

Mesa Administrativa da S. Casa

Vol. 01

ANNO I

△△

SÃO PAULO, JULHO DE 1917

▽▽

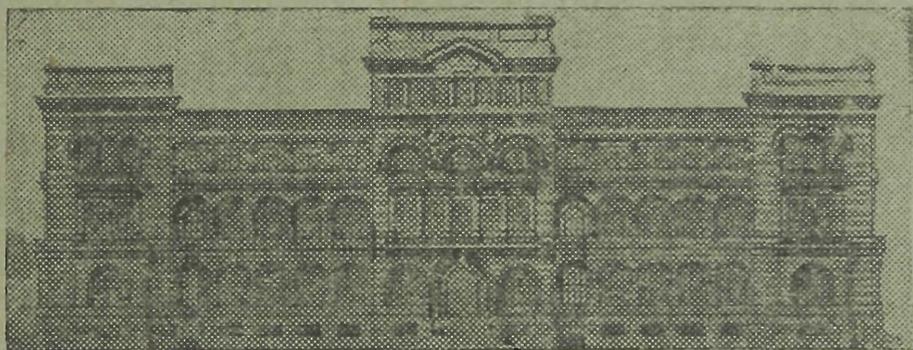
NUM. OS 5 e 6

REVISTA DE MEDICINA



ORGÃO DO CENTRO ACADEMICO
"OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO



≡ COMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente: Ernesto de Souza Campos

Redactor-chefe: José de Toledo Mello

Redactor-secretario: Alberto Nupieri

Redactores: João Procopio, Arnaldo

Paulo de Godoy, Luiz Amendola e

Alvaro de Carvalho Franco.

OFFICINAS DO
"ESTADO DE S. PAULO"

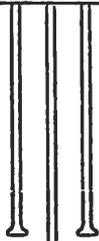


Expediente

Assignatura para 12 numeros. 10\$000

Numero avulso 2\$000

*Cada 6 numeros constituem um volume.
Serão publicados no minimo 6 numeros por anno.*



*Toda a correspondencia referente
à Revista deve ser dirigida ao
redactor-secretario, à*

Rua Brigadeiro Tobias N. 1

São Paulo



N.ºs 5 e 6



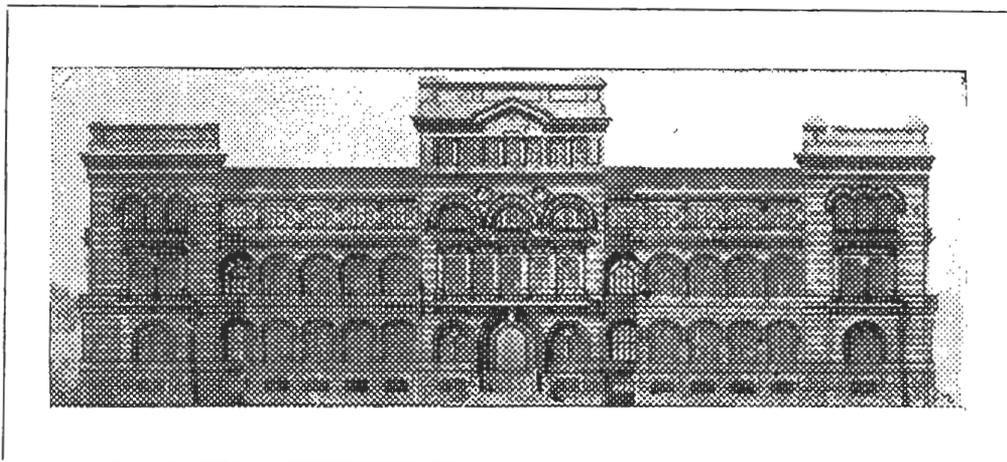
S. Paulo, Julho de 1917



Vol. I

Revista de Medicina

*Organ do Centro Academico
"Oswaldo Cruz"
da Faculdade de Medicina e
Cirurgia de S. Paulo.*



COMMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente: Ernesto de Souza Campos

Redactor-chefe: José de Toledo Mello

Redactor-secretario: Alberto Nupieri

Redactores: João Procopio, Arnaldo Paulo

de Godoy, Luiz Amendola e Alvaro de

Carvalho Franco.

IN MEMORIAM



Dr. Antonio Francisco de Paula Souza

Tracheo-Bronchio-Phonese

Conferencia realizada, sob os auspícios do Centro Acadêmico "OSWALDO CRUZ", no salão nobre do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia, em 15 de Agosto de 1916, pelo Prof. Dr. Etheocles Alcântara Gomes, Cathedrativo de Physiologia da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

Historico

Em junho de 911' apresentámos, á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, o trabalho intitulado — Tracheo-bronchio-phonese — em que davamos conta dos resultados obtidos, quer no estado normal quer no estado pathologico, com o emprego da utilização da trachéa e dos bronchios como receptores e transmissores phonicos do coração, insistindo, por essa occasião, sobre as vantagens do novo methodo.

A esta primeira communicação, seguiu-se outra de maior vulto, apresentada perante o Congresso Medico Brasileiro, reunido em Bello Horizonte, no anno de 1912, na qual tivemos como collaborador o Dr. Luciano Gualberto.

A "Revista medica de S. Paulo", transcreveu, com ligeiras modificações, esta memoria.

Em 1914, o Dr. Paulo de Ulhôa Castro defendeu, perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a sua these de doutoramento, que versou sobre a "Semiologia phonica do coração", insistindo, mais particularmente, sobre o methodo que fôra, havia pouco tempo, por nós descripto sob a denominação de Tracheo-bronchio-phonese.

Esta these é para nós de grande importancia, dadas as provas necropsopicas em que ella é baseada e que vêm confirmar alguns pontos de doutrina por nós sustentados anteriormente. Ao trabalho do Dr. Paulo de Ulhôa Castro, seguiu-se outra these, defendida, d'esta vez, perante a Faculdade de Medicina da Bahia, pelo Dr. Amyntas Araujo Britto, que a intitulou "Semiologia da fossa tracheal", na qual o seu auctor se occupa largamente da tracheo-bronchio-phonese, baptisada com o nome de "Escuta tracheal de Etheocles Gomes."

Finalmente, por extrema gentileza do Sr. Prof. Prado Valladares, da Faculdade de Medicina da Bahia, foi incluída no programma do curso official da 4.^a Cadeira de Clinica Medica — de que é titular — a tracheo-bronchio-phonese, sob a denominação de Escuta tracheal do Dr. Etheocles Gomes. Vê-se, pelo que fica exposto, quão singelo é o historico do assumpto de que vamos tratar: ha, entretanto, um nome que n'elle não figura — o do nosso distincto amigo e erudito collega — Dr. Ayrosa Galvão — a quem somos immensamente gratos pelo efficaz concurso que nos prestou, colhendo observações e fazendo pesquisas que viessem cimentar as nossas idéas em elaboração.

Noções Anatomicas

Para bem comprehender-se o processo da tracheo-bronchio-phonese, faz-se mister uma rapida recapitulação da anatomia do tubo tracheo-bronchico, mormente no que respeita as suas relações com o coração e os grossos vasos.

A trachéa, como sabemos, é um tubo constituido por aneis cartilagosos, que apresentam, em sua parte posterior, uma solução de continuidade preenchida por tecido molle que permite movimentos de dilatação dos aneis tracheaes, os quaes, por sua vez, são separados uns dos outros por tecido conjunctivo, circumstancia esta que favorece movimentos de alongamento do tubo tracheal. A trachea origina-se no larynge e continua-se até o inicio dos grossos bronchios, apresentando portanto uma porção intra-thoraxica e outra extra-

thoraxica, sendo acompanhada, em sua porção anterior e durante grande parte do seu percurso, por uma arteria denominada arteria thyroidiana de Neubauer, aliás inconstante. A trachéa apresenta, em sua porção extrathoraxica, um ponto importante para o nosso processo, que vem a ser a relação que mantém logo acima da furcula do esterno, com a fossa chamada tracheal, ao nível da qual se faz a applicação do esthetoscopio, na pratica da trcheo-bronchio-phonese.

Quanto á porção intra-thoraxica, além de transmissora de sons, ella mantém relações de alta importancia com a cros-sa da aorta, que n'ella imprime uma depressão em sua face latero esquerda, denominada impressão aortica, e com o tronco brachio-cephalico esquerdo e bifurcação da arteria pulmonar.

A trachéa intra-thoraxica bifurca-se fornecendo os bronchios direito e esquerdo, que se dirigem em busca dos respectivos pulmões: o bronchio esquerdo entra em contacto, de diante para traz, com a aorta e em certa parte do seu percurso repousa sobre a auricula esquerda da qual é separada por tecido conjunctivo, que permite, pela sua densidade, propagações phonicas de origem auricular.

O bronchio direito relaciona-se já com a veia cava e já com a grande veia azygos.

Os vasos afferentes e efferentes do pulmão, isto é, a arteria pulmonar, pelos seus ramos e as veias pulmonares, mantêm um contacto intimo com os bronchios e suas arborisações.

Por estas ligeiras considerações de ordem anatomica, deduzimos, desde logo, que a trachéa e os bronchios se relacionam estreitamente com a aorta, auricula esquerda e os ramos da arteria pulmonar.

Se attentarmos, agora, para a forma da trachéa e dos bronchios, veremos que elles formam um tubo de paredes rigidas que circumscreve, em seu interior, uma columna de ar: assim sendo, esses órgãos realisam, em virtude de sua disposição, um esthetoscopio de dupla transmissão, que, pelas suas paredes, conduz o som como os corpos solidos e que, pelo ar contido em sua luz, opera a conducção aerea.

Ainda mais, o tubo tracheo-bronchico, pela sua disposição e pela columna de ar contida em seu interior, realisa as condições physicas de uma caixa de resonancia.

Sabendo-se que o bronchio esquerdo em seu percurso repousa sobre a auricula homonyma, conclue-se, sem divorcio do bom-senso e sem protesto dos anatomistas e infracção ás leis da physica, que os sons gerados intra-auricularmente ou no aparelho valvular atrio ventricular esquerdo, possam ser optimamente recebidos e transmittidos por este esthetoscopio resonante, qual é o tubo tracheo-bronchico.

O bronchio esquerdo mantendo, como vimos, intimas relações com a aorta, desempenhará relativamente a esta o mesmo papel que para a auricula esquerda. Os dois bronchios, tanto o direito como o esquerdo, dado o seu intimo contacto com os ramos da arteria pulmonar, aprehendem toda e qualquer manifestação phonica, que, nelles, por ventura se possa gerar.

De todas estas relações anatomicas, advem o corollario physico da captação, transmissão e reforço dos phenomenos acusticos do coração e grossos vasos, pela trachéa e bronchios, nos pontos em que a contiguidade anatomica degenera em continuidade physica do ponto de vista da transmissibilidade.

Provado assim o papel do conducto tracheo-bronchico, restá-nos apenas ver se é possivel descobrir uma zona onde se possam aprehender todos os sons recolhidos por este conducto. O ponto de que, com vantagem, podemos lançar mão para este fim está situado na primeira porção extrathoraxica da trachea: para isto, é bastante escolhermos a fossa tracheal, situada immediatamente acima da furcula do esterno, e ahi applicarmos um esthetoscopio typo Laennec, para nos sciificarmos da verdade do que vimos de dizer.

Nem se diga que a existencia da arteria thyroidiana de Neubauer possa perturbar este processo de escuta, porque, conforme temos verificado em nossas pesquisas, jámais ella seria capaz de produzir um ruido de sopro.

Os resultados colhidos pela escuta tracheal serão dados summariamente, porquanto temos que passar em revista quasi toda a cardiopathologia, que, aliás, se beneficia da tracheo-bronchio-phonese.

Iniciemos a nossa analyse, considerando as lesões verificadas ao nivel do orificio aortico. Comecemos pela insufficiencia aortica.

Em quasi todos os casos de insufficiencia aortica obtem-se, pela escuta tracheal, um sopro diastolico com caracteres identicos aos da escuta precordial; entretanto, em alguns casos não frequentes, nota-se o divorcio entre a escuta tracheal e a precordial.

Esta anomalia acustica deve ser consequencia do desvio anatomico que, deslocando a aorta do contacto tracheo-bronchico, augmenta a concavidade do seu arco pela pressão energetica do myocardio que, agindo mecanicamente, isto é, por meio da onda sanguinea, arremette violentamente contra a parte convexa da aorta, determinando assim o alongamento e a dilatação do arco aortico.

Em conclusão, esta mudez da fossa tracheal em casos de insufficiencia aortica, será explicada pelo alongamento hemotraumatico da aorta que assim perde suas relações anatomicas com o tracheo-bronchio, prejudicando a realização das leis physicas da transmissão dos sons.

O sopro tracheal e o do 2.º espaço intercostal direito, são sopros de diffusão e não de propagação, porque a trajetoria physica da corrente que gera o sopro da insufficiencia aortica dirige-se para dentro do ventriculo esquerdo.

A estenose aortica é uma entidade anatomopathologica externando-se por um sopro systolico rude e forte no fóco aortico, tendo estes mesmos caracteres no fóco tracheal. O Dr. Paulo de Ulhôa Castro nos dá dois casos, com verificação necroscopica, os quaes, durante a vida eram portadores de sopro rude e systolico quer no foco aortico quer no foco tracheal. Estes dois casos se encontram em sua these de doutoramento.

A escuta tracheal da bulha áortica comporta varios casos.

a) *Bulha aortica no coração anatomica e topographica-mente normal.* A escuta tracheal nos dá o som valvular aortico tão distincto ou mais ainda do que a escuta precordial.

b) *Bulha aortica na éndocardite e na ankylose valvular aortica.*

Na endocardite aortica, tanto a escuta tracheal como a precordial nos apresentam a bulha aortica velada, devido ao papel de abafador que exerce o exudato pathologico que reveste as valvulas aorticas.

Na ankylose aortica, ha desaparecimento da bulha aortica na região precordial e na escuta tracheal, sendo o subtractum physico da aponia valvular, a immobilidade dos ninhos de pombos. Nos casos acima, vê-se que ás modificações phonicas da bulha aortica na trachea correspondam iguaes modificações na escuta precordial.

Entretanto, não raramente podemos obter uma discordância phonica entre a escuta tracheal e a precordial, dando-se esta dissociação da seguinte maneira: bulha aortica surda ou abolida no precordio e nitida na trachea.

Esta dissociação phonica tracheo-precordial tem, a nosso ver, um grande valor pois que ella constitue um elemento seguro para diagnosticar o estado real das valvulas aorticas, quando existem, de permeio entre o coração e caixa thoraxica, elementos maos conductores do som.

Num thorax mal formado podemos verificar esta dissociação, pelo simples motivo de haver o coração perdido suas relações com a caixa thoraxica, dado o afastamento do mesmo da parede anterior do thorax.

D'este facto resulta ir-se insinuar uma certa porção de tecido pulmonar entre a parede thoraxica e o coração, difficultando a transmissão da bulha aortica.

Nada impede, porém, que um individuo thoraxicamente mal formado, possa ter um processo de endocardite que lhe abafe as bulhas.

Havendo abafamento phonico na região precordial em virtude do tecido pulmonar insinuado entre o coração e a parede thoraxica, torna-se impossivel, pela escuta precordial, avaliar das condições physicas das valvulas do coração, porquanto estão completamente ou quasi completamente interrompidas as communicações phonicas entre o coração e a parede thoraxica.

Faz-se necessaria, assim, uma outra via de transmissão dos sons cardiacos para se aquilatarem os ruidos valvulares; e o tracheo-bronchio, pelas suas relações com o coração, per-

mittindo ouvir o ruído do órgão central da circulação, independentemente do tecido pulmonar, satisfaz as condições precisas para esclarecer a realidade do estado physico valvular.

Além da má formação thoraxica ha o emphysema pulmonar como elemento capaz de determinar a dissociação tracheo-precordial.

No emphysema pulmonar, estando fortemente destendido o pulmão pelo ar contido no seu interior, resulta que o volume pulmonar se torna muito maior, indo assim invadir o espaço thoraco-cardiaco anterior, isolando acusticamente o coração do escudo thoraxico precordial. N'este caso, como no da má formação thoraxica, será a escuta tracheal o unico meio de sondar os ruidos valvulares.

Como exemplos do auxilio prestado pela escuta tracheal para resolução do problema da hypophonese ou aphonese dos tons cardiacos, no caso de interposição do pulmão entre o coração e a parede thoraxica, temos os casos relatados pelos Drs. Paulo de Ulhôa Castro e Amynthas de Araujo Britto, que se encontram em suas theses de doutoramento.

Quanto ás modificações do timbre do tom aortico ou mitral, sua apreciação é facil tanto pela escuta precordial como pela tracheal; entretanto, quando houver modificação no esqueleto thoraxico ou um pulmão emphysematoso, a escuta tracheal será de muito mais vantagens pois ella nos dá as bulhas nitidas, independentes de tecidos phonicamente isolantes. O augmento volumetrico da aorta em sua porção de contacto com o tracheo-bronchio, dá, pela escuta tracheal, uma sensação especial ao ouvido, isto é, — um phenomeno tactil-acustico. — Este phenomeno que o ouvido sente e ouve, denominamol-o — bulha de choque.—

A bulha de choque tracheal é, a nosso ver, o equivalente do signal de Oliver Cardarelli; todavia podemos affirmar ser aquella muito mais sensivel do que este.

Na ectasia cylindrica da aorta obtem-se, de uma maneira constante, a bulha de choque tracheal, sendo que o signal de Oliver Cardarelli é em via de regra mudo.

Por este simples cotejo, concluimos o grande valor da bulha de choque, como signal traductor do mais leve aug-

mento do volume aortico. Este phenomeno tactil-acustico tracheal, é o mais sensivel dos meios propedeuticos para evidenciar o calibre aortico: superior á palpação retro-sternal superior, á apalpação das sub-claveas, levando mesmo vantagens sobre a radiographia e a percussão da area aortica, mormente quando se trata de verificar variações volumetricas discretas da aorta.

Consultando os livros, para o limite direito do arco aortico, ve-se que os seus confins topographicos em relação ao esterno são dados pela borda direita d'este osso, ou mais 10 a 15 millimetros além d'este bordo, e por mais perfeita que seja a percussão da area aortica ou por mais exacta que seja a demarcação orthoradiographica, não serão ellas sufficientes para affirmar variações discretas do calibre aortico, visto estarem seus limites normaes sujeitos a variações.

Portanto, um augmento de 10 a 15 millimetros no diametro aortico não poderá ser evidenciado pelos recursos de semiotica. Presumimos que o contacto entre o tracheo-bronchio e aorta seja capaz de exteriorisar dilatações da aorta mesmo discretas, porque, normalmente havendo grande proximidade entre a aorta e o tracheo-bronchio, sempre que o calibre aortico augmentar no trecho do tracheo-bronchio, teremos como consequencia um abalo sonoro na trachea, abalo este que pode evoluir para um repuxamento systolico do tubo laryngo-tracheal, indo assim contituir o signal de Oliver-Cardarelli, que traduz augmento muito mais amplo da aorta. Se considerarmos a bulha de choque tracheal, como o estado embryonario do signal — Oliver Cardarelli, não andaremos longe da verdade.

Em conclusão: a tracheo-broncio-phonese traz um auxilio precioso para a semiologia volumetrica da aorta, quer tratando de dilatações cylindricas, quer sacciforme, comtanto que o augmento seja na zona de contacto com o tracheo-bronchio.

Ao lado d'esta bulha de choque tracheal que é permanente, temos a considerar uma bulha de choque transitoria originada no augmento discreto da aorta.

