estria vascularis. Esta pode estar ausente ou substituida por um epithelio chato, podendo ainda formar uma excrecencia polypoide da escala media. Estas anormalidades podem ser explicadas pela falta de desenvolvimento ou então por uma fraqueza hereditaria do ouvido.

2 — Pressão augmentada na perilympha ou na endolympha, Gray é de opinião que a dilatação dos espaços labyrinthicos seja de-

vida ao augmento da pressão intracranéa e peri lymphatica durante a vida fetal o pouco depois do nascimento. A dilatação do canal cochlear seria devida ao augmento da secreção da endo lymphica pela estria vascularis que é um órgão secretor.

3 — Alterações inflammatorias — Diversos autores pensam que estas alterações sejam causadas pela meningite occorrida na vida intra uterina. Siebmann menciona como exemplo a infecção placentaria como causa da meningite. Recordo o caso de uma mulher grávida de 7 mezes, na qual appareceu dor no ouvido esquerdo, rapidamente seguida de coma, sendo constatados signaes de meningite. De facto, a autopsia revelou meningite da base. O feto tambem mostrou na autopsia meningite sero purulenta. O liquido cephalo rachidiano de ambos apresentava o diplococcus intra cellular, e este mesmo germen foi separado em cultura pura do ouvido esquerdo da mãe. Herzoy diz já ter conseguido uma meningite experimental, dizendo ter encontrado no labyrintho lesões analogas aquellas de surdo mudez congenita.

4 — Surdo mudez congenita e oto esclerose — Em alguns casos de surdo mudez congenita foram encontrados focos de oto esclerose na capsula do labyrintho. Desta observação, Alexander lançou a hypothese de haver um traço de união entre a surdez congenita e oto esclerose. Manasse tambem demonstrou que nos casos de oto esclerose antiga, as lesões encontradas no nervo auditivo, muito se assemelham aquellas encontradas em casos de surdez de origem nervosa. Gaerke entretanto é de opinião que a oto esclerose ahi nesses casos não é mais que um mero accidente de importancia muito relativa. Hammerschlag, considera a surdez hereditaria e a oto esclerose como uma só molestia, por serem ambas de origem degenerativa.

#### SURDO MUDEZ ASSOCIADA A ALTERAÇÕES NO CEREBRO

Castex acredita que a surdo mudez seja devida a lesões concomitantes do cortex cerebral e do ouvido, julgando elle que as alterações cerebraes sejam sempre devidas a meningite adquirida na vida intra uterina.

## II

## SURDO MUDEZ ADQUIRIDA OU INFLAMATORIA

A pathologia da surdo mudez adquirida é uma questão relativamente simples. E' a propria pathologia das labyrinthites occurrentes durante a vida intra uterina ou post natal.

A labyrinthite é quasi sempre de natureza meningitica.

De outro lado a labyrinthite post-natal pode ser occasionada — 1) por traumatismo ou fractura da base do craneo, 2) por uma otite media com invasão do labyrintho atravez da janella redonda ou oval, ou atravez do promontorio formado pela saliencia do canal semi-circular externo, 3) por lepto meningites purulentas com infecção do ouvido interno propagada ou ao longo das fibras do VIII par ou ao longo do aqueducto da cochlea. Alguns annos depois da occurrencia da surdez, torna-se difficil ou mesmo impossivel, determinar o exacto caminho da infecção.

1 — *Surdo mudez devida a traumatismo*: E' sempre consequente a fractura da base do craneo, attingindo o labyrintho de ambos os lados. Cerca de 4 % dos casos de surdo mudez adquirida são de origem traumatica. Pelo exame microscopico podemos quasi sempre notar vestigios de uma fractura remota.

Os canaes semi circulares apparecem quasi sempre cheios por tecido conjunctivo ou osseo néo-formado, sendo que este processo attinge com igual intensidade a todos os canaes. A utricula e a saccula apresentam-se dilatadas. O ducto cochlear pode se apresentar cheio de tecido conjunctivo ou osseo néo-formado, que se accumula principalmente nos espaços peri lymphaticos; em alguns casos notamos o ducto cochlear bastante dilatado. O neuro epithelio da cochlea bem como o ganglio espiral apresentam-se atrophiados e degenerados.