A' transitoriedade do phenomeno tactil-acustico tracheal, corresponde uma dilatação ephemera da aorta, explicada

n'uma perturbação vaso-motora peripherica que prejudica o escoamento sanguineo nas arterias, obrigando a estagnar, por mais tempo, na aorta, o sangue vindo do ventriculo esquerdo; e como o escoamento peripherico diminue, fica na aorta um lastro maior de sangue, que sommado ás cargas sanguineas das systoles ventriculares consequentes, dão em resultado a dilatação da aorta, porque os liquidos são incompressiveis — é o que se verifica nos emotivos. —

Nos anemicos, por um pequeno exercicio, podemos verificar a bulha de choque tracheal, sendo que a explicação para estes doentes, é uma insufficiencia nutritiva da aorta que põe esta em condições de debilidade, creando um estado de meopraxia tonica na sua tunica, que a impede de intervir effizamente na manutenção do seu calibre na lucta contra a onda sanguinea que a distende.

Por todas estas considerações, ve-se como é sensivel a bulha de choque.

Mas, para d'ella se tirar proveito é preciso andar muito cauto, porquanto perturbações puramente funcionaes a nivelam a lesões organicas da aorta.

Encontra-se a bulha de choque tambem nas cardioptozes, porém o mecanismo de sua producção não reside no augmento aortico, e sim n'um contacto intimo entre o tracheo-bronchio e aorta. — Este contacto intimo é consequencia da queda do coração no sentido vertical, que por esta deslocação topographica actua fortemente sobre o seu pediculo vascular, obrigando assim a aorta a cavalgar intimamente um trecho do tracheo-bronchio. —

D'esta nova topographia se origina a bulha de choque tracheal e o desaparecimento da 1.^a bulha na trachea. — O desaparecimento da 1.^a bulha se explica pelo espaço vazio que existe entre a auricula esquerda e o bronchio. Bulha de choque tracheal e desaparecimento da 1.^a bulha na trachea, são consequencias forçadas da nova anatomia topographica do coração.

Visto summariamente o concurso que a tracheo-bronchio-phonese presta á semiologia do orificio aortico e ao seu apparelho valvular, assim como á semiotica do calibre aortico, vamos fazer agora o estudo relativo á semiologia do

orificio pulmonar e da arteria pulmonar por meio do nosso processo.

Pelas noções anatomicas, sabemos que os ramos da arteria pulmonar se emaranham com os bronchios e n'esta contiguidade farta, abundante e intima, julgamos ter achado um meio para explorar a arteria pulmonar.

Passaremos de largo quanto ás lesões orificiaes da arteria pulmonar, pois que pela visinhança do orificio pulmonar com a parede thoraxica, não se faz necessario um foco suplementar de escuta.

A escuta precordial é bastante para resolver, em via de regra, os problemas propostos pelas lesões orificiaes. As considerações sobre a estenose e insufficiencia aorticas, são cabiveis na insufficiencia e estenose pulmonares, á parte certas reservas.

Deter-nos-hemos apenas n'um ponto que vem a ser os sopros funcionaes passados na zona do foco pulmonar, isto é, nos sopros anemicos, basedowianos e emotivos que são systolicos.

O sopro systolico do foco pulmonar no decurso da anemia é relativamente frequente.

Tem-se aventado para o mecanismo do sopro anemico uma serie de explicações, taes como: angustia do orificio pulmonar, dando origem a denominação de sopro anhemio spasmodico consoante a classificação de Constatin Paul; outros auctores o explicam como extracardiacos; outros justificam o seu mecanismo nas tremulações do infundibulum como Samson; outros descobrem como causa de sua genesis as vibrações das arterias e este é o pensar de Bartels. — Emfim, muitas outras explicações que seria longo enumerar.

Entretanto, pensamos e quasi podêmos affirmar que o sopro systolico do foco pulmonar dos anemicos e emotivos, tem como explicação a quebra brusca da corrente sanguinea ao nivel da bifurcação da arteria pulmonar, região optima para a genese das veias fluidas sonoras — porque a onda sanguinea que percorre o tronco da arteria pulmonar, pelo impulso do ventriculo direito, encontra subitamente, dois grossos ramos vasculares que

se abrem, aproximadamente em angulo recto, para receber a onda hematica que trafegava por um tronco unico.

E' inegavel que n'uma bifurcação se realisam physicamente as melhores condições para a formação de uma veia fluida, ao inverso do que se dá n'um tubo igualmente calibrado em todo o seu percurso.

Queremos com isto dizer que o sopro systolico do foco pulmonar dos anemicos é um sopro de bifurcação.

No mecanismo d'um sopro entram varios elementos concorrentes á sua producção: — a energia do myocardio ou força impulsora; o estado physico do liquido; a superficie para o deslize do fluido e finalmente a tensão do tubo por onde corre o liquido.

Se analysarmos os elementos que entram na producção do sopro e os ajuntarmos ás condições de um anemico, verificaremos que os elementos para a producção do sopro são mais ou menos realisados nos hypohemicos: a) força impulsora ou energia do myocardio se modifica para mais ou para menos — b) o estado physico do liquido pela diminuição do numero das hematias e por outros factores determina a baixa da densidade sanguinea; c) a superficie não é modificada; d) ha modificações no calibre vascular, pela insufficiencia nutritiva do sangue, perdendo as arterias parte do seu tonus.

Com estas condições e mais a bifurcação do tronco da arteria pulmonar, temos motivos mais que sufficientes para explicar a formação de uma veia fluida sonora na bifurcação da arteria pulmonar.

Aproveitando este accidente anatomico da bifurcação da arteria pulmonar, podemos justificar claramente porque os ruidos anemicos se processam na arteria pulmonar em vez de se processarem na aorta.

Só a razão anatomica da bifurcação da arteria pulmonar seria capaz de remover o apparente paradoxo: — de ser o mesmo o sangue que circula na aorta e na arteria pulmonar dos anemicos, e entretanto o turbilhão hydremico ir se formar no tubo onde a força motriz da columna sanguinea é mais fraca. Por esta nossa doutrina pensamos poder conciliar os dados fornecidos pela clinica com os conhecimentos que possuimos de cardio-physiopathologia.

Para demonstrar que o sopro anemico da arteria pulmonar é um sopro de dichotomia, temos a dizer que elle se encontra nas bifurcações das outras arterias, e usando de provas alheias lembraremos que o Dr. Paulo de Ulhôa Castro, em sua these inaugural á pagina 52, escreve: "Dos muitos casos que observamos, seleccionamos seis individuos anemicos, encontrando n'estes 6 doentes um bellissimo *sopro ambulatório, conforme* classifico, presente em todos os encontros e bifurcações arteriaes: arteria pulmonar, carotida, illiaca e poplitéa. Tivemos bastante cuidado para afastar as causas que pudessem influir a resultado duvidoso — como seja a compressão sobre o vaso, que burlaria o valor das observações. Afastamos essas commeticulosos exames." Ao lado d'esta prova directa tirada da observação clinica, temos a escuta tracheal dos sopros anemicos do foco pulmonar, que nos dá o sopro mais forte do que na parede thoraxica, no terceiro intercosto esquerdo. Esta maior intensidade do sopro tracheal justifica-se pela formação da veia fluida na bifurcação da arteria pulmonar e como esta bifurcação é profundamente intrathoraxica o sopro torna-se menos intenso no precordio.

A veia fluida forma-se na bifurcação da arteria pulmonar e segue seus ramos, que, por sua vez, estão em contacto com os bronchios; estes apreendem os ruidos intravasculares e os conduzem á trachea; eis pois o motivo por que o sopro anemico é mais forte na escuta tracheal.

E' mais fraco no precordio porque ahi ha uma diffusão e não propagação do sopro, cuja séde de producção é profundamente intra-thoraxica.

Quanto aos sopros do foco pulmonar nos emotivos, consideramol-os tambem como sopros de bifurcação, cujo mecanismo é uma scisão violenta da onda sanguinea, na bifurcação da pulmonar, consequente á forte pressão endocardica

Analysado o valor da tracheo-bronchio-phonese na semiótica e na semiogenese dos ruidos da base e dos grossos vasos que d'ahi emergem, passaremos ao estudo dos ruidos apexianos. Iniciaremos pelo tom mitral, que é determinado, como sabemos, pela vibração contemporanea das lacinas e sua cordoalha tendinosa.

Quando o coração mantém suas relações normaes no interior da caixa thoraxica, ouve-se claramente a vibração do aparelho mitral, pela escuta tracheal assim como as suas variações phonicas.

Quando existe um exsudato cobrindo as vavulas mitraes, estas se ensurdecem tanto para a escuta tracheal como para a precordial.

Nos casos em que as valvulas se mantêm immoveis não podendo adaptar-se para obstruir o orificio mitral, nota-se uma diminuição do som que pode ir até á mudez absoluta e esta aphonese ou hypophonese da bicuspide se verifica quer se trate da escuta tracheal ou precordial. Entretanto, pode-se verificar o desaparecimento das vibrações tendineos-valvulares na escuta tracheal e sua permanencia nitida no precordio.

Esta disssociação phonica precordio-tracheal, tem n'este caso como explicação: um deslocamento topographico do coração, isto é, o coração desce na cavidade thoraxica, e desta queda resulta um affastamento entre o bronchio e auricula esquerda, realisando-se assim um espaço inter-bronchio-auricular que impede a transmissão do som gerado no aparelho valvular da mitral.

O som valvular iria por via auricular transmittir-se ao bronchio esquerdo e a existencia d'este espaço que medeia entre o bronchio sinistro e a auricula esquerda, realisa physicamente uma condição negativa para a trançmissão sonora.

D'onde se pode concluir que as cardioptoses têm no desapparecimento da 1.^a bulha no foco tracheal e na sua conservação no precordio, um elemento para sua semiologia.

Nos casos de cardioptoses, ha ainda, completamente, uma bulha de choque tracheal, consequente ao mais intimo contacto aorto-bronchio-tracheal.

Ainda uma nova disssociação precordio-tracheal pode-se dar e vem a ser, relativamente ao emphysema pulmonar que á custa do pulmão fortemente distendido pelo ar, abafa os ruidos do coração, impedindo ou perturbando a transmissão dos ruidos valvulares, que, por este motivo, chegam mal ou não chegam á parede do thorax.

N'estes casos, observa-se uma dissociação opposta á precedente: á presença dos sons valvulares systolicos na trachéa e sua ausencia no precordio.

Nas pericardites com derrame ha abafamento das bulhas na região precordial com sua conservação para a escuta tracheal. O Dr. Paulo Ulhôa Castro nos dá em sua these, 8 casos, com verificação radioscopica, nos quaes se notava esta dissociação tracheo-precordial. Estudada a semiologia do tom mitral, vamos fazer o estudo relativo aos ruidos de sopro consequentes á insufficiencia da bicusvide.

N'este capitulo precisamos separar os differentes typos de insufficiencia mitral.

Isolaremos em primeiro lugar o typo de insufficiencia determinada pela lesão do aparelho tendineo-valvular; esta pode ser consequencia de um processo inflammatorio do endocardio que altera as valvulas e os tendões, immobilizando o aparelho mitral, ou por lesões que actuem sobre as valvulas, retrahindo-as, perfurando-as ou lacerando-as. Ha ainda a possibilidade da existencia de tendões muito longos que permitem ás valvulas bicuspides virarem para dentro da auricula esquerda no momento da systole ventricular.

N'estes casos de insufficiencia em que ha um substratum anatomo pathologico, temos como elementos semioticôs constantes: hypertrophia do coração, accentuação do som pulmonar e um sopro holosystolico, acompanhado de modificações phonicas do tom mitral que pode ir da hypophonese á aphonese valvular completa, segundo a estructura da valvula e o raio de sua mobilidade. O sopro da insufficiencia mitral organica é um sopro systolico com timbre dependente do estado physico do orificio insufficiente, com altura correllata á angustia orica, e sua intensidade é o corollario da velocidade da corrente dependente da energia do myocardio. Estes elementos se amalgamam e dão como final o sopro da insufficiencia mitral organica e o ruido de sopro resultante d'esta amalgama, não póde ser facilmente dissecado pelo ouvido.

Sabe-se que o sopro de insufficiencia mitral organica tem varias sédes para sua escuta: encontra-se-o na ponta, constituindo um foco de diffusão e não de propagação.

Este sopro da ponta é um sopro que não acompanha a veia fluida e a sua localização apexiana se explica pela difusão do ruído gerado ao nível da válvula insuficiente, fazendo-se esta difusão sonora por meio do aparelho valvulo-tendinoso. Há ainda outras explicações, como sejam: a formação de turbilhões na ponta a custa de correntes hemáticas retro-valvulares; o ruído se propaga em sentido inverso á corrente quando esta sahe d'um cone etc..

Além do sopro apexiano pode-se encontrar por vezes na insuficiência mitral um ruído de sopro no 3.º intercosto esquerdo nas visinhanças do esterno, e este sopro vem a ser o sopro de insuficiência mitral, apanhado no ponto onde se forma a veia fluida. O terceiro intercosto em sua visinhança com o esterno corresponde ao foco anatomico da válvula mitral.

Existe ainda uma outra zona onde se pode encontrar o sopro da insuficiência mitral organica e esta zona se encontra no espaço interescapulo vertebral esquerdo. Este sopro, portanto dorsal, é conhecido pelo nome de signal do Duroziez.

O signal de Duroziez é o verdadeiro sopro de insuficiência auriculo ventricular esquerda, porque é para a auricula esquerda que se dirige a veia fluida formada na adaptação imperfeita da válvula mitral.

E' sabido que a physica, pela lei de Marey, estabelece que os sopros caminham nas correntes que os geraram, sendo pois certo, que o sopro dorsal é um sopro que trafega com a veia fluida.

Entretanto o sopro dorsal, tem uma grave falha: é a sua inconstancia.

Esta inconstancia é a consequencia de seu determinismo, porquanto para que se o possa ouvir na região interescapulo vertebral, é necessario que a auricula esquerda se ponha acusticamente em contacto com o dorso.

E, para alcançar este contacto physico é necessario um amplo augmento da auricula esquerda, que lhe permita pelo volume, attingir directamente ou indirectamente, pelo esmagamento do tecido pulmonar, a parede thoraxica posterior—

e estas condições nem sempre se realisam na insuficiencia mitral.

O sopro auricular é o mais logico, o mais scientifico e o mais conveniente de todos os signaes de insuficiencia mitral organica, — porque nelle estão codificadas todas as exigencias das leis da physica. Entretanto, infelizmente, o sopro dorsal que satisfaz plenamente as condições physicas, é de uma inconstancia deploravel.

Além d'estas zonas para apprehender o sopro da mitral insufficiente, existe mais um foco para sua audibilidade e este é fornecido pela tracheo-bronchio-phonese, que assim concorre com mais um signal para o diagnostico da insuficiencia bicuspidé: — é o sopro holosystolico da fossa tracheal.

O sopro tracheal da insuficiencia mitral é de constancia absoluta, e a escuta tracheal accusa fielmente toda e qualquer formação sonora passada no interior da auricula esquerda.

Como a séde para onde se dirige a veia fluida da insuficiencia mitral é a auricula esquerda, ha pela chegada constante de sangue que se faz em cada systole ventricular, uma onda refluyente. — Esta onda refluyente, além de determinar a veia fluida sonora, age mecanicamente distendendo a auricula esquerda.

Esta distensão vae permittir um contacto mais estreito entre a auricula esquerda e o bronchio esquerdo que assim melhora as condições physicas para que o bronchio possa apprehender os ruidos intra-auriculares; e uma vez que o bronchio capta o ruido intra-auricular a sua transmissão pelo tracheo-bronchio é assegurada.

Assim, o tubo tracheo-bronchico, realisando physicamente um esthetoscopio de dupla transmissão e resonante leva com uma clareza extraordinaria o sopro da insuficiencia mitral á trachea.

Pelo estudo do tom mitral vimos que a escuta tracheal dava-o com muita nitidez. Se este ruido de fechamento da mitral é bem audivel na trachéa, com mais forte razão devem ser os sopros que se passam intra-auricularmente. O ruido da mitral se forma no soallo auricular, portanto na porção

da aurícula mais afastada do bronchio esquerdo, e, além d'isto, no coração normal não ha a dilatação hypertrophica que se encontra na aurícula esquerda, nos casos de insufficiencia mitral.

Vê-se, pois, que a insufficiencia cria duas condições para melhor transmissão do sopro para a trachea: a séde do phenomeno phonico é intra-auricular e o augmento de volume da aurícula permite melhor contacto com o bronchio.

Podemos resumir estes factos dizendo que o sopro da insufficiencia mitral se passa logo abaixo do bronchio esquerdo.

Em conclusão: a tracheo-bronchiophonese traz mais um signal para insufficiencia mitral organica. Este signal é es-tribado firmemente na anatomia, na physica e na observação clinica. E' um signal completo, pois satisfaz pelo rigor do seu determinismo todas as exigencias scientificas, adapta-se á mais rigorosa logica e pela facilidade de sua pesquisa preenche as impertinencias da clinica.

Após o estudo da insufficiencia mitral organica, que acabamos de fazer, iremos estudar um outro typo de insufficiencia mitral que vem a ser o da insufficiencia mitral cardio ectasica, isto é, uma insufficiencia consecutiva á dilatação do ventriculo esquerdo, que pelo augmento de sua cavidade, obriga a um affastamento anormal, os bordos das lacinias mitraes, impedindo que estas se aconcheguem intimamente no momento da systole ventricular.

D'este aconchego imperfeito resulta uma frincha intervalvular, causadora de um refluxo auricular systolico — e assim se processa a insufficiencia cardio-ectasica.

Na forma de insufficiencia mitral cardio-ectasica determinada pelo afrouxamento contractil da fibra myocardica, temos, ao lado do sopro systolico apexiano e tracheal, uma onda sanguinea escassa no pulso, ao mesmo tempo que o tom mitral, fraco, porém presente. Ha um divorcio entre o volume do coração, que é grande, e o ictus cordis que é debil. Com estes signaes pode-se fazer o diagnostico de insufficiencia mitral cardio-ectasica asthenica.

No curso da arterio sclerose, e mesmo durante a evolução de uma insufficiencia aortica pode-se encontrar um sopro

systolico apexiano e tracheal. Este sopro systolico apexiano dos arterios sclerosos e insufficientes da aorta pode ser considerado como sopro de insufficiencia cardioectasica, visto que a cubagem do ventriculo esquerdo n'estes individuos é maior que nos individuos normaes.

Entretanto o diagnostico differencial será feito pela forte impulsão do ictus cordis e pela presença do tom mitral bem ferido.

O sopro systolico dorsal pode ser encontrado na insufficiencia mitral cardioectasica, por asthenia da fibra cardiaca. Tivemos occasião de verificá-lo em anemicos com myocardi enfraquecido. Nestes individuos, uma vez reparada a anemia, e feita a correção da função inotropa do coração, vimos desaparecer o sopro, quer na região apexiana, quer no dorso. — Este sopro dorsal traduzia uma dilatação da auricula esquerda, assim como se dilataram os ventriculos.

O sopro tracheal nas insufficiencias cardioectasicas, é mais nitido que na região precordial, porquanto ha um contacto intimo entre o bronchio e auricula esquerda, consequente á dilatação d'esta.

Finalmente, temos a considerar uma ultima modalidade de adaptação imperfeita das valvulas auriculo ventriculares esquerdas. — A insufficiencia nos casos de que nos vamos occupar, é puramente funcional e em via de regra transitoria.

Esta insufficiencia se exteriorisa pelos seguintes signaes:

Sopro systolico apexiano intermittente,; bulha mitral bem ferida e mais nitida do que no normal; area cardiaca normal.

O sopro d'esta insufficiencia mitral, é um sopro holo-systolico, como o de todas as insufficiencias da mitral.

Entretanto ha uma particularidade acustica quanto á duração do sopro, isto é, elle é merosystolico, occupando apenas uma fracção chronica da systole ventricular, que corresponde á segunda parte d'esta.

Por ser merosystolico este sopro, foi classificado por alguns autores como extra-cardiaco.

Entretanto a mudez relativa á primeira parte da revolução systolica é apenas aparente.

O sopro vem desde a primeira porção da systole ventricular, porém como covibram a veia fluida e a bulha mitral na protosystole, ha, como consecuencia da predominancia phonica do aparelho mitral, um abafamento do sopro, em quanto vibram phonicamente os tendões e valvulas mitraes.

Este offuscamento do sopro no seu tempo protosystolico é corroborado ainda pelo ruido mitral que é, como sabemos, o forte n'esta especie de insufficiencia.

Assim se justifica porque o sopro é acusticamente mero-systolico e physicamente holosystolico.

Quanto aos focos para audibilidade d'este sopro, são apenas audiveis na região apexiana e no foco tracheal, não sendo audiveis no dorso nem no foco anatomico da mitral.

A escuta tracheal nos dá o sopro d'esta insufficiencia com os caracteres muito mais nitidos do que a escuta precordial.

E' frequente a existencia d'este phenomeno phonico nos individuos fracamente anemiados e nos emotivos.

Para explicar o seu mecanismo tem-se aventado muitas hypotheses; entre ellas, a que tomou mais vulto foi que o considerou como extracardiaco.

Nós nos filiamos, sem reboços, á hypothese de ser este sopro o traductor de uma insufficiencia mitral funcional.

Sabemos que nos arguirão dizendo que os elementos semioticos fornecidos pelo exame do coração n'esta especie que vamos estudando, não dão bases para consideral-o como de insufficiencia mitral. No entanto diremos que este sopro que representa um escapamento de poucos centimetros cubicos, como se pode deduzir de sua tonalidade alta, deixa prever um crificio angustiado, por onde passa a onda refluyente.

As informações negativas fornecidas pela cardiometria, constituem ainda prova de uma insufficiencia minima.

O sopro em questão, é forçosamente de insufficiencia mitral, porque se transmite á trachea, isto é, processa-se ao nivel das valvulas mitraes, propaga-se para a auricula esquerda e é aprehendido pelo bronchio que o conduz á trachea onde o podemos perceber.

Não apresenta os caracteres dos sopros extracardiacos, porque estes morrem onde nascem, e o sopro em debate, se propaga á trachea.

E' impossivel moldar a logica, fazendo-a acceitar este phenomeno acustico como cardio-pulmonar.

A lamina pulmonar que sopra, não tendo area de diffusão, seria illogico admittir que o sopro extracardiaco se pudesse diffundir para o coração, transpondo toda esta viscerã e ao mesmo tempo se propagando á trachea.

Ao mais elementar bom senso repugna acceitar como cardio-pulmonar um sopro que se diffunde tanto.

Não sendo cardio-pulmonar, é um sopro de insufficiencia mitral.

Este sopro, quando audivel na ponta, é fatalmente ouvido na trachea.

Ha individuos nos quaes o exercicio faz apparecer o sopro na trachéa e no apex; n'elles, uma vez desaparecido o sopro apexiano, desaparece tambem o tracheal.

Este facto reproduz-se com uma constancia absoluta, podendo constituir uma lei.

Estes sopros podem ser mais ou menos persistentes, todavia são commumente transitorios. O mecanismo que se processa na mitral, para explicar este sopro, é difficil dizer ao certo qual seja, entretanto podemos affirmar que elle é consequente a uma adaptação imperfeita do aparelho valvular. A causa d'esta obliteração incompleta, deve ser uma dilatação do ventriculo ou hypertonia dos musculos papillares.

A dilatação ventricular não se nos afigura a causa desta insufficiencia, porquanto a area cardiaca não augmenta e além disso o tom mitral é forte.

Inclinamo-nos a acceitar o mecanismo da hypertonicidade dos musculos papillares.

Esta hypothese tem a seu favor a area normal do coração e o tom mitral forte.

Os musculos papillares servem para inserção dos tendões das valvulas mitraes.

Comprehende-se que, quando a contracção d'esses musculos for maior que a normal, deve haver um abaixamento

valvular anormal, impedindo sua coaptação perfeita — d'ahi o sopro systolico.

Estes sopros figuram na proporção de 98 0|0 dos sopros apexianos funcionaes, ficando apenas reservados 2 0|0 para os sopros cardio-pulmonares.

Os ruidos que se processam fóra das cavidades cardiacas ou dos grossos vasos não são perceptíveis pela escuta tracheal.

Entre estes ruidos temos a considerar o de attricto pericardico e o sopro extra-cardiaco.

O attricto pericardico, é produzido pela fricção do pericardio visceral contra o pericardio do sacco.

Este ruido pela sua genese, não apresenta trajetoria de propagação e a sua expansão que é fraca, se faz como os raios de uma circunferencia, indo pouco além do ponto onde se gerou. — Só tem vida local. Assim sendo, é natural que só a escuta precordial revele sua presença.

A escuta tracheal é silenciosa todas as vezes que se trata de ruido de attricto.

A tracheo-bronchio-phonese serve pois para elucidar o diagnostico de um attricto, porque a presença de um ruido na escuta tracheal faz regeitar a hypothese de uma fricção pericardica.

Um outro phenomeno acustico que se processa fóra do coração, porém afinado no seu rhythm motor, vem a ser o sopro extra-cardiaco.

Este tem como mecanismo um movimento da lamina pulmonar peri-cardiaca, determinado pelo enchimento e esvasiamento do coração.

A sua séde é nos pontos onde o coração age mais directa e mais intensamente pelos movimentos perpetuos, e por isso elle é encontrado quasi sempre na ponta ou nas visinhanças.

O sopro extracardiaco corresponde, em via de regra, á phase de descarga da systolecardiaca, entretanto alguns autores suppõem que elle se produz na phase de tensão. — E' portanto um sopro merosystolico. Estes sopros, a exemplo dos attritos pericardiacos morrem onde nascem, isto é, não tem linha de propagação, nem area de diffusão.

Discordamos dos autores que consideram este ruído como frequente, e muito ao contrario d'elles, consideramol-o como raro.

Podemos asseverar que a sua frequencia não vae além de 20% dos ruidos funcçionaes que se encontram na ponta ou na sua proximidade, porquanto 98% dos ruidos funcçionaes da ponta vão á trachéa. A propagação para a trachéa é a nosso ver, um meio incisivo de liquidar esta questão de doutrina relativa á frequencia dos sopros extracardiacos.

Uma vez estudado o processo, chegamos ás seguintes conclusões.

Conclusões

a) A tracheo-bronchio-phonese tem suas bases scientificas na physica e na anatomia;

b) O tubo tracheo-bronchico é um esthetoscopio de dupla transmissão ao mesmo tempo que é uma caixa de resonancia;

c) O tracheo bronchio é um esthetoscopio mediastinal que repousa sobre a auricula esquerda e ladeia os grossos vasos arteriaes que emergem do coração. — Funciona physicamente, como transmissor phonico dos orgãos com os quaes mantem contacto;

d) A escuta tracheal enfeixa n'um ponto unico — foco tracheal — todos os ruidos intracardiacos e dos vasos que emergem do coração;

e) No coração anatomica e topographicamente normal, as bulhas pela escuta tracheal são mais nitidas que pela escuta precordial;

f) A dissociação tracheo-precordial, com desapparecimento da 1.^a bulha na trachéa, traduz em via de regra, uma cardiopiose;

g) A dissociação tracheo-precordial, com desapparecimento das bulhas no precordio e conservação na trachea é signal de existencia anormal de tecido pulmonar entre o coração e a parede thoraxica anterior;

h) Qualquer typo de insufficiencia mitral dá um sopro systolico tracheal;

- i) Estenose aortica e pulmonar dão sopro systolico na trachéa;
- j) Na insufficiencia aortica ha um sopro diastolico tracheal;
- k) Os sopros dos anemicos e emotivos que são audiveis no foco pulmonar — são sopros de bifurcação;
- l) O sopro dos anemicos e emotivos que são audiveis na ponta, são na proporção de 98 0|0 transmissiveis á trachéa. — São, pois, sopros de insufficiencia mitral funcional.
- m) O attrito pericardiaco não é audivel na trachéa;
- n) Os sopros extracardiacos não são audiveis na trachéa.

Sobre um processo rapido de diferenciação das granulações de Much no bacillo de Koch

Nota do quintannista de Medicina, José de Toledo Mello.

As granulações chromaticas de Much, como elementos intra ou extra-somaticos, no caso particular do bacillo de Koch, diversamente interpretadas physiologica e morphologicamente pelos autores, têm servido de base para um bom numero de publicações, ás quaes, incontestavelmente, os nossos illustres patricios Moreira da Fonseca e A. Fontes, este ultimo sobretudo, emprestaram o maior brilho, offerecendo ao interessante estudo a melhor e a mais valiosa contribuição.

Formas de desenvolvimento, de resistencia ou de degeneração, considerados que sejam outros tantos centros de unidade vital da colonia que seria o corpo bacillar, consoante a opinião autorizada de A. Fontes, que nós adoptamos como doutrina perfeitamente calcada na experimentação cuidadosa e na observação demorada, os corpusculos de Much, do ponto de vista de sua importancia pathogenica, vão merecendo um papel importante na interpretação dos aspectos proteiformes da bacillose e no esclarecimento da herança tuberculosa, como *elemento vivo infectante.*" (Fontes).

Não é nossa intenção, como estudante, sem tempo e sem meios para pesquisas de tão alta valia e real interesse pratico, vir detalhando informações sobre os granulos vitaes de Much cujo estudo mereceu um esquadrinhamento acurado nos trabalhos de A. Fontes estampados nas "Memorias do Instituto Oswaldo Cruz" e "para os quaes", escreve Fonseca nas suas interessantes e valiosas publicações sobre os *Novos methodos para o diagnostico da tuberculose*, "a leitura dos estudiosos deve ser obrigatoria, pela importancia e actualidade do assumpto e pela excellencia do pesquisador".

Quando do estudo da morphologia do bacillo de Koch, dos seus caracteres estructuraes e da evidenciação dos granulos de Much pelos processos granulares usuaes de coloração, no nosso curso de Microbiologia, proficientemente dirigido pelo Professor Carini, tendo como assistente o Dr. Pires Fleury, tentámos, despretenciosamente, a adopção de um processo proprio de caracterisação dos referidos elementos, numa technica mais simples e rapida que as utilizadas correntemente. Iniciadas no laboratorio de Microbiologia, em momentos roubados ás aulas praticas, as nossas pesquisas poderam proseguir-se quando no serviço da 3.^a enfermaria de Medicina Santa Casa, como interno do Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos.

Sem terem outra ambição acima da de que ellas possam ser havidas pelos estudiosos como aproveitaveis, as nossas pesquisas consubstanciam um trabalho rapido e insufficiente, não tendo ido além do simples exame de escarros apresentados para o diagnostico microscopio da phymatose nos doentes do serviço a que prestamos o nosso modesto concurso.

Os processos granulares classicos tendentes á caracterisação morphologica dos corpusculos vitaes de Much, são bastante numerosos, tendo merecido, entre todos, preferencia, a coloração pelo Ziehl-Gram de Fontes.

Passemos em revista, rapidamente, estes diversos processos:

I) PROCESSOS DE MUCH

1.^o *proc.* — a) Corar pela violeta anilinada durante 5 minutos, a quente.

- b) Tratar pelo Lugol.
- c) Descorar pelo alcool absoluto ou essencia de cravo.

2.º *proc.* — a) corar pela solução de violeta de methyla:

solução saturada de violeta de methyla em alcool absoluto 10cc.
 agua phenicada a 2 0|0 100cc.

- b) Tratar pelo Lugol (1 a 5 minutos):
- c) Tratar pelo acido nitrico a 5 0|0 (1 minuto).
- d) Tratar pelo acido chlorhydrico a 3 0|0 (10 segundos).

e) Tratar pelo alcool acetona.

3.º *proc.* — a) Corar pela solução de violetas de methyla, como no 2.º *proc.*

b) Tratar, durante 2 minutos pela solução:
 agua oxygenada a 2 0|0 100cc.
 iodureto de potassio 5 grs.

c) Descorar pelo alcool absoluto.

II) *PROCESSO DE FONTES*

- a) — Corar a quente pela fuchsina de Ziehl.
- b) — Lavar n'agua corrente.
- c) — Corar durante 2' pela violeta de genciana phenicada.
- d) Tratar pelo Lugol.
- e) Descorar pelo alcool-acetona.
- f) Lavar n'agua.
- g) Contracorar pela solução aquosa de azul de methylenio ou pela crisoidina a 2:300.
- h) Lavar n'agua.
- i) Seccar e examinar.

III) *PROCESSO DE FONSECA*

- a) Corar pela fuchsina de Ziehl durante 2'.
- b) Lavar n'agua corrente.
- c) Corar durante 2' a 3' pela cyanina:

alcool absoluto	100 c.c.
cyanina	1gr.
acido phenico	4 c.c.
ou cyanina	1gr.
alcool absoluto	100 c.c.
formol	5 c.c.

d) Descorar pelo acido nitrico ao terço.

e) Tratar durante 2' a 3' ou mais pela solução saturada de acido picrico em alcool absoluto.

f) Lavar n'agua corrente.

g) Seccar e examinar.

IV) PROCESSO DE TRUNEK

a) Corar pela mistura recente de tres partes de fuchsina de Ziehl e uma parte da solução de violeta de methylenio (1c.c. de solução alcoolica em 100c.c. de agua phenicada a 2 0|0).

b) Tratar pelo Lugol.

c) Descorar pelo acido nitrico a 5 0|0 (1 minuto)

d) Fazer agir o alcool acetona.

e) Lavar n'agua.

f) Corar o fundo pela solução de vesuvina ou safranina.

V) PROCESSO DE WEISS

a) Corar durante 24 horas, a frio ou a quente (2 a 3 passagens na chamma), por uma das 3 misturas:

Solução de violeta de methyla phenicada 1 parte

Solução de fuchsina de Ziehl 1 parte

Solução de violeta de methyla phenicada 3 partes

Solução de fuchsina de Ziehl 1 parte

Solução de violeta de methyla phenicada 1 parte

Solução de fuchsina de Ziehl 3 partes

b) Tratar pelo Lugol durante 5 minutos, a frio ou a quente.

c) Descorar durante um minuto no acido nitrico a 5 0|0.

- d) Descorar durante 10 segundos no acido chlorhydico a 3 0|0.
- e) Fazer agir o alcool acetona (partes iguaes) até o desapparecimento da coloração.
- f) Seccar em papel de filtro.
- g) Recolorir o fundo pela safranina a 1 0|0 durante 5 a 10 segundos ou pela vesuvina, durante um minuto.

VI) *PROCESSO DE WOEHLI E KNOLL*

- a) Corar, a quente, pela mistura em partes iguaes de fuchsina de Ziehl com violeta de methyla phenicada.
- b) Tratar pela solução a 5 0|0 de iodureto de potassio em agua oxygenada a 2 0|0, durante 5' ou pelo Lugol durante 10'.
- c) Descorar pela solução a 1 0|0 de acido chlorhydrico em alcool a 70 0|0.
- d) Tratar pelo alcool abosluto.
- e) Corar o fundo com uma solução corante de contraste.

VII) *PROCESSO DE PROESCHER*

- a) Corar a quente por uma mistura de fuchsina de Ziehl (4 partes) e violeta de genciana phenicada (1 parte).
- b) Seccar e tratar pelo Lugol durante 2'.
- c) Descorar por uma mistura de acido nitrico, alcool e acetona.
- d) Lavar n'agua.
- e) Corar o fundo com uma solução de azul de methylenio a 1 ou 2 0|0.

VIII) *PROCESSO DE KIRCHENSTEIN*

- a) Lavar a quente pela fuchsina de Ziehl.
- b) Descorar durante 2 a 3 minutos pela solução hydro-alcoolica de acido picrico:
 - solução aquosa saturada de acido picrico 60 c.c.
 - alcool absoluto 40 c.c.

- c) Fazer agir, por algum tempo, alcool a 60 0|0.
- d) Descorar pelo acido nitrico ao 1|6 ou 15 0|0. até uma coloração amarellada.
- e) Tratar, novamente, pelo alcool a 6 0|0 até descoramento completo.
- f) Fazer actuar mais uma vez a solução hydro-alcoolica de acido picrico.
- g) Tratar durante 20 a 30 segundos pela solução:

Iodureto de potassio	1,25 grs.
Iodo	2,5 grs.
Alcool a 80°	100 c.c.
- h) Sem lavar, deixar actuar, por 10 a 15 segundos, os vapores de uma solução aquosa a 1|2 ou 1 0|0 de acido osmico.

IX) *PROCESSO DE KIRCHENSTEIN MODIFICADO POR FONSECA*

- a) Lavar a quente pela fuchsina de Ziehl.
- b) Descorar pelo acido nitrico ao 1|3 e lavar n'agua corrente.
- c) Tratar pela agua bromada ou pelos seus vapores, durante 30 a 40 segundos.
- d) Fazer actuar uma solução aquosa envelhecida a 1|2 ou 1 0|0 de acido osmico ou os seus vapores, durante 10 a 15 segundos.
- e) Lavar.
- f) Corar o fundo pelo alcool picrico durante 15 a 20 segundos.

X) *PROCESSO DE HERMANN:*

- a) lavar a quente por uma mistura recentemente preparada e filtrada de uma solução de 1 0|0 de carbonato de ammonio (3 partes) com uma solução a 3 0|0 de crystal violeta em alcool a 96 0|0.

De todos estes processos mais ou menos evidentemente

complicados, a maioria não entrou nos domínios da applicação pratica.

A nossa technica basea-se na coloração do bacillo de Koch pela fuchsina de Ziehl e na impregnação das granulações de Much pelo iodo tomado em solução alcoolica diluida, dispensando-se, no caso de uma preparação destinada apenas a uma demonstração immediata, a coloração de fundo.

Damos, a seguir, os detalhes deste processo por nós adoptado e que apresentamos á critica, confiante em que (salvo erro pessoal) possa prestar-se vantajosamente ao fim pratico e didactico, de preferencia, confessamol-o lealmente, tendo-se em vista a analyse immediata do preparado que, pela precipitação do iodo, altera-se sensivelmente.

a) — Fazer, com o material, uma esfregadura dando um esfregado homogeneo e delgado.

b) — Seccar e fixar pela chamma.

c) — Corar pela fuchsina phenicada de Ziehl a quente, lentamente, com varios desprendimentos de vapores, durante 3 a 5 minutos.

d) Enxugar ligeiramente a lamina pelo papel de filtro.

f) Tratar até completa desaggregação da fuchsina e corar até á obtenção de uma cor amarella uniforme, pela solução seguinte, preparada no momento:

Tintura de iodo a 10 0 0	10 a 12 gottas
Alcool a 90°	10 c.c.

g) Seccar, sem lavar, pelo papel de filtro.

h) Observar com a objectiva de immersão.

O exame immediato da preparação mostra um campo microscopio minucioso no detalhe dos elementos. Os bacillos apresentam-se corados em vermelho pela fuchsina. As granulações destacam-se em negro, com a côr metalloidea propria do iodo, no corpõ bacillar. Em se querendo obter um fundo permanentemente uniforme, em preparação definitiva, contracora-se pelas soluções aquosas de azul de methylenio ou de pardo de Bismark (vesuvina), não sem prejuizo palpavel entretanto, para a nitidez das granulações e para o conjuncto da preparação. Tal é o nosso processo que, repetimos, offerecemos, despretenciosamente, á critica dos competentes. So-

mos na esperança de que elle possa ser aproveitado, já na pratica dos estudiosos, como por exemplo na dosagem das condições de defeza do organismo pela indagação urgente dos caracteres estructuraes do bacillo de Koch ou seja pela avaliação numerica das granulações de Much, segundo o methodo biologico de Bossan, já na sua applicação com fim didactico onde, principalmente, poderá ter, talvez, acolhida, como um processo simples e facil, rapido e elegante.

NOTA -- Entrava para o prelo o presente numero desta revista, quando tivemos conhecimento, folheando os "Annaes da Polyclinica Geral do Rio de Janeiro", do excellente processo *Ziehl-iodo-ammonea*, publicado pelo Dr. Dionisio Cerqueira e que nos escapou á larga consulta que fizemos sobre o assumpto. Pondo de parte a questão da prioridade, publicamos, confiante na nossa propria honestidade, o nosso trabalho, sem maior pretensão que a de que o nosso processo não se adopte sinão como uma simplificação do processo *Ziehl-iodo-ammonea*.