2 — *Surdez devida a labyrinthite secundaria a otite media suppurada*.

As lesões do ouvido medio por si só não produzem surdez bastante grave que acarrete o mutismo, mas o fechamento de ambas as janellas labyrinthicas pode produzir a surdo mudez, mesmo no caso do ouvido interno se conservar integro.

a) Na surdo mudez devida a otite escarlatínosa, media e interna, notamos uma grande destruição do ouvido medio. A membrana do tympano e os ossiculos geralmente são ausentes, notando-se sempre o cholesteatoma, com carie e necrose das paredes osseas do ouvido medio. No labyrintho podemos notar uma labyrinthite suppurada chronica, a néo formação de tecido conjunctivo ou osseo, podendo ainda os espaços labyrinthicos se encontrar cheios de cholesteatona que passou atravez da janella oval. Lesões semelhantes encontramos na surdo mudez occasionada pelo sarampo.

b) Siebenmann pensa que a tuberculose do ouvido medio causando grande destruição de osso, e a consequente cicatrização, pode acarretar a surdo mudez.

c) Em relação a lues congenita, ha dois pontos de vista quanto a natureza das alterações pathologicas. Alguns observadores pensam que a surdo mudez seja devida a meningite syphilitica, occasionando uma neuro labyrinthite secundaria, emquanto outros, pensam que ellas sejam secundaria a otite media syphilitica, commum em creanças syphiliticas, atravessando a infecção as janellas ou atacando os espaços do labyrintho, alcançando assi o ouvido interno. Esta ultima hypothese é sustentada por Moos, Steinbrugge, Gradenigo e outros.

### 3) *Surdo mudez devida a labyrinthite consequente a meningite purulenta.*

A meningite pode ocorrer no periodo pré ou post natal. A meningite post natal pode ser devida a meningite cerebro espinhal epidemica, ao sarampo, a pneumonia, a escarlatina a influenza, etc.

O processo inflammatorio começa no espaço peri-lymphatico com hyperhemia, estase, thrombose e ruptura de pequenos vasos. A isto segue-se a infiltração e necrose do endosteum. A irrigação deste é supprimida, acarretando a necrose do epithelio sensorial, com a coagulação da endo lympha. O VIII par fica envolvido em puz. Mais tarde o liquido labyrinthico torna-se purulento, havendo então completa destruição do labyrintho membranoso. Dahi resulta a formação de granulações e néo-tecido conjunctivo; mais tarde pode haver néo formação de tecido osseo. A membrana da janella redonda torna-se espessada ou mesmo calcificada, podendo a base do estribo ser deprimida para a cavidade tympanica.

A meningite post-natal, é a mais frequente das causas da surdo mudez adquirida.

a) A maioria dos casos é devida a meningite epidêmica. As formas abortivas de meningite, acarretam profundas alterações no ouvido interno, e conseqüentemente a surdez. Entretanto as lesões do ouvido medio são relativamente insignificantes. Isto não se dá na surdo mudez de origem tympanica, em que constatamos profundas alterações principalmente no ouvido medio.

Nos casos de meningite as lesões mais evidentes se apresentam ao nível da cochlea e dos canaes semi circulares. Na maioria dos casos ha ankylose do estribo na janella oval, e oclusão da janella redonda por tecido osseo.

Investigações dos centros nervosos, tem demonstrado em taes casos, *hydrocephalia chronica interna*.

b) Sarampo — Reiner observou a meningite em 14 das 51 autopsias por elle feitas em casos de morte por sarampo. Nager recorda o caso de um rapaz que ficou surdo aos 3 annos, depois do sarampo, elle era lento para caminhar provavelmente devido a alterações pathologicas na macula, saccula e utricula; o exame necroscopico mostrou dilatação do labyrintho membranoso, destruição do orgão de Corti, atrophia do ganglio espiral e das fibras do nervo cochlear.