Tem se dito, repetidamente, que o caminho da verdade é um só, podendo-se chegar a elle juntamente, como, aliás, tanta vez se ha registado na historia das cogitações scientificas.

Le origini umane

Conferencia realisada pelo Prof. Dr. Alfonso Bovero, lente de Anatomia descriptiva e Histologia na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a convite do Centro Academico Oswaldo Cruz, no salão nobre do Instituto Historico e Geographico do Estado de São Paulo, a 3 de Maio de 1917.

Signore e Signori,

Ho esitato parecchio, e non per la prima volta, ad accogliere l'invito cortese e lusinghiero dei miei Allievi per unire la mia alla loro parola nell'intento di ricordare la data della fondazione della nostra Facoltà di Medicina: sono stato dubbioso anzitutto perchè, ad esprimere con la minore oscurità che mi è possibile il mio pensiero, non oso ancora abordar le dolcezze e le bellezze del vostro idioma; ma per questo motivo non mi fu difficile la vittoria su di me stesso, avendo presente e gradata sempre la vostra continua ininterrotta premura nel seguire lo sforzo di chi non ha altro desiderio che essere ritenuto come il vostro compagno nello studio della meravigliosa compagine del corpo umano.

Altra difficoltà, la scelta di un particolare argomento di trattazione. Nella angoscia senza rilascio, nella esaltazione

parossistica di ogni sofferenza morale e di tutti i dolori fisici, nella esasperata tendenza — che va diventando universale — ad arrecare quanto è immaginabile di male a quelli che il dí innanzi pur si invocavano fratelli e sodali, caratterizzanti nella loro immane tragicità l'attuale momento nella storia del genere umano, sorge spesso nel pensatore una domanda di cui si paventa la risposta: *dove andiamo?* ed accanto a questa un'altra, che potrebbe contenere pure una implicita risposta: *donde veniamo?* E' forse nelle nostre origini ancestrali la causale principale, se non unica, che ha scatenato, per un terrifico ritorno, l'anima belluina dell'umanità? o la autoclassificazione sistematica — molto presuntuosa — dell'Uomo, generalmente seguita, è maculata di una nuova specie di peccato originale, per una particolare alterazione del significato etimologico delle parole, per la quale *Homo sapiens* voglia anche od invece ricordare *Homo ferus*?

Ho annuito tuttavia al desiderio espressomi con tanta fervorosa simpatia dai miei giovani amici di essere, questa volta, io il portavoce del loro desiderio innato di apprendere, di esprimere con la mia parola il loro fermo proposito — materiato di tanta potenzialità — di contribuire al progresso della collettività, di rispondere il più degnamente possibile agli sforzi e ai sacrifici che essa fa in prò della giovane Facoltà di Medicina. E, in qualità di loro araldo, voglio figurarmi di essere meno indegno, voglio immaginare per un momento le mie forze non impari all'assunto.

E' noto assai, ed in particolar modo è opportuno ricordarlo oggi, l'episodio illustrato con singolare compiacenza da quel grande ammonitore che fu Emilio Zola, nella *Débacle*, l'episodio, cioè, del contadino che in un campo solitario sèguita tranquillo e sereno ad arare la sua terra, mentre intorno a lui infuria scatenata la tragica e sanguinosa battaglia. Anche noi, qui, allievi e docenti, studiosi e curiosi dei fenomeni della vita degli individui e della specie, dissodiamo il terreno per future germinazioni, con la cosciente speranza che tutte le cause invocate a spiegare l'evoluzione si sommino per creare realmente l'Uomo meritevole della aggettivazione prima incriminata come orgogliosa, aggiunta all'indicazione particolare della specie nostra.

*
* * *

L'argomento, che forma oggetto di questa mia conferenza, si riconnette strettamente alla dottrina dell'evoluzione, che forma oramai definitivamente parte viva e solida delle discipline biologiche. Non ostante le infinite critiche e le numerose derivazioni e deviazioni, tutti consentono nel concetto che le forme viventi più complesse derivino da forme viventi più semplici, e queste da altre semplicissime.

L'accordo si manifesta invece ancora solo un desiderio, di realizzazione probabilmente molto lontana, quando noi, in obbedienza al bisogno sempre urgente di sapere e di sapere di più, vorremmo chiarire, per la nostra mente, le *modalità* con le quali tale evoluzione potè avverarsi. Le dottrine, variamente combattute e modificate e talvolta riprese e rammodernate a distanza di tempo, che prendono nome da Lamarck, Darwin, Haeckel, Nägeli, Hertwig, Weismann, Mendel, De Vries, Rosa ed altri, furono precisamente indirizzate alla delucidazione *del metodo* della evoluzione: ciascuna, presa in sé, contiene senza dubbio molto o poco di vero, ed in ciascuna, d'altra parte, occorrono contraddizioni ed inconciliabilità con la realtà dei fatti dimostrati.

Gli autori stessi che hanno enunciato le differenti teorie hanno assai spesso, con Darwin alla testa, visto ed espresso con la più perfetta onestà scientifica le lacune o le obiezioni possibili alle medesime: le obiezioni sono anzi di frequente legate appunto alla non ancora completa nostra conoscenza dei fatti, conoscenza che può estendersi, come in fatto avviene, ogni giorno di più, lentamente ma progressivamente. Nessuno oggi può ardire di segnare certamente i limiti estremi ai quali si potrà giungere, con lo sforzo concordé dei ricercatori, nelle nostre conoscenze in proposito. Ma non è troppo strano ammettere fin d'ora che, in relazione ai processi dell'evoluzione e a determinate modalità degli stessi, l'avidità curiosità nostra debba, anche in avvenire, e per molte particolarità piccole o grandi, e per molte cause, concludere per *l'ignorabimus* definitivo anzichè per *l'ignoramus* attuale. Molte lacune sono state colmate dall'epoca dell'enunciazione del formidabile corpo di dottrina,

che prende nome da Carlo Darwin, molte ancora ne saranno colmate, ma non ha che valore di augurio l'impressione che *tutte* debbano esserlo in avvenire.

Non è mio compito discutere e neppure enunciare tutte od anche semplicemente le principali teorie, che tendono a spiegare l'origine evolutiva dei viventi: farebbero a me difetto per tale assunto e il tempo e più specialmente le forze. E' specialmente mio desiderio far conoscere ai miei ottimi Allievi i risultati principali ai quali, particolarmente in relazione alla filogenesi umana, e cioè all'argomento che più e sempre incombe alla nostra mente, è giunta una elettissima tempra di studioso italiano, il Prof. Giuseppe Sergi, dello Studio di Roma; del quale si festeggia il giubileo scientifico in questo anno, frammezzo agli immani orrori di una guerra quasi universale, da lui deprecata con tutte le energie del suo spirito e del suo cuore.

A Giuseppe Sergi, antropologo e filosofo, psicologo e paleontologo, in ogni caso studioso profondo dei problemi molteplici della vita individuale o della vita collettiva, ed in qualsiasi sua manifestazione esempio luminoso della più rigogliosa genialità latina, io penso di fare l'omaggio più alto e più desiderato esponendo a Voi, questa sera, nella sola forma purtroppo arida che a me è possibile dare, usando il più spesso le sue medesime parole, le risultanze principali degli studi sulle origini umane, resi di pubblica ragione nell'ultimo decennio, ma aventi un ben più lungo periodo di preparazione.

*

* *

Secondo la teoria di Darwin, più poderosamente sostenuta di poi e allargata e, ad un tempo, resa più dogmatica da Haeckel, tutte le forme animali procedono ininterrottamente dallo stato più semplice al più complesso sopra una continua linea ascendente: le forme laterali di detta linea provengono da variazioni dell'unico stipite per quelle cause che sono invocate a spiegazione dell'evoluzione. Da viventi unicellulari, o Protozoi, derivarono forme metazoiche senza differenziazione di organi, poi Metazoi con organi e tessuti ben distinti, come nei

Vertebrati fino ai Mammiferi, dei quali l'Uomo rappresenterebbe il gradino più elevato: l'Uomo quindi ha la serie dei suoi antenati dagli Invertebrati ai Vertebrati.

Secondo questa concezione delle modalità dell'evoluzione, la derivazione dell'Uomo, come degli altri Mammiferi, sarebbe monofiletica: e cioè tutti i Mammiferi, *Uomo compreso*, obbediente, come gli altri viventi, alle leggi della vita, procedono da un solo stipite primitivo di Mammifero, e così le altre classi e forme. Un unico stipite deve essere esistito per tutti i Vertebrati nel passaggio evolutivo di classe e per tutti i Vertebrati che si trovano nella scala ascendente dell'evoluzione: un'unica forma di Invertebrato avrebbe dato luogo alla prima forma di Vertebrato ed un'unica forma protozoica a quella dei Metazoi inferiori.

Si è creato in tal modo, particolarmente per opera di Haeckel un nuovo libro della Genesi, concretato ancora recentemente in forma un pò modificata (1908), dal Protozoo all'Uomo. L'ipotesi monofiletica trovò sostenitori principalmente per i Vertebrati e, fra questi, in modo particolare per i Mammiferi.

La dottrina dell'evoluzione cercò finora le sue basi di sostegno specialmente in studi e ricerche di morfologia ed embriologia comparate, e da questi non sempre vennero conferme ai presupposti teorici dei sostenitori di un eccessivo dogmatismo genealogico: la così detta *legge biogenetica fondamentale* nelle sue diverse espressioni non ha potuto, nel puro ambito morfologico od embriologico, ottenere sempre, per qualsiasi sistema organico o per ogni organo, la dimostrazione di una corrispondente continuità di fatti: lacune e contraddizioni hanno perciò valore da contrapporre alle conferme; onde dal puro studio morfologico od embriologico non è possibile, finora, trarre una convinzione realmente assoluta e definitiva in appoggio all'ipotesi monofiletica.

Del resto, per le illazioni, che si possono trarre e per le riserve che si devono fare, sui risultati delle ricordate ricerche comparative, intese a procacciare nozioni sulle relazioni di parentesco degli animali, e particolarmente dell'Uomo con altri Primati, mi piace riportare integralmente quanto Sergi scriveva fin dal '912: "Le forme viventi di qualunque grado e di qualsiasi tipo sono costrette a seguire le leggi generali della vita in quanto che queste sono comuni ad ogni vivente e quin-

“ di necessariamente possono trovarsi omologie ed analogie ed
 “ anche divergenze nei vari gruppi animali, secondo le condizioni
 “ particolari in cui gli esseri vivono e si sviluppano. Vi sa-
 “ rebbe, quindi, gradazione fra le forme viventi, *la quale non*
 “ *implica necessariamente genealogia e discendenza.*” E più
 tardi: “ogni vivente, dagli invertebrati ai vertebrati, per vivere
 “ e nutrirsi deve aver organi che si riferiscono alle varie fun-
 “ zioni, i quali debbono avere i caratteri generali comuni in
 “ viventi di ogni gradazione, *indipendentemente dal fatto del-*
 “ *la discendenza e dell'evoluzione:* la stessa cosa si potrebbe
 “ affermare per i fenomeni di riproduzione. Soltanto un fatto
 “ può stabilirsi, ed è che tali fenomeni vitali sono in correlazio-
 “ ne con lo sviluppo evolutivo dei viventi.”

Ma obiezioni ben più gravi di quelle che si possono trarre dagli studi morfologici od embriologici, sono venute alle varie teorie, con le quali si è finora cercato di spiegare le modalità della evoluzione, dalle ricerche paleontologiche.

La paleontologia, scienza embrionale ancora quando Darwin, dopo una lunga preparazione, pubblicò la sua *Origine delle specie*, antivedendo molto chiaramente la possibilità che dai dati acquisibili da detta scienza potessero ricavarsi obiezioni alla teoria della evoluzione per mezzo della selezione naturale, fece da allora in poi progressi realmente straordinari. Persistono naturalmente ancora una quantità di lacune, ma queste lacune in relazione alla dottrina dell'evoluzione sarebbero altrimenti più numerose senza l'ausilio dei dati paleontologici.

Ora, appunto dai reperti paleontologici è dimostrato, oramai in modo sicuro, che le forme animali, classificate di abitudine secondo il sistema linneano come *specie*, nelle loro primissime comparse nel paleozoico non hanno relazioni di discendenza o di derivazione l'una dall'altra, non sono cioè forme che derivano da variazioni di altre, che si possono considerare come *progenitori*: invece un tipo animale apparisce subitamente in varie forme e sincronamente: e queste sono le *specie* della classificazione linneana.

La vita animale si manifesta improvvisamente nel periodo cambriano, ricca nelle varie forme di Invertebrati e con caratteri definiti e perfetti: tutte le forme, che compajono per prime, sono di animali marini e vi troviamo Artropodi, Molluschi, Mol-

luschoidi, Vermi, Echinodermi, Celenterati e Poriferi. E delle varie forme comparvero subito molti generi e specie, così complesse che non possono aver avuto origine da Protozoi: supponendo che si siano trovate anche Radiolari e Foraminiferi, noi non possiamo ammettere che esse siano gli antenati dei Crostacei e dei Molluschi: esse sono pure forme definite e determinate, benchè unicellulari, e, come tali, le possiamo seguire nel tempo e nello spazio fino ad oggi vivere come di origine ed invariabilmente. Solo se fossero anteriori di origine a quelle forme di Crostacei o di Celenterati potrebbero indicare che le fasi, cronologicamente prime della vita, fossero semplici, ma non per questo che fossero progenitori dei multicellulari.

La ricchezza primitiva di certe forme, come ad esempio di certi caratteristici Crostacei arcaici, i Trilobiti, che durarono per molti periodi geologici, e di Molluschi, come i Gastropodi ed i Cefalopodi, fa pensare che essi fossero un prodotto di molti rami simultanei e paralleli, suddividentisi in periodi successivi in nuove altre forme e variazioni, formando nuovi generi e nuove specie secondo i caratteri acquisiti. Dice giustamente Sergi, che ammettere che, ad esempio, i Trilobiti abbiano avuto origine da un solo individuo e per una sola volta è assurdo perchè inconcepibile ed ammettere che siano apparsi in un solo luogo, in un solo mare, e non in più mari simultaneamente, è anche irrazionale, poichè in un medesimo tempo le prime forme apparvero in differenti regioni con le loro variazioni o rami.

Dalla acuta e penetrante analisi dei reperti paleontologici per ciò che si riferisce all'origine degli Invertebrati, come dei Vertebrati e cioè per tutte le forme viventi, Sergi è condotto ad ammettere che le forme degli animali abbiano avuto origine a *stirpe*, composta di *rami* paralleli con caratteri particolari per ciascun ramo. Ciascun ramo può, a sua volta, dividersi in branche secondarie, secondo la vitalità propria e secondo *l'habitat* particolare.

L'ipotesi di Sergi è *polifiletica* e, come tale, si appalesa in tutta la sua estensione per l'origine delle forme animali nel paleozoico; e, perchè tale, spiega la sincrona comparsa delle stesse forme nei più differenti mari, non essendo concepibile la migrazione della medesima forma per tutti i mari paleozoici, quale si dovrebbe ammettere secondo l'ipotesi monofiletica: e perciò è

anche *poligenetica*. Nè è possibile ammettere che i singoli rami di ciascuna stirpe presentino relazioni di discendenza uno dal l'altro, poichè all'origine non è documentabile filiazione di forme, ma solo collateralità e simultaneità di forme riferentisi ad un dato tipo. Solo più tardi, in periodi geologici più recenti, cominciano a manifestarsi le variazioni, perfezionamento, evoluzione dei tipi e delle varietà, decadenza ed anche estinzione, come si può dimostrare per certe stirpi caratteristiche o per loro rami.

Il concetto della stirpe assume naturalmente un'eccezionale importanza per l'aggruppamento sistematico. La stirpe è in origine molto limitata relativamente ai suoi rami, è primigenia e non derivata da altre forme simili; se in un aggruppamento si trovano molte stirpi, si deve pensare alla loro origine indipendente e poligenetica: ciascuna stirpe è composta di vari rami parimenti indipendenti, quindi è polifiletica.

Le prime forme, che costituiscono stirpi, si moltiplicano per la *variazione con la discendenza* e possiamo quindi considerarle con la teoria dell'evoluzione; ma persiste la poligenesi con la polifiletia, poichè i singoli rami possono dare nuovi svolgimenti e nuove forme parallele simultanee od in differenti tempi. Se una stirpe (genere o specie) è composta di rami vari e se questi si svolgono in nuove forme o si trasformano, è naturale che essi siano come i loro progenitori e quindi prodotti per polifiletia anteriore, che può considerarsi come poligenetica.

*
* *

Le considerazioni precedenti servono, già l'abbiamo detto, per tutte le forme animali, viventi o fossili, per gli Invertebrati come per i Vertebrati. Fra questi ultimi, i Pesci, i Rettili e gli Anfibi presentano, parimenti come le diverse classi di Invertebrati, molto chiaramente la comparsa multipla, sincrona, polifiletica, nei differenti periodi geologici, di forme: la loro origine poligenetica è altrettanto indubbia, non ostante le difficoltà o le oscurità numerose, che si riconnettono alle origini prime dei Vertebrati in genere o delle singole classi.

Anche per i Mammiferi, per i quali parimenti non si può con tutta sicurezza affermare ancora la origine prima, se da Anfibi o da Rettili od invece la origine comune con questi ultimi, si può affermare che compajono subitaneamente in stirpi.

I primi Mammiferi compajono nel triasico, nel giurasico e di poi nel cretaceo; ma sono aplacentari, che ci lasciarono documenti tuttavia assai scarsi. A cominciare dallá base dell'eocene compajono, e numerosi, in Nordamerica ed in Eurasia, i Mammiferi placentari e vi compajono subitamente, secondo le forme, in ordini, in generi e specie, rappresentanti i tipi principali della fauna mammale, che vanno evolvendosi e diffondendosi per le varie regioni. Nella apparizione relativamente rapida di questi Mammiferi non si vede la connessione con le forme di Mammiferi aplacentari, nè con quelle dei Rettili o degli Anfibi, se non per alcuni caratteri; i quali non depongono sulla origine e sulla discendenza, se non in modo affatto teorico ed ipotetico.

Ma è importante ancora rilevare, che anche nei Mammiferi, come negli altri Vertebrati e negli Invertebrati, non apparisce un individuo, come principio e continuità di una data forma definita, ma bensí un gruppo o stirpe, composta di individui e forme variate, da cui deriva la discendenza multipla e polifiletica, quando le condizioni dell'*habitat* possano permetterlo. Anche per i Mammiferi possono nascere stirpi parallele in abitati differenti, che allora possono dare origine alla più estesa poligenesi, insieme con quel polifiletismo locale, nel quale si possono scoprire fenomeni cosí detti di convergenza con quelli di divergenza, che danno origine a forme sempre differenti e in periodi geologici vari.

Non è possibile, nei ristretti limiti di tempo concessi per una conferenza, segnare, neppure a larghi tratti, tutti i problemi inerenti alla distribuzione geografica di dette prime forme di Mammiferi od enumerar le asserzioni e le supposizioni molteplici, frequentemente discordanti, mutevoli e mutate, in tempi differenti, da un medesimo ricercatore, per spiegare certe supposte migrazioni di Mammiferi terrestri da regione a regione, nell'oscurità incalcolabilmente remota dei tempi.

Come il materiale stesso presenta al nostro esame un numero enorme di lacune, queste occorrono naturalmente e necessariamente anche nell'*interpretazione* del materiale — talvolta

scarso e frammentario — e quindi nella ammissibilità delle così dette migrazioni e nella applicazione dei dati paleontologici alla conoscenza della filogenesi.

Comunque sia, l'apparizione simultanea di forme si verifica chiaramente già a cominciare dai Mammiferi così detti arcaici; nei Condilartri, progenitori, secondo alcuni, dei Perissodattili essa è per lo meno probabile; è sicura nei Creodonti, più numerosi in Nordamerica che in Europa, e differenti; negli Insettivori, differenti, e quindi aventi origine separata, nelle due regioni Americane ed in Europa; negli Amblipodi, parimenti separati nelle due Americhe: in tutti, quindi, sicuramente poligenesi e polifiletia.

E fra i Mammiferi così detti recenti, nei Tapiridi e Rinocerotidi, in Equidi e Proboscidei, vi ha sempre ancora *almeno* un'origine duale o poligenetica, con rami o *phyla* multipli.

Sono specialmente impressionanti e convincenti a questo riguardo i dati che Sergi ricava dall'esame critico dei Mammiferi del Fayum egiziano (1914 e 1915): fra essi ad esempio il tipo *Hyracoidea* apparve subito con forme così varie da essere considerate *specie!* ma queste sono suddivise in tre forme subordinate come sottotipi, che qui costituiscono generi; quindi le stirpi sono tre, ciascuno con rami, i quali non mostrano minimamente nessuna relazione di discendenza o di qualsiasi derivazione; sono cioè indipendenti, come sono apparsi simultaneamente e improvvisamente, vale a dire, in modo polifiletico. Tali fatti sono legati all'accertamento assoluto delle formazioni geologiche ed al ritrovamento dei fossili nei medesimi luoghi, senza traccia di mescolanze o di alterazione degli strati terrestri.

*
* *

La legge, che risulta da quanto abbiamo esposto, intorno alla origine poligenetica e polifiletica degli Invertebrati e dei Vertebrati, è fondata su un numero grandissimo di prove riferentisi alle differenti categorie: tali prove, emergenti dagli studi paleontologici più recenti, sono passate da Sergi al vaglio di una critica rigorosa ed accuratissima e pajono risolvere defini-

tivamente la lotta, oramai antica, fra monisti e poligenisti, a favore di questi ultimi. Ma se anche — ed i fatti sorpassano assai i limiti di questa ipotesi — un poligenismo effettivo, indubbio, fosse, per il momento, dimostrato per una categoria sola di animali, difficilmente la nostra mente potrebbe, a rigor di logica, adattarsi a pensare che leggi fundamentalmente differenti abbiano invece regolata la comparsa di altre categorie di animali.

La paleontologia invece, che Sergi definisce giustamente come *la storia antica degli esseri viventi*, pur lasciando tuttora un numero grande di lacune, va dimostrando ogni giorno più ampiamente, come tutti i viventi siano stati, dai tempi più remoti, soggetti alla medesima legge e come lo svolgimento evolutivo avvenga in modo ben differente da un'ascesa continua e graduale, come un perfezionamento delle prime forme iniziali.

Più specialmente dibattuta, più intensamente premente è stata sempre la questione della evoluzione dell'Uomo dagli altri Primati e delle relazioni di discendenza o di parentela fra le varie forme. E' stata costruita anche per i Primati una genealogia ipotetica, fondata solo su caratteri morfologici, per la quale, il primo anello della catena di detti Primati sarebbe rappresentato dai Lemuroidi e l'ultimo della specie *Homo*.

Anzitutto i dati paleontologici, in conferma ai risultati di studi embriologici e morfologici, tendono ad escluder definitivamente dai Primati le così dette Proscimmie, fossili o viventi. I Lemuroidi, fossili, sono da considerarsi come Mammiferi di tipo arcaico, in relazioni morfologiche con i Condilartri, Creodonti ed Insettivori. Per i Lemuroidi vi ha pure polifiletismo e poligenismo ben manifesto; essi apparvero nell'eocene in Nordamerica ed in Europa sincronamente; in Nordamerica si estinsero nello stesso periodo, eocene superiore; in Europa durarono fino all'oligocene inferiore: ma nè in America, nè in Europa i Lemuroidi ebbero discendenza: gli uni ebbero origine indipendente dagli altri e ciò per la differente struttura e per la impossibilità di migrazione.

I Lemuroidi non formano stirpe con i Primati, e con ciò si spiega, oltre al fatto di non aver lasciato discendenza, anche quello che in Nordamerica nessuna forma del tipo di Primate vi ha avuto giammai origine, come nessuna vi è immigrata.

dal così detto vecchio continente; la qual cosa avrebbe potuto avvenire se fossero esistite le relazioni terrestri supposte da alcuni.

Devesi quindi rigettare l'ipotesi avanzata ancora recentemente, in una dizione nuova, da Schlosser (1911), che i Primati derivino dai Lemuroidi nordamericani (Anaptomorfi) emigrati in Europa ed in Africa, ove si sarebbero sviluppati in Catarrine ed in Sudamerica a crearvi i progenitori di Platirrine (Prima, nel 1906, Schlosser faceva derivare Catarrine da Platirrine emigrate in Africa dal Sudamerica).

Neppure i Lemuri e Tarsidi esistenti e viventi in Madagascar, Celebes e Filippine hanno relazioni con Catarrine e Simiidi, come non hanno rapporti di discendenza con i Lemuroidi, estinti già da tre lunghi periodi geologici, dall'oligocene inferiore al pliocene ed all'epoca presente.

Non è quindi ammissibile la continuità morfologica evolutiva stabilita, come affatto sicura, da Haeckel per dimostrare l'evoluzione dei Primati dai Lemuroidi, poichè, ancora una volta, i caratteri morfologici non depongono necessariamente per la parentela e discendenza: al concetto di predecessori dei veri Primati attribuito ai Lemuroidi si oppone la loro posizione di tempo e di spazio, cioè una distribuzione geografica limitata alle due regioni del nord, e la comparsa con la scomparsa nel terziario antico.

*

* *

L'ordine dei Primati quindi deve essere soltanto quello degli Antropoidi, che comprende Catarrine propriamente dette e Simiidi o Antropomorfi per il mondo antico e Platirrine per il Sudamerica; in questo ordine vi ha pure l'Uomo o, meglio, gli Uomini.

Noi dobbiamo quindi affermare, con Sergi, che l'origine dei Primati è oscura e che essi non sono un'evoluzione, e perciò una discendenza, dei Lemuroidi, che si debbono separare da quelli come stirpe, allo stesso modo che sono separati gli uni dagli altri da lunghi periodi geologici.

Poichè l'oligocene egiziano del Fayum ha messo in luce i fossili dei Primati più antichi che fino ad oggi si conoscano, mentre gli altri Primati fossili in Europa ed in Asia sono dal miocene superiore al pliocene, e cioè assai più recenti, l'Africa si deve quindi ritenere, secondo Sergi e fino a prova contraria, che potrebbe venire da ulteriori scoperte, come la culla di questa stirpe caratteristica. Dall'Africa si hanno migrazioni in Europa ed in Asia con sviluppi posteriori e locali di nuove forme, mentre nello stesso continente assunsero particolari caratteri e suddivisioni; da nessuna altra parte vennero Catarrine e Simiidi, come da nessuna altra parte procedono i Proboscidei, dei quali si conosce l'immensa distribuzione geografica nei due mondi.

Le Catarrine non giunsero mai nell'America: quindi le Plattirrine devono avere avuto un'origine perfettamente distinta, locale, per il Sudamerica: del resto le une e le altre posseggono caratteri profondamente differenti da essere nettamente separabili e separate fra loro: la loro origine è differente ed indipendente. E così pure, molto probabilmente, poichè esistevano già nel quaternario (Ameghino), sono distinte le due famiglie dei Cebidi ed Hapalidi: nè le une, nè le altre discendono dai Lemuroidi fossili del Nord—, o da quelli, tuttora discussi, del Sudamerica. Cebidi ed Hapalidi sono due stirpi con rami numerosi, separate una dall'altra, dimostranti quindi, ancora una volta, una reale origine poligenetica e polifiletica.

Le due serie di Catarrine, Cereopithecidae e Simiidae o Antropomorfi, non ostante che morfologicamente, esaminati in complesso i loro caratteri, presentino apparenze molteplici di evoluzione di forme, non sono fra loro legate da relazioni di discendenza; ma probabilmente i due gruppi rappresentano due serie divergenti di un'unica serie primordiale, e cioè sono due stirpi secondarie, branche di una stirpe primaria, i cui progenitori comuni bisogna ricercare in un gruppo animale finora tuttavia ignoto a noi; in ogni caso per gli uni, come per gli altri, è manifesta un'origine polifiletica.

E, così ancora, nello stesso ambito dei Simiidi viventi, certo differenti dai Simiidi estinti, ma aventi un'origine parimenti oscura, vi ha semplice parallelismo, non relazioni di derivazione. Fra le due forme africane, Gorilla e Chimpanzè,

e le due forme asiatiche insulari o peninsulari, Orang e Gibbone, vi possono essere bensì pochi o molti caratteri aventi un andamento più o meno evidentemente evolutivo — per alcuni ricordo le bellissime ricerche del mio grande Maestro, il prof. C. Giacomini —, nulla invece che ci provi una reale gradazione gerarchica, la quale implichi realmente discendenza.

*
* *

Poichè è stata, specialmente da anatomici e da antropologi, colla comparazione dei più differenti sistemi organici, tentata più particolarmente la parentela fra Simiidae ed Hominidae, dobbiamo riconfermare che tutte le ricerche, sistematiche od occasionali, servirono solo a dimostrare che l'Uomo conserva più o meno modificati, con il perfezionamento o con la riduzione, certi caratteri di animali inferiori a lui, che lo schema del suo scheletro non diverge da quello della maggiore parte dei Mammiferi che oggi hanno assunta una forma che sembra lontanissima dalla umana; ma non si potè acquistare nulla di più del concetto generico.

Ai dati anatomici ed antropologici si aggiungono ora i reperti paleontologici che provano il sincronismo, la simultaneità di Catarrini, Simiidi e di Hominidae nel vecchio continente, di Platirrini e di Hominidae nel Sudamerica, insieme con la loro origine polifiletica.

Per quanto frammentaria ed incompleta la storia paleontologica degli animali, come giustamente afferma Sergi, ha basi che sono come le colonne miliari della dottrina dell'evoluzione e quindi hanno più valore di una pura teoria. *Hominidae* quindi non derivano da *Simiidae*, nè questi da *Cercopithecidae*: tutti invece hanno un'origine comune, come stirpi secondarie, che non è a vedersi nei Lemuroidi, escludibili dal grande gruppo dei Primati.

*
* *

E' interessantissimo notare che il polifiletismo, e cioè la esistenza di rami differenti ed indipendenti senza relazione

di discendenza uno dall'altro, è dimostrato perentoriamente anche dalla paleontologia umana.

Usando, ancora una volta, le denominazioni sistematiche proposte da Sergi, noi troviamo che di *Hominidae* fossili in Europa sono apparsi finora tre rami, determinati come specie della sistemazione: *Palaeanthropus*, forme di Neanderthal, chiamato da molti *Homo primigenius*; *Notanthropus*, che comprende le forme fossili di tipo moderno e vivente: *Eoanthropus* od *H. piltdownensis*, scoperto ultimamente nel Sussex.

Il *Palaeanthropus* (così detto tipo Pitecoide) è rappresentato da molti individui scoperti in Francia, in Germania, in Austria ed anche in Spagna, a Gibilterra. In questo tipo occorrono le due forme caratteristiche, *dolicomorfa* e *brachimorfa*, del cranio; più numerosa la prima e più estesa in distribuzione geografica, la seconda apparsa solo a Krapina (Croazia); le due forme, che occorrono parimenti in *Notanthropus*, sono primitive e non derivano una dall'altra, come erroneamente si sostiene da molti. In *Palaeanthropus* nessuna variazione secondaria finora è apparsa nelle due forme tipiche, meno quelle individuali e sessuali. Nel *Notanthropus*, invece, le variazioni di forma cranica sono molte, secondo la classificazione craniologica sistematica di Sergi.

Nell'*Eoanthropus* (*H. piltdownensis*) si incontra, al contrario che in *Palaeanthropus*, cranio cerebrale di tipo moderno come in *Notanthropus*, e mandibola pitecoide.

I tre rami umani sono considerati da Sergi come rami indipendenti uno dall'altro, cioè come rami di una stirpe, senza relazione reciproca di discendenza; di essi due si sono estinti senza lasciare ulteriore discendenza, almeno noi non ne conosciamo ancora tracce evidenti. Solo *Notanthropus* ha continuato a viver finora con discendenza numerosa e varia.

Per *Homo* quindi si verifica identico procedimento come negli altri Mammiferi, relativamente all'origine ed evoluzione, all'estinzione ed alla persistenza dei rami.

Anche il Sudamerica, ove è probabilmente originato l'Uomo americano, diffondendosi successivamente al nord, donde poi è passato in Asia, offre a considerare due tipi fossili perfettamente distinti ed indipendenti: l'*Archaeanthropus* (*H. pam-*

paeus e *H. caputinclinatus* di Ameghino) estinto nel quaternario superiore e *Hesperanthropus* (*H. sinemento* di Ameghino), che apparisce nel pliocene superiore, giunge in forma fossile fino al quaternario e continua a vivere nelle forme recenti e viventi americane. Anche qui due phyla distinti e separati, contemporanei negli stessi periodi geologici e parimenti non in relazione con fossili europei.

L'Asia ha finora dato scarsissimi residui fossili (*Heoanthropus*), quindi è molto difficile trarre conclusioni. Lo stesso si potrebbe ripetere per l'Australia e per l'Africa; quest'ultima essendo stata la sede di origine di Catarrine e di Simiidi, e di qua essendovi stata una migrazione in Europa ed in Asia, dovè forse si sòno sviluppati i differenti rami di Cercopitecidi e di Antropomorfi, è probabile che anche qui vi sia stata una *colla* di *Hominidae*, e che alcuni rami siano successivamente passati in Europa ed in Asia.

*

* *

Una quantità formidabile di lacune esistono naturalmente ancora nella storia remota degli esseri viventi: è necessario molto spesso brancolare nel buio completo di ciò che a noi è e sarà forse ignoto per sempre. Ma frammezzo alle oscurità vi hanno pure spiragli di luce, che ci permettono di giudicare con quasi assoluta certezza di essere nel vero. E fra questi raggi di luce hanno particolare importanza demolitrice di ipotesi assurte a teorie i dati che la paleontologia ci offre sulla comparsa delle forme viventi in serie o in gruppi o, meglio, come Sergi dice, in forma di *stirpe*, concetto che è in opposizione o, per lo meno, una grave obbiezione a quello delle origini delle specie secondo Darwin.

Fermo restando il concetto generale della dottrina dell'evoluzione degli esseri viventi, l'interpretazione delle modalità dell'evoluzione deve naturalmente venire cambiata.

*

* *

Ho accennato non una sola volta agli innumeri problemi, che aspettano ancora la loro risoluzione dall'opera concorde di

investigazione e di studio: pensiamo solo a quelli che è possibile risolvere, a quella parte della matassa che è possibile districare. Per tutte le discipline, che possono concorrere alla conoscenza dei viventi, la dimostrazione di una verità nuova, se anche apparisce di lieve importanza, significa avvicinarci di poco o di molto ad una più ampia conoscenza del problema più grande che abbiamo tentato, questa sera, elucidare per qualche verso.

So di aver parlato a giovani, avidi non solo di udire, ma ardenti di desiderio di una personale contribuzione di ricerca.

Nelle immani distese dell'Argentina, uno scienziato italiano, oriundo cioè dalla mia patria, l'Ameghino, ha dissotterrato un materiale colossale, la cui importanza non è stata diminuita dalle ulteriori ricerche, nè da eventuali correzioni di interpretazioni primitive.

Questa vostra terra così meravigliosa, questa vostra patria che palpita e vive nella vostra mente e nel vostro cuore, come racchiude nella sua fauna e nella sua flora tanto rigoglio tumultuoso ed infinitamente vario di vita, è ben possibile nasconda ancora nel suo seno ricchezze inesplorate e forse inimmaginabili, la cui messa in luce possa potentemente contribuire alla delucidazione definitiva di molti dei problemi della morfologia e dell'embriologia, dell'anatomia e della antropologia, della storia attuale come della storia remota delle manifestazioni vitali.

In questa stessa città vostra, cuore pulsante dello Stato che con tanto amore e con tanta larghezza intende provvedere all'avvenire della nostra Facoltà, la ricchezza incomparabile e la varietà delle raccolte zoologiche accumulate nel Museo Paulista dall'acume e dall'entusiasmo, proprio del ricercatore di razza, quale il Prof. H. v. Ihering, deve servire di incitamento e di guida e di persuasione a tentare.

La potenzialità del vostro ingegno deve corrispondere e corrisponderà certamente, ne ho la più sicura fede, alla vergine e vigorosa potenzialità della vostra terra.



Secção especial de OPTICA

Grandes estabelecimentos de JOIAS

CASA MICHEL

O mais completo sortimento em Oculos, Pince-nez e Lorgnons, de Ouro 18 quilates - Prata - Chapeados a'Ouro

Binoculos

CUIDADOSA EXECUÇÃO DAS
RECEITAS OCULISTICAS

Officina propria

Preços modicos

WORMS IRMÃOS

Proprietarios

Rua 15 de Novembro, 25-27 - S. Paulo

Esquina da Rua da Quitanda

CASA BARUEL

Completo sortimento de drogas
Especialidades pharmaceuticas,
Desinfectantes, etc.

SECÇÃO ESPECIAL DE PERFUMARIA:

Secção Fabril: Avenida Cantareira, 45

FILIAES:

Av. Rangel Pestana, 149 - Rua das Palmeiras, 42
CAIXA POSTAL, 64 - End. Telegraphico: "BARUEL" - Telephone, 20

ESCRIP. E DEPOSITO CENTRAL:

Rua Direita, 1 e R. Marechal Deodoro, 2

BARUEL & Cia.

FABRICANTES E IMPORTADORES

SÃO PAULO

NOTA — Non intendo riportare un elenco di pubblicazioni di indole generale riferentisi all'argomento trattato nella mia Conferenza: mi limito a ricordare la serie delle memorie e delle opere in cui *G. Sergi*, cui io ho voluto particolarmente portare il mio omaggio, ha svolto progressivamente il suo pensiero.

Specie e varietà umane; *Torino, Bocca* 1900 — Europa, *Ibid.* 1908 — Lacune nella Scienza antropologica; *Rivista di Scienza "Scientia"*, Anno 3.º 1909 — L'Uomo: *Torino, Bocca* 1911 — Tasmanier und Australier; *Hesperanthropus tasmanianus. Archir f. Anthropol.* Bd. XI. 1912 — L'uomo terziario in Italia: Revisione degli avanzi di Castelnedolo: *Rivista di Antropologia*, Vol. XVII, 1912 — Sul *Diprothomo Platensis*, Ameghino; *Ibid.* Vol. XVI. 1911. — Fatti ed ipotesi su l'origine dell'uomo: *Atti Società per il Progresso delle Scienze*, 1912 (*Congresso di Genova*). — Le origini umane: ricerche paleontologiche: *Torino Bocca*, 1913. — L'evoluzione organica e le origini umane: induzioni paleontologiche; *Ibid.* 1914—La mandibola umana; *Rivista di Antropologia*, Vol. XIX. 1914. — In *Zoologico italiano*, 1915. — Su l'uomo fossile dell'Olmo; *Riv. di Antropol.* XXI, 1917.

Sobre dois casos de Blastomycose Hepato-Spleno-Ganglionar

(Nota preliminar)

Pelo Dr. Pedro Dias da Silva
e Ernesto de Souza Campos.

(5º annista de Medicina)

Dia a dia vão se tornando mais frequentes em nosso meio os casos de blastomycose, e, ao grande numero de observações que já conta a literatura indigena, juntamos mais duas, referentes a dois casos ultimamente verificados no Hospital da Santa Casa, desta cidade, cheios de interesse e que constituirão o assumpto de um minucioso trabalho que opportunamente será publicado.

O interesse destes dois casos salienta-se pela ausencia de lesões clinicamente apparentes nos tegumentos, que chamassem a attenção sobre a probabilidade de uma infecção blastomycosica, o que não é commum, por isso que, na maioria dos casos, ella se exterioriza por lesões iniciaes que se assestam no tegumento externo e na mucosa bucco-pharyngeana, manifestações bem evidentes e com tendencia a augmento progressivo.