c) Escarlatina — Na maior parte dos casos de surdo mudez post-escarlatina, a membrana tympanica apresenta-se normal; alguns pacientes apresentam fraqueza intelectual, tal como em outras formas de meningite.

d) Syphilis congenita — Otto Mayer examinou os ouvidos de 11 creanças syphiliticas fallecidas em periodos variando de 10 minutos a 70 mezes após o nascimento, e evidenciou alterações inflammatorias na pia mater, e na arachnoide em 10 delles. Havia tambem infiltração meningitica ao longo do aqueducto da cochlea.

e) Labyrinthite meningitica consequente a osteo myelite e a diphteria. — A descripção devida a Steinbrugge de um caso de surdo mudez devido a osteo myelite, é perfeitamente semelhante a aquellas de casos de neuro labyrinthites meningitica. Siebenmann pensa que a pathologia da surdez post diphteria, seja da mesma natureza, mas outros auctores pensam que seja devido a uma embolia infecciosa.

*Arnaldo Bacellar*

## NOTICIARIO

### Estudantes cariócas

Acompanhados do dr. Medeiros e Albuquerque Filho, deram-nos, em Julho, o prazer da sua vizita, os estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dirigentes da "Caixa Beneficiente Miguel Couto", a magnifica instituição carióca que tem como finalidade social o auxilio pecuniario aos seus associados.

Recebidos pelo Centro Academico Oswaldo Cruz, os academicos cariócas visitaram em companhia de seus colégas palistas, os hospitaes de S. Paulo, a Faculdade de Medicina e a Penitenciária do Estado. Apesar de curta permadencia em S. Paulo, certamente os estudantes cariócas levaram segura impressão das organizações científicas e hospitalares de S. Paulo.

### Estudantes mineiros

Tambem durante as férias receberam os estudan.es de S. Paulo a vizita dos seus colegas da Faculdade de Medicina de Belo-Horizonte. Recebidos pelo Centro Oswaldo Cruz, tiveram os academicos mineiros a oportunidade de conhecer as cidades de S. Paulo e Santos e os seus principaes estabelecimentos. Vizitaram demoradamente a Santa Caza de Mizericordia, o Hospital de Santa Rita, Hospital da Cruz Vermelha em Idianópolis, Faculdade de Medicina, Instituto de Higiene, Penitenciária do Estado, etc., sendo recebidos carinhosamente em todas as vizitas.

Os academicos mineiros receberão, provavelmente ainda este ano, a vizita de seus colegas paulistas.

### Mme. Curie em S. Paulo

Com grande curiozidade foi recebida em S. Paulo a senhora Curie que conjuntamente com seu marido, o grande cientista P. Curie, descobriram o Radio.

Recebida pela Faculdade de Medicina, a cientista franceza realizou nesta capital uma interessante conferencia. Vizitou tambem as Termas de Lindóia, onde se encontram fontes naturaes de agua rádio-activa.

### Professores francezes em S. Paulo

Sob o patrocínio do Instituto Franco-Brazileiro de Alta Cultura, ilustres cientistas francezes realizaram e realizam cursos especiaes em S. Paulo.

O prof. Piéron, da Sorbonne, realizou na Escola Normal um interessante curso sobre o palpitante e importantíssimo problema da Psicotecnica. S. S. ao despedir-se da Revista de Medicina prometeu enviar-nos um artigo sobre "A psicologia e a teoria de Freud".

O prof. H. Laugier, também da Sorbonne, realiza actualmente uma série de conferencias sobre "Mecanismos nervozos fundamentaes e a cronaxia". Desnecessario será dizer-se, dado o interesse e importancia do assunto-que o o seu curso tem sido acompanhado com grande curiozidade. Pedimos a atenção do leitôr para a entrevista que nos concedeu o ilustre Prof. H. Laugier, publicada neste numero da Revista.

Infelizmente o grande tiziólogo francez, o prof. Kuss, devido a molestia, não pôde terminar o curso que iniciára sobre o problema da tuberculose.

Antes de partir para a França prometeu enviar para a Revista de Medicina um estudo sobre o "Problema social da tuberculose".

O illustre engenheiro francez, professor A. Mauduit, realiza na Escola Palitecnica uma série de conferencias sobre problemas da "Electrotecnica".

Em tranzito por S. Paulo, o Prof. Delbet, grande mestre da cirurgia, realizou na Faculdade de Medicina uma interessante conferencia.

### **Prof. V. Ascoli**

Recebido pela Faculdade de Medicina, esteve em S. Paulo o illustre cientista italiano, o professor V. Ascoli da Universidade de Roma. Figura de irradiante simpatia, o prof. Ascoli é uma envergadura notavel pela intelligencia e pela cultura.

Realizou duas conferencias nesta capital: a 1.a, na Sociedade Ars Médica sobre "Diabete Insipida"; a outra no salão nobre da Santa Casa, sobre "Quinina e Malafia".

### **Frederico Vergueiro Steidel**

Com o falecimento em 23 de Agosto p. p., do doutor Frederico V. Steidel, catedrático de Direito Comercial da Faculdade de Direito de S. Paulo, perde o paiz um dos seus elementos mais nobres pelo caracter e pelo espirito.

Cultor apaixonado da Justiça e do Direito; espirito organicamente idealista, Frederico Steidel em toda a sua vida ajitada e evolutiva de pensador e de professor, em continuo mourejar, sempre construiu e edificou pela patria e pelo brasileiro.

### **Campo de Atletismo**

Dentro do mez de Setembro deverá sêr inaugurado o campo de atletismo que o Centro Academico Osvaldo Cruz está construindo junto á Fa-

culdade de Medicina, a rua Teodoro Sampaio. Para isso correm animados os preparativos. Na sua inauguração se disputará um Campeonato Academico de Atletismo, para o qual serão convidados as escolas superiores de S. Paulo.

## **XI de Agosto**

Os alumnos da Faculdade fizeram-se representar nos festejos comemorativos da fundação dos Cursos Juridicos no Brazil, organizados pelo Centro Academico XI de Agosto.

A Faculdade de Medicina alcançou o 2.o lugar no Campeonato de Futebol realizado nesse dia, sendo vencedora a turma da Escola de Engenharia Machensie.

## **Senhorita Bidú Saião**

O Centro Academico Osvaldo Cruz enviou à senhorita Bidú Saião, no dia da sua festa artistica, uma cêsta de flores, patenteando-lhe, assim, a simpatia e a admiração que conta a graciosa cantôra entre os estudantes paulistas.

---

**ANUNCIEM na "REVISTA de MEDICINA"**

---

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



# 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 odio). Cura immediata de todas as manifestações da lues com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminaria. Aplicações ndolores 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 sôro physiologico estrinquinsado). Indicado nas asthenias, doenças torpidas da pelle, tuberculose e convalescença de molestias prolongadas. Uma injeção intra-muscular diaria.

**CRYSTAES IODADOS** — (Succedaneo dos saes de Karlsbad). 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 infeções estaphylococcicas da pelle. Use de 3 a 5 por dia.

**BIOMANG** (nucleinato de manganez). Verdadeira oxydase, agindo na economia, com funcção 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 estabilisados de piscidia, viburnum e hammamelis. Cura das menorrhagias ovarites, menstruacões dolorosas, accidentes da menopousa e pertubacões da puberdade. Use 2 colheres das de café por dia, misturadas a um calice d'agua.

**BOINTER** — (Extracto de grandula intersticial masculina). Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressão sexual, neurastinia genital, semilidade precoce, hypoplasias genitais 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, Flusas membranas e outros exsudatos: Liquido cephalo rachidiano, Succo gastrico, Leite, Pellos e Escamas, Tumores e Fragmentos Pathologicos — Reacção de Wassermann e de Widal — Constante de Ambard — Auto-Vaccinas

Ladeira Dr. Falcão, 16 - S. PAULO - Teleph. Central, 5439

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

# Laboratório de Química e Microscopia Clínicas

DO PHARMAOEUTICO

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 HCRAS

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



**COMPREM,  
ASSINEM**

**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)).