A feição clinica com que se apresentaram esses casos, é muito curiosa pelo conjuncto de symptomas quasi identicos, observados nos dois doentes: grande *tumefacção dos ganglios lymphaticos cervicaes, axillares e intracavitarios, grande volume do baço, augmento do figado, febre com typo intermitente, grande asthenia e crises de suores abundantissimos.*

E' notavel a certa semelhança que se verifica entre este quadro clinico e o que constitúe a symptomatologia da antiga e obscura doença de Hodgkin. Esta semelhança ainda resalta, tendo-se em vista a forma hematologica, que revelou nos dois doentes a presença de intensa eosinophilia, além de outras perturbações da crase sanguinea.

Dada a semelhança de symptomas da blastomycose de forma hepato-spleno-ganglionar, com o quadro clinico geral da syndrome conhecida pelo nome de doença de Hodgkin, é muito razoavel suppor que muitos casos de blastomycose tenham sido assim rotulados e, por isso, achamos justificavel e mesmo imprescindivel que antes de se diagnosticar essa doença, sejam feitas pesquisas systematicas no sentido de se excluir a probabilidade de uma blastomycose ou mesmo uma outra mycose.

*

* *

As nossas observações referem-se aos seguintes doentes:

I

B. A., com 33 annos de idade, branco, syrio, natural de Jerusalem, casado, trabalhador na Estrada de Ferro Paulista, procedente de Barretos e admittido a 7 de março do corrente anno, na 3.^a enfermaria de clinica medica da Santa Casa de

Misericordia, desta capital (serviço clinico do Prof. Ovidio Pires de Campos).

Antecedentes hereditarios: — Paes fallecidos; cinco irmãos e um unico filho, sadios e residentes na Syria.

Antecedentes pessoasas:—Referiu que nunca teve molestia alguma antes da actual

Historico da molestia — Dois mezes, approximadamente, antes de entrar para o Hospital, começou a sentir muita fraqueza, cansando-se excessivamente durante o trabalho braçal a que se entregava, motivo pelo qual veio para S. Paulo e internou-se no Hospital. Ao exame clinico, foi notada extensa adenophatia comprehendendo os ganglios sub-maxillares, cervicaes e axillares, ganglios esses que, pelo palpar, davam a sensação de grande endurecimento e mobilidade, com excepção dos sub-maxillares do lado esquerdo, que pareciam solidarios com o corpo do osso mandibular, tão duros e adherentes estavam. Notava-se ainda tumefacção do baço, ligeiro augmento de volume do figado, febre com typo intermittente, oscillando entre 36° e 39°. asthenia, inappetencia e grandes crises sudoraes.

O apparelho circulatório nada tinha de anormal; no apparelho respiratorio, notava-se submaciszez na base de ambos os pulmões, assim como respiração soprosa nos apices; no sistema nervoso nada se verificava de anormal; organs dos sentidos, perfectos.

Os exames de fezes, para pesquisa de ovos de parasitas intestinaes, a sôro reacção de Wassermann, o exame de sangue, para pesquisa de hematozoarios, deram resultados negativos. O exame de urina nada revelou de anormal.

A contagem especifica dos globulos brancos demonstrou o seguinte :

Neutrophilos	=	49	%
Lymphocytos	=	30,5	%
Eosinophilos	=	15	%
Mononucleares	=	4.5	%
Basophilos	=	1	%

Na mesma occasião encontrou-se um myelocyto eosinophilo.

Retirou-se, por punção, um pouco de serosidade de um ganglio, para exame microscopico e cultural, e depois extirpou-se

um ganglio da região axillar direita, que foi remetido ao Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina, para exame histo-pathologico. Em ambos os materiaes revelou-se a presença de numerosos blastomycetos. Foi tambem feito o exame laryngoscopico que nada de anormal demonstrou.

Com o tempo, a tumefacção dos ganglios foi gradativamente augmentando, resultando a evidenciação de vastas pleiades ganglionares em muitos territorios.

Os ganglios sub-maxillares do lado esquerdo, que eram bastante resistentes, mais tarde tornaram-se molles e, por punctão, deram um liquido puriforme encerrando numerosissimos blastomycetos

Este liquido puriforme, semeado em meio de Sabouraud, deu bellas culturas, depois de um longo praso, superior a vinte dias.

Tratamento: — Em primeiro lugar, foi empregado o tratamento pelo azul de methyleno, por via endovenosa e *per os*, sem resultado algum, apesar de ter sido administrado durante trinta dias consecutivos. Seguiu-se o tratamento radiotherapico com nove applicações, e, logo depois, o emprego do iodureto de sodio endovenosamente e por via digestiva, com o mesmo resultado. Por fim, fez-se a administração, *larga manu*, do iodureto de potassio, por via digestiva, com resultado nullo.

Foi tambem empregada uma vaccina que preparámos com o liquido puriforme triturado, tratado pelo ether e filtrado em velas de Chamberland. Essa vaccina, foi muito cautelosamente administrada, observando-se as reacções que pudesse produzir, as quaes foram nullas, assim como foi nulla a sua efficacia. Não obstante os varios tratamentos empregados, cada vez mais se accentuava o estado de fraqueza do doente, até que veio a fallecer subitamente no dia 17 de junho.

O cadaver foi autopsiado na Faculdade de Medicina e o relatorio respectivo, assim como os resultados de todas as pesquisas experimentaes, constituirão mais tarde o assumpto para um trabalho.

II

C. L., com 50 annos de idade, solteiro de nacionalidade italiana, colono, internado a 22 de maio na 1.^a enfermaria de cli-

nica medica do Hospital da Santa Casa de Misericordia, desta capital.

Referiu, ao entrar, que havia apenas quinze dias que se achava doente, sentindo uma grande fadiga, dôres nos membros inferiores, no dorso e na região epigastrica.

Examinado, constatou-se uma rêde ganglionar, muito desenvolvida, apresentando sobretudo grande augmento de volume os *ganglios cervicaes, axillares e intra-cavitarios*.

O *baço* e o *figado* estavam consideravelmente augmentados de volume.

No apparelho pulmonar, notou-se submaciszez de ambas as bases e respiração mais ou menos silenciosa no apice direito. Chamava attenção o seu estado de anemia profunda, apresentando-se a pelle e as mucosas muito descoradas. Extraordinariamente emmagrecido, tinha febre do typo intermittente, oscillando entre 36°,2 e 39°,8, crises de suores muito abundantes e grande asthenia.

O exame de urina foi negativo em relação á presença de albumina; o exame de fezes revelou a presença de rarissimos ovos de trichocephalos; a sôro-reacção de Wassermann deu resultado fortemente positivo e a pesquisa de hematozoarios no sangue foi negativa, assim como o exame de escarro, no que se refere á existencia de bacillos de Koch.

O exame cytologico do sangue deu os seguintes resultados:

- 1) Contagem total de hematias = 1.171.974.
- 2) Contagem total de globulos brancos = 2.923.
- 3) Forma leucocytaria:

Neutrophilos	=	70.5	%
Lymphocytos	=	16	%
Eosinophilos	=	8.5	%
Mononucleares	=	4.5	%
Basophilos	=	0.5	%

Encontraram-se tambem um myelocyto, uma cellula de Türck, um megaloblasto e um normoblasto.

Pretendia-se fazer a exérese de um ganglio, para exame histopathologico, porém o doente falleceu inesperadamente na vespera do dia designado para o acto operatorio.

O cadaver, transportado para o Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina, foi autopsiado, constatando-se a existencia de lesões características em varios orgams, produzidas por blastomycetos, conforme se verificará pelo relatório da necropsia, que em outra occasião será publicado.

(Vide addenda á pagina 346 do presente numero).

Como se deve, racionalmente, preparar o caldo de cultura

Pelo Dr. Geraldo de Paula Souza, preparador de Chimica Medica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

No primeiro numero desta Revista, iniciei um resumo do trabalho do illustre prof. Dr. R. Hottinger, sobre "caldo de cultura e seu preparo racional", publicado em allemão, no "Central blatt fur Bakteriologie".

Por diversos motivos, só agora terminal-o-hei.

O que segue é principalmente a parte propriamente bacteriologica, é uma receita pratica do preparo do caldo.

— O caldo pancreatico concentrado, conserva-se longo tempo (annos) no laboratorio e, sobretudo bem, quando adicionado de chloroformio. Essa substancia, impedindo o desenvolvimento de microorganismos, deve portanto ser eliminada, por occasião da utilização do meio de cultura. Para que a sua eliminação se faça completa, mostram as experiencias, deverem ser preenchidas certas condições. Sabe-se que o chloroformio ferve a 60.º, portanto pela fervura do caldo, este corpo volatilizar-se-ha. Porém, essa fervura deverá ser feita em vaso *aberto* (copo de bohemia, panella etc.) durante 10 minutos, não bastando o aquecimento, nem mesmo a 110º em autoclave. O quadro que se segue, mostra perfeitamente o que ficou dito e ainda mais, que a reacção que mais convem á pesquisa do chloroformio é da *isonitrila*, superior á da resorcina e muito melhor que a do naphtol, que por ser pouco sensível demais, não foi contemplada.

Na tabella abaixo, +++ significa reacção muito forte, (+) ---, apenas apreciavel; e —, negativa. As reacções foram feitas no caldo, distillado com alcool.

Pesquisa do chloroformio após diferentes fórmãs de aquecimento

	R. isonitrila	R. resorcina
Caldo pancreatico, com CHCl₃		
Em balão, no banho maria 82°	+ + +	
» copo, » » » »	+ - -	
» balão, fervendo	+ + +	
» copo, »	+ - -	(com Ag NO ₃ , opalescencia
» balão na autoclave a 110°	+ + +	
Caldo pancreatico, fervido 5 minutos		
Distillados 300 cc	- - +	+ + +
» 200 »	+ + +	- - -
» 100 »	+ - -	(--)- - - -
Outra amostra, fervida 10 minutos		
Distillados 100 cc	- - -	- - -
» 200 »	- - -	- - -
Sensibilidade das reacções		
Caldo pancreatico com 0,005 % CHCl ₃	+ - - +	- - + +
» » » 0,003 » »	+ - -	- - - -
» » » 0,0025 » »	- - -	- - -
» » » 0,002 » »	- - -	- - -
» » » 0,0015 » »	- - -	- - -

A reacção da isobenzonitrila, aprecia-se pelo olfacto, sendo de notar que em tubo de ensaio, a sua sensibilidade vaé até 1:5000 de chloroformio; porém aquecendo-se a substancia em um grande vaso (panella p. ex.) e introduzindo-se a face nelle, pode-se apreciar ainda a presença desse corpo em diluição de 1:60000.

Pela fervura durante 5 minutos baixa o teor em chloroformio de 0,7 0|0 a 0,002 0|0 e pela fervura durante 10 minutos, não se encontra mais essa substancia em distillado de 200 cc.

QUALIDADE DO CALDO PANCREATICO

A qualidade desse caldo, nada tem a desejar do communmente preparado, addicionado de peptonã Witte, embora seja grande a sua diluição.

Não se deve esquecer, que a lei do minimo de alimento, tem seu emprego tambem na bacteriologia, da mesma fórmula

que são applicaveis aos seres inferiores os phenomeons physiologicos da nutrição. O bom desenvolvimento de microorganismos, depende muito mais da qualidade, que da quantidade de materias nutritivas. Um excessivo conteudo de substancias directamente assimilaveis, age desfavoravelmente sobre as funções cellulares microbianas, da mesma fórma que nos organismos pluricellulares, onde a vida é uma expressão de multiplas funções cellulares.

Em seguida, veremos como pode ser levada longe a diluição do caldo pancreatico, sem prejuizo do desenvolvimento microbiano. Nas experiencias, em comparação com caldo commum, procedeu-se como se segue. A carne primitiva, forneceu pelo processo habitual, caldo commum. Com o residuo, foi feito por processo digestivo, caldo pancreatico. Feitas as diluições deste ultimo, semearam-se os caldos com igual quantidade de germens, provenientes da mesma cultura (em caldo) introduzindo, para tal fim, sempre da mesma forma, a alça de platina. A apreciação da quantidade de microorganismos desenvolvidos, foi feita, seja pela turvação, seja pela fluorescencia, ou ainda pela sementeira em placas de gelose, da mesma quantidade de caldo. Todas as amostras foram igualmente alcalinizadas, até fraca reacção com o papel de azolithmina.

Ao caldo commum nada foi addicionado, a não ser sal de cosinha.

BAC. COLI

Após turvação do caldo, foram feitas placas de gelose, cuja riqueza em colonias se encontraram na seguinte ordem:

A mais rica, de caldo pancreatico	12 l. (1 kg. carne, 12 litros agua)
» » » » » »	20 »
Em seguida	» » 6 »
» » » »	30 »
» » » »	4 »
» » » commum	2 »

Após 30 horas, o indol foi dosado colorimetricamente dando com:

caldo commum	1 kg. carne	2 ^l agua	Em 10 ^a cultura	6,3 mgs indol
» panceatico	1 » »	4 » »	» » »	17,5 » »
» »	1 » »	6 » »	» » »	17,5 » »
» »	1 » »	8 » »	» » »	16,5 » »
» »	1 » »	12 » »	» » »	12,5 » »
» »	1 » »	15 » »	» » »	8,8 » »
» »	1 » »	20 » »	» » »	7,8 » »
» »	1 » »	30 » »	» » »	6,3 » »
» »	1 » »	60 » »	» » »	2,8 » »

Em relação a formação do indol, o caldo “pancreatico” na diluição de 1:30 é comparavel ao “commum” sendo pelo menos tão bom quanto ao desenvolvimento de colonias.

BAC. PYOCYANEUS

Após 24 horas de estufa, as culturas foram examinadas quanto a fluorescencia e a turvação. A intensidade dessas duas propriedades está representada por cruces e é proporcional ao numero dellas.

	Diluição	Turvação	Fluorescencia
1 Calde commum	1 : 2	++ +	++ +
2 „ pancreatico	1 : 4	+	+
3 „ „	1 : 6	..	++
4 „ „	1 : 8	++ + + + + + +	++ + + -
5 „ „	1 : 12	++ + + + + +	++ + + + +
6 „ „	1 : 15	++ + + + +	++ + + + +
7 „ „	1 : 20	++ + + + +	++ + + + + +
8 „ „	1 : 30	++ + + + +	++ + + + + + +
9 „ „	1 : 60	++ +	++ + + + + + + +

BAC. PRODIGIOSUS

Comporta-se como o precedente. A materia corante aparece no n.º 9 (1:60) e a medida que augmenta a concentração, perde a sua formação, notando-se que no caldo commum ao “tons” são menos limpos.

E' importante lembrar, que com a diluição do caldo pancreatico, pode ser ultrapassado o minimo de certas substancias nutritivas soluveis, que devem ser adicionadas. Porém quando se quizer preparar um meio nutritivo chimicamente definido, basta extrahir com agua a carne, até que ella se torne livre de saes, o que se consegue com cinco extracções. A digestão se fará então, até se obter o maximo de reacção do "tryptophano", que nos dá a concentração em materia azotada; adiciona-se então esta ou aquella substancia necessaria. Como fonte de phosphoro, pode-se fazer digerir "caseina segundo Hammarsten" que fornece 0,85 0|0 de phosphoro. Apesar de se extrahirém certas substancias, como acido phosphorico e saes, ainda apparecem culturas. Assim cresceram em 10 cc de caldo, onde só haviam 0,000025 gr. de acido phosphorico, mostrando que não é a quantidade dos componentes o mais importante no caso, porém as suas relações na mistura, tanto para o crescimento, como para as funcções vitaes de formação de materias coradas, fluorescencia etc..

No preparo dos caldos não se tem em vista somente o bom crescimento de germens, mas tambem a formação de certos corpos, toxinas, indol, escatol, materias coradas etc., devendo-se para isso estudar as condições em que melhor apparecem esses phenomenos.

As experiencias seguintes foram feitas com caldo de carne fervida e 2 dias digerida a 38.°, cuja reacção de typtophano era forte, porém não maxima.

BAC. ANTHRACIS

Após 16 horas de estufa, foram feitas placas.

	Diluições	Numero de colontas por placa
Caldo commum.	1:2 .	950
» pancreatico	1:3	1260
» »	1:5	850
» »	1:8	1840
» »	1:20	1080
» »	1:30	1010
» »	1:40	1800
» »	1:80	2300

Como o germen com o qual se fez esta serie de experiencia, se achasse em caldo pancreatico, poder-se-ia objectar, haver elle já se adaptado ás condições do meio, não se podendo portanto concluir do seu maior desenvolvimento nesse mesmo caldo, como funcção de melhoria de condições. Por isso foi elle semeado em caldo commum e desse caldo retirado, para nova serie, que deu o seguinte resultado, confirmando a primeira:

		Diluições	N.º de colonias nas placas
1	Caldo commum	1:2 litros	33
2	„ pancreatico.	1:3 »	7
3	„ „	1:5 »	186
4	„ „	1:8 »	1040
5	„ „	1:14 »	1070
6	„ „	1:20 »	980
7	„ „	1:30 »	560
8	„ „	1:40 »	740
9	„ „	1:70 :	1040
10	„ „	1:80 »	850

O n.º 1 foi semeado com (3) alças de platina, os seguintes com uma (1) apenas.

BAC. COLI

Oito horas de estufa, até apparecimento de turvação. Feitas placas de gelose com diluição até de 1.80. As placas de caldo commum e de pancreatico 1:70 foram comparaveis, quanto ao numero de colonias, apreciado por turvação, atravez da placa vidro illuminada com luz diffusa.

A produção de indol deu o resultado seguinte:

A mais forte com caldo panc.	1:5	
» » » » » »	1:8	
» » » » » »	1:14	
» » » » » »	1:3	
» » » » » »	1:20	
» » » » » »	1:30	(igual a produzida com caldo commum)
» » » » » »	1:40	
A mais fraca	1:80	

A mais forte, 1:5 teve uma concentração quatro vezes maior que a de 1:30 igual ao caldo commum.

Experiencia com bac typhosus, paratyph. A, deram resultados comparaveis, isto é, quanto ao desenvolvimento em diluição de 1:30 — 1:40 tão bem quanto o caldo comum a 1 0|0 de peptona.

CORINEBACT. DIPHTHERIÆ

Semeadura em placas 16 horas após a do caldo.

	Diluição	Turvação	Placas	Colonias
n.º 1 caldo commum	1:2	apenas visível	menos que n.º 5	860
» 2 » pancreatico	1:14	cultura apreciavel }	mais colonias que n.º 1	6700
» 3 » »	1:20			
» 4 » »	1:30	apenas visível	approx, 10 vezes menos que n.º 1	
» 5 » »	1:50			
» 6 » »	1:80			

BAC. PRODIGIOSUS

Desenvolvimento igual em todos os tubos das diluições n.º 2 — 1:15; — n.º 3 — 1:20; — n.º 4 — 1:30; — n.º 5 — 1:40 e n.º 1 — 1:2 de caldo commum.

BAC. PYOCYANEUS

Materia corada observada no arco voltaico, existente após 12 horas nos n.ºs 2 a 5, negativa no n.º 1. O n.º 5 (1:40) mais corado. Ordem de produção 5) 4) 3) 2 — (1 não deu visível. Coloração violeta e verde após 24 horas, ao passo que com o caldo commum, o verde apparece muito mais tarde.

BAC. COLI

Em relação á turvação todos os tubos deram a mesma, nesta experiencia. A formação de indol após 20 horas (2.ª cultura 1.ª react. Erlich, 1 cc K2 S2 08 após 1|2 hora, com 3cc chlorof.) N.º 1 ficou entre os n.ºs 4 e 5, equivalendo a uma diluição de 1:35.

BAC. PARATYPHIA

A turvação appareceu nos tubos ao mesmo tempo e igualmente. Nas placas o n.º 5 deu 1|3 a mais, de colonias que o n.º 1.

BAC. TYPHI

Como no paratypho a turvação e desenvolvimento foi forte, porém após alguns dias as grandes diluições deram uma precipitação diminuindo o seu desenvolvimento, em relação ao caldo peptonado commum.

Apparecem ainda confirmações dos resultados com bac. anthracis.

Pode-se dizer que conforme o fim que se tem em vista, esta ou aquella diluição é a mais conveniente. Assim para produção de materias coradas, pode-se levar a diluição até 1:150, principalmente para a diagnose, esta diluição é favoravel.

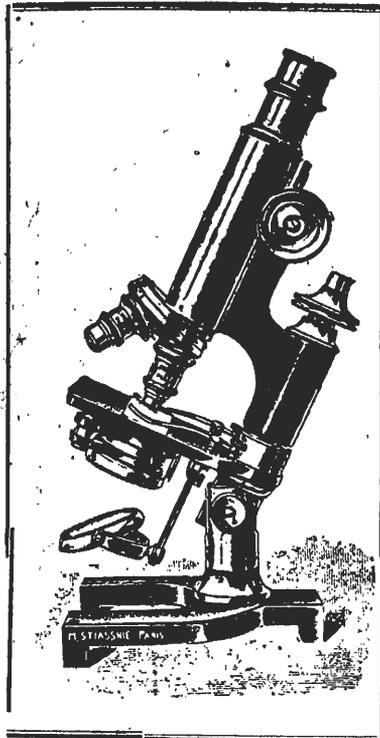
Para os fins communs do laboratorio a diluição de 1:30 é a que mais convem.

Querendo-se porém grande quantidade de bacterias não se deve levar a diluição a mais de 1:10, pois com mais diluição o desenvolvimento pararia cedo de mais, o que não tem importancia no caso de simples diagnose, onde apenas se quer um desenvolvimento rapido.

Concentrações fortes, isto é, infusões a 1:6, não se devem usar, sinão quando casos muito especiaes se apresentarem.

As substancias mineraes, ao contrario das organicas, que são fontes de azote, pela digestão, não são augmentadas, pois não soffrem o desdobramento destas, que virão desta forma a serem utilizadas, quando antes não o eram. Com as diluições facilmente se attinge o minimo dessas substancias. Nas experiencias precedentes só se addicionou sal de cosinha.

O Prof. Hottinger ainda aconselha o seguinte tratamento do caldo, para supprir a falta de substancias mineraes: fazer uma solução concentrada de sal de cosinha impuro (que contem saes de magnésio). Filtrar essa solução e addicionar



CASA FRETIN

Especialista em

INSTRUMENTOS DE CIRURGIA

Productos e aparelhos de Laboratorio

Bacteriologia
 Physiologia
 Histologia
 Anatomia

Autopsia

Electrotherapia
 Esterelisação
 Microscopia
 Orthopedia

MOBILIARIO CIRURGICO

Grande Officina electrica propria
 para fabrico, concertos e affiação

NICKELAGEM E PRATEAÇÃO

LOUIS FRETIN

Telephone, 1774 — RUA S. BENTO, 20 — Caixa, 1273

Casa de Compras em Paris: 112, Fg. POISSONNIERE S. PAULO

Secção de Obras de

“O Estado de S. Paulo”

Jornaes, Revistas, Folhetos, Trabalhos com-
 merciaes com esmero e a PREÇOS MODICOS

SECÇÃO ARCHIVO
 TELEPHONE N. 725

Rua 25 de Março, 145 - S. PAULO

Edições da Livraria FRANCISCO ALVES

Noções de hygiene, pelos Drs. Afranio Peixoto e Graça Couto, 1 vol. enc.	7\$000
Elementos de hygiene, pelo Dr. Afranio Peixoto, 1 vol. enc.	12\$000
Elementos de medicina legal, pelo Dr. Afranio Peixoto, 1 vol. enc.	12\$000
Notas e formulas therapeuticas, pelo Dr. João Monteiro, 1 vol. enc.	4\$000
Lições de microbiologia geral, pelo Dr. Raul Leitão da Cunha, 1 vol. enc.	12\$000
Noções de pharmacia gallenica, pelo Dr. Pedro A. Pinto, 1 vol. enc.	5\$000
Como nos devemos alimentar, por Selda Potocka, 1 vol. br.	1\$500
Regras e receitas de uma cosinha higienica, por Selda Potocka, 1 vol. br.	1\$500

RUA LIBERO BADARÓ, 129

FRANCISCO ALVES & C.^{IA} SÃO PAULO

EFFEITOS DA GUERRA

A Guerra Européa tem trazido á luz, de um modo positivo, o valor do oleo de fígado de bacalhão como um elemento nutritivo productor de forças e resistencia. Quando na Allemanha escasseavam os alimentos e os medicamentos, esta potencia enviou á Noruega agentes para arrebanhar a producção daquelle oleo. Convencida a Inglaterra do valor deste elemento de substancia, que a sua inimiga tão cautelosamente aproveitava, mandou seus agentes á Noruega e contractou, a preços fabulosos, todo o abastecimento. Isto é um verdadeiro tributo ao grande valor daquelle precioso oleo e motivo porque se teve que pagar preços fantasticos pelo mesmo para continuar-se a preparar a EMULSÃO DE SCOTT, de modo que não faltasse este medicamento, tão indispensavel nos paizes onde dependem do mesmo milhares de organismos enfraquecidos.

Devido á grande carestia do oleo puro, agora mais do que nunca, deve-se o maior cuidado para não se aceitar, por preço algum, emulsões de ingredientes desconhecidos. Só se tem ABSOLUTA CERTEZA quando se compra a EMULSÃO DE SCOTT, e, portanto, a peor economia é aceitar qualquer outra cousa.

AVISO

Queremos avisar aos vendedores e consumidores do nosso producto "EMULSÃO DE SCOTT", e ao publico em geral, que devido aos novos grandes augmentos no preço do PURO Oleo de Fígado de Bacalhau, Hypophosphitos, Glycerina e demais ingredientes que entram na fabricação da legitima "EMULSÃO de SCOTT", vemo-nos na contingencia de elevar sensivelmente o preço aos droguistas.

Desejamos que o publico fique sciente de que continuaremos a empregar o melhor OLEO DA NORUEGA, assim como de outras materias de primeira classe, garantindo ao consumidor a mesma qualidade que instituimos ha mais de quarenta annos, pois queremos manter a mesma, inalteravel a todo o custo..

São Paulo, 11 de Maio de 1917.

SCOTT & BOWNE

para 100 cc, 5 grs. de diphosphato de potassio ($K_2 H PO_4$), que se dissolve lentamente. Por não conter a agua de S. Paulo saes de calcio, sinão em traços, aconselha ainda juntar uma ponta de faca de phosphato tricalcico, filtrar em seguida. Esta solução contem approximadamente, no litro 7 grs. de sal de cosinha e 1 grs. de phosphato de potassio.

— Na esterilisação do caldo não se deve elevar a mais de 105° ou $1\frac{1}{4}$ de At. Deve-se tomar a cautela de proteger os frascos na autoclave, contra a queda de agua de condensação da tampa da mesma, que geralmente sendo de ligas de cobre, dão traços deste corpo, sufficiente, ás vezes, para impedirem o desenvolvimento posterior das culturas.

RECEITA PARA O PREPARO DO CALDO PANCREATICO

AO ALCANCE DE SERVENTES DE LABORATORIO

Emquanto ferve $1\frac{1}{2}$ l. de agua, cortar carne em pedaços da grossura de um dedo, pesar 1 kg. da mesma e collocar na agua fervente. Uma vez que ferva de novo a agua, (que pela addição de carne se resfriou) retirar com um garfo os pedaços de carne e passal-os na machina de picar carne.

A agua após algum resfriamento é collocada em vidro de 2 litros e addicionada de uma ponta de faca ($1\frac{1}{2}$ grs) de carbonato de sodio, uma colher de chá de pancreatina (cerca de 3 grs.); 15 a 20 cc de chloroformio. Fechar o vidro com rolha e agital-o. A carne picada e fervida é introduzida no vidro e este de novo agitado. Collocar o vidro em lugar quente. A digestão na temperatura commum do laboratorio se faz em 5 dias ou mais e a 37° em 2 dias. Não se deve aquecer acima de 40° .

A digestão será interrompida, pela addição de acido chlohydico, até leve acidez. A mistura será lançada em um filtro. Uma vez filtrado o liquido, lança-se o residuo em cerca de 2 litros de agua e de novo filtra-se após mexer bastante a mistura.

Os filtrados juntos, são fervidos em uma panella por alguns minutos e segundo as necessidades, serão feitas as di-

luições de 1:10, 1:30, 1:50 etc; ou si se quer conservar, mede-se a mistura após havel-a acidificado, nota-se a quantidade para futuras diluições.

O acido e o chloroformio impedem a pullulação de germens até certo ponto. Assim guardando o caldo concentrado, no momento de querer usal-o, basta diluir por ex: 100cc em 1 litro de agua, filtrar e ferver. Após leve alcalinisação está o caldo prompto.

— E' conveniente lembrar: 1.º que quando se procede a digestão a 37.º, ficando a superficie da mistura pobre em chloroformio, pode haver putrefacção e como indicativo desse facto, notar-se-ha a subida dos pedaços de carne, para a superficie. Neste caso é conveniente addicionar mais chloroformio e agitar de novo, assim como, continuar a digestão em temperatura mais baixa; 2.º notar a apparencia dos pedaços de carne no começo de digestão e no decorrer da mesma, afim de ver si ella se modifica, pois se tal se não der é signal do poder digestivo do fermento, nesse caso deve-se juntar mais pancreatina.

A bibliographia do trabalho resumido é a seguinte:

- Abel Bakteriol. Taschenb.
 Courmont. Précis de bacter.
 Deycke e Voigtlander — Studién üb. Kult. Nahr bóden (C. F. B. I. B. 29)
 Duclaux. Traité de Microb. 1 105.
 Tischer — Vorlesungen üb. Bakt.
 Fridberger, in Kolle — Wassermann 442.
 Fuhrmann, in Abderhalden Hand. Arb. Bd3 — 1216.
 Hottinger e G. de Paula Souza Rev. Soc. Scient. S. Paulo v. 4.
 Hueppe, Die Methoden etc. 243.
 Koenig — "Menschlich. Nahrungs-und Genussmittel I — 43.
 Kuhne e Chittenden. Z. f. Biol. 20 pg. 16.
 Lafar — Hand. tech. Mykol. I 554.
 Lehnmann — Neumam, — Bakter.
 Macé — Trató de Bacto.

Migula — System d. Bakf. I 249 — 307.
 Neumeister Z. f. Biol. 26|83.
 Oppenheimer — Fermente.

NOTA. — Na 1.a parte deste resumo publicado no 1.º numero da Revista, alguns quadros sahiram incorrectos.

Assim substitua-se ao da pag. 13 em cima pelo seguinte:

SERIE IV

Influencia do tempo e da temperatura na extracção

Tempo minutos	A 20°C Subst. secca	N %	A 5°C subst. secca	N %
4	—	0,1008		
8	0,98			
12	1,08	0,107		
20	1,05	0,111	1,04	0,113
35			1,03	0,123
360	Baixou T. a 15°		1,15	0,119

e o da pag. 14 pelo seguinte:

SERIE V

Amostras	1 hora a 100°			Cerca de 2,5 horas a 100°		
	subst. secca	N %	P ₂ O ₅	subst. secca	N %	P ₂ O ₅
I	1,144	0,146		1,148	0,151	0,0982
II	1,210	0,158		1,342	0,183	—
III	1,336	0,176	0,0997	1,540	0,217	0,0994

O ancylostomo e sua penetração pela via cutanea

Por Ernesto de Campos, 5.º annista
de Medicina.

E' bem sabido que tres são as principaes vias de penetração do ancylostomo no nosso organismo; entretanto, si as vias buccal e respiratoria são por todos admittidas sem discrepancia, a via cutanea não o é do mesmo modo.

Esta maneira de pensar, creio eu, basea-se na maior parte das vezes, no desconhecimento de bellas e positivas experiencias que têm demonstrado, de um modo cabal, não só a possibilidade, como, ainda melhor, a realidade d'essa via de penetração; com effeito, não só existe a via cutanea, como ainda ella supera as outras vias na etiologia da ancylostomiase.

Foram essas considerações que me levaram a escrever este artigo, em que resumo as minhas já resumidas leituras sobre o assumpto; esta simples declaração deixa de ante-mão patente que nada de original venho escrever, nada de novo.

O meu intento é o de apagar, do espirito de certos incredulos, essa duvida que não tem razão de existir, sobretudo em se tratando de uma infecção tão generalisada entre nós e com a qual temos que travar relações, diariamente.

Foi em 1898 que Looss, no Cairo, manejando liquidos contendo larvas de ancylostomo, tomava todas as precauções para evitar uma infecção pela bocca, quando, casualmente, algumas gottas do liquido cahiram-lhe sobre a pelle do espaço interdigital da mão esquerda; não dando importancia a esse facto, continuou os seus estudos; eis senão quando a sua attenção é despertada por uma vermelhidão e prurido localizados no ponto onde havia tombado o liquido.

Fazendo uma raspadura do ponto lesado, ainda poude constatar a presença de larvas e cystos vasios.

Aventou, então, a hypothese de que o prurido era causado por larvas que haviam penetrado na pelle; a confirmação surgiu 3 mezes mais tarde, quando verificou a presença de ovulos de ancylostomo em suas fézes.

Orientado com essa observação que o acaso lhe havia proporcionado, encetou uma serie de experiencias, d'entre as quaes citaremos:

1.a) Tomou um tubo *a* com agua contendo larvas de ancylostomos; deixou, pelo repouso, que éstas se depositassem no fundo do tubo, de sorte que a parte superior do liquido, não as continha mais. Lançando gottas d'esse liquido sobre a pelle, nada se produziu.

Esta experiencia nos mostra que a parte superior das aguas estagnadas é isenta de larvas e d'ahi a pouca probabilidade da infecção, quer pela pelle, quer pela bocca, quando o individuo se põe em contacto ou bebe aguas estagnadas cujo lodo do fundo não é revolvido.

2.a) Tomou um tubo *b* em que, de mistura com a agua, existiam numerosas larvas não depositadas; lançando gottas d'esse liquido sobre a pelle, logo sentiu pruridos e vermelhidão; deixou evaporar-se a maior parte do liquido existente sobre a pelle, colheu a parte restante e, fazendo n'ella o exame microscopico, constatou a presença de bainhas larvares vasia; as larvas as tinham abandonado e penetrado na pelle.

3.a) Lançou gottas de um liquido contendo larvas, sobre uma pelle morta; o resultado foi negativo.

4.a) Estando indicada a amputação da perna de um menino de 13 annos, Loss aproveitou-se d'essa oportunidade e, 1 hora antes da operação cirurgica, deitou um pouco de cultura de ancylostomos sobre a referida perna; 10 minutos depois o liquido se havia evaporado totalmente, sendo que apenas uma vermelhidão indicava onde elle havia sido lançado.

Feita a amputação, a pelle infectada foi excisada e, com o conveniente preparo, examinada ao microscopio; eis o que foi constatado: nos folliculos pilosos encontravam-se larvas em numeros diversos e em profundidades varias, desde as que começavam a invasão do folliculo, até as que perfurando o seu bulbo, penetravam em pleno derma; ausencia de larvas nas glandulas sebaceas e sudoriparas.

Provado assim, que as larvas penetram pela pelle, faltava provar que eram essas que chegavam ao intestino; ainda foi o proprio Loss quem trabalhou n'esse sentido, fazendo as seguintes experiencias:

5.a) A 15 de Setembro elle deposita sobre o braço de um enfermeiro, isempto de ancylostomiase, algumas gottas de cultura de ancylostomos; aos 25 de Novembro, já o exame revelava a presença de ovos nas fezes.

6.a) Applicando culturas de ancylostomo caninum, na pelle de um cão, verificou a morte do animal, ao fim de 10 dias, com innumeradas larvas no intestino e nenhuma na pelle.

Em 1904, Goldmann, na Austria, começou a observar certas erupções da pelle, semelhantes á urticaria, em mineiros que se punham em contacto com o lodo do fundo das minas: nove semanas depois d'essas erupções, o exame das fezes denotava a presença de ovos de ancylostomos; o mesmo facto se dava com macacos, cuja pelle era friccionada com fezes contendo larvas.

Em 1905, Calmette e Breton, na França, confirmam, perante a Academia de Medicina, os trabalhos de Loss, que ainda foram ratificados por Sandwith, Schaudinn, Hermann, Schuffner, Smith, etc. Entre nós, si me não engano, o Instituto de Manguinhos collocou-se, experimentando, ao lado dos que approvam esse modo de vêr.

Qual o trajecto seguido pela larva, para ir da pelle ao intestino?

Para Loss, segundo a sua communicação feita ao Congresso internacional de zoologia de Berna, em 1904, as larvas do ancylostomo penetram nos vasos venenosos ou lymphaticos da pelle, são levadas ao coração direito; lançadas na pequena circulação, surgem nos alveolos pulmonares, d'onde são expellidas em conjuncto com mucosidades, que vão ao oesophago, estomago, intestino.

Esta ultima parte, porém, não faz parte do nosso escopo que é o de provar a realidade da penetração das larvas de ancylostomo pela via cutanea.

Como supplemento a esta simples recapitulação, (pois que, como já deixei patente, não estou escrevendo novidades) devo lembrar que, em penetrando pela pelle, as larvas de ancylostomo ahi provocam uma dermatose, uma ancylostomiase cutanea (conhecida por uma infinidade de denominações) que, talvez pela sua benignidade, é pouco pesquisada nos doentes que pullulam pelas nossas enfermarias; creio, entretanto,

que essa pesquisa deveria ser feita com algum interesse, porque nenhum conhecimento deverá ser considerado como superfluo, em uma molestia tão espalhada entre nós e que tantos prejuizos nos causa.

Toxicodermias consecutivas ao tratamento da syphilis

Pelo quarto annista Romeu da Silveira

Todos os medicamentos actualmente utilizados no tratamento da syphilis, provêm, em sua quasi que totalidade, de tres corpos chimicos, os quaes, como muito bem se sabe, são o iodo, o mercurio e o arsenico. E' sobre a acção toxica que qualquer um delles possa exercer sobre a pelle, que pretendemos fazer este ligeiro e desprezencioso estudo o qual, affirmamos desde já, será por certo bastante incompleto. Esta questão de *toxicodermias* tem sido despresada por quasi todos e muitas vezes, para não dizer quasi sempre, pensa-se que certas erupções toxicas da pelle, em individuos submettidos á therapeutica anti-luetica, sejam apenas lesões syphiliticas; e é bem triste constatar-se, como já tivemos occasião, o facto de terem sido receitadas as pilulas de Ricord a um individuo que apresentava *ACNE IODICA* typica na fronte, como si tal exanthema fôra syphilitico.

IODO

O iodo, descoberto em 1811 por *BERNARDO COURTOIS*, foi por *WALLACE* de Dublin, preconisado pela primeira vez no tratamento da syphilis, sob a fórmula de iodeto de potassio, tratamento esse que, graças ao grande *RICORD*, foi largamente vulgarisado em França sobretudo contra a syphilis terciaria, da qual é elle hoje o especifico. Porém, sobre ser medicamento anti-luetico, póde, o metalloide de *COURTOIS*, actuar tambem sobre o organismo, produzindo não raramente graves envenenamentos.

Antes de examinar os accidentes de intoxicação iodica da pelle, não é descabido dirigir a attenção rapidamente sobre alguns symptomas de uma intoxicação geral. Um facto interessante a lembrar é que os phenomenos de intoxicação sejam elles graves ou benignos não se acham nunca em relação á dose do medicamento; nem tão pouco esses accidentes referem-se ao poder toxico especifico dos compostos iodicos, mas sim, como diz *POUCHET*, á intolerancia que certos organismos têm para com taes compostos.

Em seguida a uma forte irritação da mucosa digestiva causada pelos iodetos, podem-se revelar como symptomas typicos sabôr metallico da saliva, anorexia e diarrhéa. Si o medicamento é administrado "per os" podemos verificar uma violenta irritação da mucosa gástrica dando origem a phenomenos dyspepticos e mais raramente a nauseas, vomitos repetidos algumas vezes sanguinolentos e dôres epigastricas intensas.

Certas perturbações secretorias são tambem manifestas: taes são coryzas agudos produzidos pela hyper-secreção da mucosa pituitaria; inflammações da mucosa laryngo-bronchica; a turgescencia e a hyper-secreção da mucosa ocular se nos traduzem por um lacrimemar continuo. Podemos tambem apreciar affecções renaes e lesões cardiacas, julgando hoje os auctores serem estes factos devidos a um accumulo de iodo por insufficiente eliminação. Entre os accidentes mais graves que a litteratura nos cita, temos o edema da glotte e a hemorrhagia cerebral. O systema nervoso tambem mostra-nos disturbios sensitivos e sensoriaes, delirio, etc., cujo conjuncto constitue a chamada *EMBRIAGUEZ IODICA*, accidente aliás muito raro. A cephaléa quasi sempre acompanha estes phenomenos. Acreditam alguns auctores que os iodetos possam provocar hemoptyse nos tuberculosos. Querem tambem que os iodetos possam determinar a molestia de *BASEDOW* talvez por influirem sobre a secreção da thyroide.

Passemos agora a falar sobre a questão a que nos propuzemos, isto é, sobre as intoxicações cutaneas.

ACNE IODICA — E' esta a fórma por que mais frequentemente se apresenta a intoxicação iodica. Formam-se sobre a pelle, pustulas mais ou menos desenvolvidas, que mui-

to se assemelham ás da *ACNE VULGAR E ACNE BROMICA*; a base é fortemente infiltrada e circumdada por uma zona hyperhemica muito maior que a da acne vulgar mas menor que a da acne bromica. As pustulas são muito numerosas e mais ou menos grandes e são encontradas em geral nos pontos predilectos de todas as acnes: no rosto, sobre a fronte e visinhanças do nariz; no peito e no dorso; ellas se podem mostrar em outras regiões do corpo assim como podem tambem se generalisar. Em certos casos as pustulas acneicas podem confluir, tomando então o aspecto de uma pustula maligna (aspecto anthracoides).

O diagnostico differencial com a *ACNE VULGAR* faz-se, tomando em consideração o facto de que na *ACNE IODICA* ha o desenvolvimento agudo de muitas pustulas contemporaneamente; a acne vulgar principia em geral no estado de *cravos* dos folliculos sebaceos passando depois ao estado de *papulas inflammatorias* para chegar ao *pustuloso*; na acne iodica não ha essa serie evolutiva. A anamnese e a presença de iodo nas urinas tambem são factores importantes de diagnostico differencial. Ha uma fórma de syphilis que se manifesta por um exanthema papulo-pustuloso acneiforme mas distingue-se facilmente das outras acnes pelos caracteres inflammatorios e dolorosos destas.

PURPURA IODICA — Eis aqui outro accidente da intoxicção iodica produzido por hemorrhagias cutaneas e subcutaneas grandes ou pequenas e geralmente sobre os membros inferiores. Como todas as purpuras da pelle caracterisa-se pelo facto de que sob a pressão não perde a côr que varia entre vermelho claro e violeta. O diagnostico differencial entre a *purpura iodica* e a *peliosis rheumatica de Schönlein*, que apresenta as mesms efflorescencias e as mesmas sédes, faz-se pelo estado geral porque na *peliosis rheumatica* temos dôres articulares principalmente nos joelhos, augmento febril de temperatura, e, outras hemorrhagias podem apparecer nos braços e nas coxas emquanto as primeiras vão desaparecendo com as modificações chromaticas de todas as hemorrhagias da pelle. O *morbus maculosus de Werlhof* além de ser affecção mais grave, distingue-se da *purpura iodica* porque as hemorrhagias apparecem em toda a pelle e sem disposição

determinada, attingindo tambem o revestimento mucoso dos orgãos internos.

PEMPHYGO IODICO — A's vezes, em seguida ao uso de iodetos, observamos um exanthema bolhoso pemphygoide que póde ser confundido com os pemphygos. São bolhas de varios tamanhos contendo um liquido claro e hyalino. Este *pemphygo iodico* differencia-se do pemphygo agudo e dos chronicos pelo estado geral do doente. E' preciso não confundil-o tambem com outras manifestações pemphygoides como o *p. neonatorum* que, como diz LESSER, nada mais é senão o *impetigo contagiosa*; o *pemphygo leproso*, *p. syphilitico*, *p. da scabies*, e os *pemphygos* devidos a substancias irritantes como as cantharidas etc. Uma manifestação vesiculosa, verdadeiro *HERPES IODICO* tivemos. occasião de observar sobre a glande de um individuo em seguida á applicação de iodoformio. Não se tratava aqui de um *HERPES SIMPLEX* por irritação mecanica pois as vesiculas só recidivavam com a applicação de iodoformio.

IODODERMA TUBEROSO — Muitas vezes nós vemos um accidente grave devido á proliferação semelhante aos tumores das mycoses (sporothricose, actinomyose, etc.) Formam-se verdadeiros tuberculos sobre a pelle, de côr que póde variar desde vermelho pallido até vermelho azulado ou violaceo; de dimensões varias e de consistencia dura. E' bom não confundir o *iododerma tuberoso* com as mycoses e as gommas no estado eruptivo. A's vezes em lugar de tuberculos podemos ter apenas *nodulos erythematosos* que se não devem confundir com o *erythema nodoso*. Esses *nodulos* ainda se podem reduzir a simples *manchas erythematosas*.

MERCURIO

Desde a mais longinqua antiguidade que é o mercurio utilizado no tratamento da syphilis, pois os chinezes ha mais de dois mil annos empregavam-no para tal fim. Hoje devemos considerar o mercurio como o medicamento anti-syphilitico por excellencia, porque elle cura de facto os accidentes actuaes da syphilis. Entretanto a medicação hydrargyrica tem os seus inconvenientes que, embora sejam faceis de se evi-

tar, não deixam de ser inconvenientes; assim é que uma intoxicação chronica do organismo pode ser fatal si se não cortar o mal pela raiz supprimindo-se ou diminuindo as doses medicamentosas.

Diremos alguma cousa sobre a intoxicação geral do organismo antes de falarmos das toxicodermias mercuriaes. A *estomatite mercurial*, primeiro symptoma do hydrargyrismo pode provocar rapidamente a quêda dos dentes, ou revestir fôrmas graves como a *gangrena da bocca* e o *edema da glotte*. Outros symptomas: salivação abundante de sabôr metálico, anorexia, dyspepsia, e diarrhêa consecutiva a uma enterite; edema com ou sem albuminuria dependendo isto de uma *nephrite mercurial*; depois anemia, emagrecimento e diarrhêas persistentes. Este estado de cachexia profunda vae ao marasmo e depois á morte. O *tremor mercurial* manifesta-se ligeiramente a principio nos labios, nas mãos, na lingua, com pequenas amplitudes que augmentam só com fadigas, emoções ou excessos alcoolicos. Depois o tremor generalisa-se e accentua-se impedindo a coordenação de um só movimento.

Na pelle as fricções mercuriaes podem produzir uma dermatite ou *ECZEMA ARTIFICIAL* o qual é devido á acção irritante do mercurio sobre os estratos epidermicos. Este *ECZEMA MERCURIAL* é identico a todos os eczemas artificiaes produzidos por substancias chemicas; consequentemente o diagnostico é facil pela anamnése.

FOLLICULITE MERCURIAL — O mercurio pode penetrar nos folliculos dos pellos e dar origem, pela sua acção irritante, a uma inflammiação desses folliculos e dos tecidos perifolliculares determinando um suppuração. Temos então pequenos nodulos isolados ou confluentes, pustulas, lesões estas perfuradas por pellos e quasi sempre recobertas por crostas. O processo inflammatorio é identico ao da *FOLLICULITE ESTAPHYLLOGENA*, affecção esta mais commum que a mercurial.

ERYTHEMA MERCURIAL — Esta affecção pode algumas vezes ser confundida com a *escarlatina*. Este exanthe-
ma erythematoso é observado ou depois de injecções mercuriaes ou mais frequentemente depois de fricções com unguentos mercuriaes. O erythema mercurial manifesta-se por mui-

tos pontos e manchas roseas ou avermelhadas, tendendo a se confluir e reunir. Este exanthema pode generalisar-se em certas zonas ou em todo o corpo, e o erythema pode nestas condições tornar-se vermelho mais carregado donde a sua confusão com a *escarlatina*.

Exanthema analogo a este *erythema hydrargyrico*, tivemos ensejo de observar, em seguida a uma injeção endovenosa de tartaro emetico, em um doente de leishmaniose da clinica dermatologica da nossa Faculdade. Este *erythema tartarico* é muito raro e cremos mesmo não ter sido ainda descrito pelos auctores.

ARSENICO

O arsenico foi empregado ha já bastante tempo no tratamento da syphilis; *BROCQ* ajuntava á acção do mercurio, o cacodylato de sódio. O atoxil descoberto por *BE'CHAMP* em 1836 foi muito aconselhado nesse tratamento. Dahi até os nossos dias o arsenico passou a ser objecto de accurados estudos em syphiligraphia até as grandes descobertas de *EHRlich* que nos vieram trazer novas luzes e dar outra orientação á therapeutica da syphilis. Infelizmente é o arsenico, de todos os medicamentos anti-lueticos, o mais perigoso porque é elle que dentre todos, dá origem a mais casos de intoxicação e a intoxicações mais graves. Vamos examinar muito rapidamente e não entraremos em particularidade alguma no assumpto que se refere á intoxicação geral pelo arsenico porque é uma questão muito vasta e não nos interessa no momento.

Devemos mencionar sómente o seguinte: vomitos numerosos, diarrhéa ás vezes sanguinolenta, catarrho laryngobronchico, aphonía, coryza intenso, lacrimejar, cephaléa, dôres intensas articulares, diminuição da sensibilidade podendo mesmo desaparecer totalmente, e podemos ter emfim phenomenos de paralysisa.

As manifestações cutaneas que o arsenico póde produzir são rarissimas no tratamento da syphilis. Dos accidentes que vamos descrever, julgamos mesmo que alguns nunca foram observados em tal caso.

ERYTHEMAS ARSENICAES PASSAGEIROS — Foram anotados por CAIN e RAVAUT, em seguida a injeções de salvarsan, estes erythemas passageiros e fugazes. Outros erythemas mais tardios e duradouros foram também observados, os quaes, pelo seu aspecto, foram denominados *ERYTHEMAS ESCARLATINIFORMES*; citam-se também casos de manifestações papulosas constituídas por pequenas papulas vermelhas e rodeadas por uma zona vermelha mais clara: este exanthema foi denominado *MORBILLIFORME* devido á sua semelhança com o *morbillo*.

HERPES ZOSTER ARSENICAL — Depois de um tratamento pelo arsenico, nos diz JACOBI, assim como em seguida a um envenenamento pelo oxydo de carbono, pode-se manifestar esta affecção. Vesiculas agrupadas sobre uma base inflammatoria, correspondendo ás terminações cutaneas de um nervo ou de um plexo nervoso.

KERATOSE ARSENICAL — Nesta affecção podemos observar, por exemplo, toda a palma da mão inteiramente recoberta de massas corneas, espessas, hyalinas, cinzentas ou pardacentas, de permeio com as quaes encontramos varias eminencias corneas dispostas em torno aos conductos excretores das glandulas sudoriparas.

CARCINOMA ARSENICAL — Esse estado de hyperkeratose pode dar origem a carcinomas da pelle como nos dizem LESSER, JACOBI, etc.

PIGMENTAÇÃO ARSENICAL — A's vezes manifesta-se sobre o tronco uma *pigmentação* escura da pelle que é também devida ao arsenico. Finalmente é bom notar também certos casos de *descamação* da epiderme como consequencia ao uso do arsenico.

Sinusite maxillar

A anesthesi local no seu tratamento radical
Por Potyguar Medeiros, 3.º annista.

Frequentes têm sido os casos desta affecção tratados na clinica de oto-rhino-laryngologia da Santa Casa.

O director da clinica, professor Henrique Lindemberg, chamou nossa attenção para o processo de anesthesi adoptado quando se pratica o seu tratamento radical.

A simplicidade do methodo foi inspiração para que escrevessemos este pequeno artigo, que, embora só a feitura tenha de original, anima-se de dupla pretensão: diffundir o methodo e proporcionar aos nossos collegas algumas notas sobre o que de mais importante haja no assumpto referente á sinusite maxillar.

No tratamento radical desta molestia, os anesthesicos locais têm dado resultados de tal forma satisfactorios, que a chloroformisação não tem mais razões a seu favor: á sua efficacia, igual á do chloroformio, junta-se, na anesthesi local, um factor de grande valia — a simplicidade de applicação.

Lançada a these que pretendemos defender tanto escudados na benevolencia alheia como nas nossas proprias forças, faremos a seguir algumas considerações sobre a molestia de que nos occupamos.

De todas as inflammções das cavidades accessorias do nariz, a do seio maxillar é a mais frequente.

Em primeira analyse consiste a sinusite em uma inflammção da mucosa sinusal, havendo na cavidade uma collecção de pús; é esta a manifestação rigorosa e constante da sinusite.

Assim nos exprimimos porque nesta mesma cavidade, póde haver em algum tempo, granulações consequentes á destruição da mucosa por parte do pús; outras vezes, porque a molestia retroceda logo no inicio, póde não attingir este gráo avançado e a sinusite fica sendo apenas um processo purulento-inflamatorio do seio.

Dahi a divisão das sinusites em agudas e chronicas.

Uma sinusite é aguda, quando a mucosa sinusal se apresenta sómente inflammada, quando no antro ha pús sem haver ahi mesmo, nenhum polypo; a sinusite neste estado tem o nome de empyema.

O empyema, trez, seis até doze mezes depois de sua irrupção, passa a ser sinusite chronica ou verdadeira. A este tempo a mucosa perdeu de todo a integridade histologica: resolveu-se em granulações ou polypos que mergulham no pús da cavidade.

O producto de secreção da mucosa assim degradada, é degenerado, apresenta-se alterado, com um caracter francamente purulento.

Por isto é que Lermoyez dizia ser o seio, na sinusite chronica uma fabrica de pús, emquanto que no empyema não era mais do que um entreposto, um deposito.

Este auctor considera além do empyema e da sinusite chronica, a sinusite aguda; esta, seria a propagação ao seio maxillar, de uma rhinite aguda.

Consideremos entretanto, deixando de lado o empyema, apenas as duas formas de sinusité: chronica e aguda.

Sob o ponto de vista etiologico, esta ultima póde ter ou uma origem infecciosa ou uma origem traumatica ou, o que é mais commum, uma origem dentogena.

A sinusite chronica póde ser produzida, sem que haja primariamente uma sinusite aguda, pela syphilis ou pela tuberculose: quando ella seja secundaria, isto é, quando a sinusite chronica seja uma phase adeantada da sinusite aguda, terá, é claro, os mesmos pontos de partida desta — ou molestia infectuosa ou traumatismo ou affecção dentaria.

Examinemos estes pontos.

A fractura do maxillar ao nivel do seio, é algumas vezes causa de uma sinusite, como tambem o é a penetração de um corpo extranho no antro.

Estas duas causas podem estar reunidas dando-se o caso de haver uma fractura do maxillar e um fragmento deste osso penetrar no seio.

Mas, o corpo extranho causador da sinusite, penetra quasi sempre ou pelo orificio natural ou pelo ostio acces-

sorio o que constitue caso raro, ou por um orificio que exista accidentalmente e que communique o antro a um alveolo dentario.

Aqui o corpo extranho é representado mais commumente por uma particula alimentar: para se fugir a este perigo é que se abandonou o antigo processo de trepanação do seio maxillar pelo alveolo de um dente.

As molestias infectuosas são mais vezes que os traumatismos, causas de sinusite. Nesta classe, occupa lugar predominante, a grippe: ella fornece 80 0|0 das sinusites produzidas por molestias preexistentes.

Entre as outras molestias relacionadas com a sinusite maxillar, têm destaque, a sinusite frontal, a variola, a pneumonia, a escarlatina, etc.

A sinusite constatada no curso de um coryza agudo ou durante uma rhinite tambem aguda, é banal, desaparece com estas causas ou pouco tempo depois dellas.

Parece que a causa mais frequente da sinusite maxillar é representada pelas infecções dentarias, focalisadas ou no proprio dente ou nos seus annexos.

Com effeito, a sinusite maxillar póde ser producto de uma carie dentaria acompanhada de uma infecção: por outro lado, a pericimentite, inflammação do ligamento alveolo-dentario, muito embora não haja carie no dente em que ella se manifesta, póde provocar uma sinusite, facto que se explica pelas causas que determinam esta pericimentite e pelos effeitos decorridos della.

A pericimentite é consequencia de lesões da polpa e da *infecção dos canaes radiculares dos dentes*: tem como epilogo, seja ella aguda ou chronica, a formação de um abscesso que na maior parte das vezes se vae abrir no seio maxillar.

Conclue-se pois, que ha relação de causa entre a sinusite maxillar e as infecções dentarias, podendo-se especialisar esta relação para os canaes radiculares, dizendo-se com Lermoyez que a infecção dentaria attinge o antro de Highmore, tendo por via unica os canaes radiculares.

As infecções dentarias serão causa tanto mais efficiente, quanto mais delgado fôr o plano osseo que isole da cavi-

O VINHO RECONSTITUINTE

Recommendado e preferido por
imminentes clinicos braslieiros

SILVA ARAUJO



"de preparados analogos, nenhum a meu ver, lhe é superior e poucos o igualam, sejam nacionaes ou estrangeiros; a todos, porém, o prefiro sem hesitação, pela efficacia e pelo meticoloso cuidado de seu preparo, a par do sabor agradavel ao paládar de todos os doentes e convalescentes."

Prof. ROCHA FARIA.



"excellent preparado que é empregado com a maxima confiança e sempre com efficacia nos casos adequados."

Prof. MIGUEL COUTO.



"é este um preparado que merece a minha inteira confiança".

Prof. MIGUEL PEREIRA.



"...excellent tonico nervino e hematogenico applicavel a todos os casos de debilidade geral e de qualquer molestia infectuosa."

Prof. A. AUSTREGESILO.

Tuberculose

Anemia

Rachitismo

Inappetencia

Escrophulose

Instituto Sieroterapico Milanese

Os preparados do "Instituto Sieroterapico Milanese", para uso hypodermico, contêm o "RIVELATORE GOSIO", que demonstra a sua esterilisação. Tratando-se, pois, de preparações organicas, facilmente alteraveis, a esterilisação visivel destes preparados é da maxima importancia.

Todos os productos do mesmo "Instituto" que se vendem no Brasil têm uma preparação e confeção especial para a travessia do equador, e de conformidade om as exigencias do clima, temperatura e condições especiaes do paiz. Cada frasco deve trazer o rotulo com as seguintes palavras: "Preparação especial para o Brasil. Exclusivos concessionarios para a introdução e venda: — DE MATTIA & CO. — S. Paulo.

O publico não deve portanto, aceitar como legitimos, os productos que não tragam os dizeres supracitados, porque podem ter soffrido algumas alterações.

PREPARAÇÕES OPOTHERAPICAS

Adrenalina — Principio vaso-constrictor da glandula supra-rhenal— Adstringente, isquemizante, hemostatico potentissimo.

Usa-se nas hemorragias de qualquer especie Solução 1:100 em vidro de 10,0 e caixa de 8 ampollas.

Antitiroidina — Do serum dos animaes esthyroidados — Cura a doença de BASEDOW, diminue a glycosuria nos diabeticos. A antitiroidina extrahida do serum é talvez mai sactiva que a extrahida do leite. Em vidro de 50pastilhas.

Para tomar 6-10 pastilhas por dia, 2-4 de cada vez.

Atussin — (Extracto de glandula supra-rhenal) associado a substancias sedativas segundo conselho do doutor VALSASSORI-PERONI. Cura rapidamente a coqueluche, previne as complicações broncho-pulmonares.

Em vidro de 30,0. Para tomar 5-10 gottas 3-4 vezes por dia.

Caseasi — (Fermento para a digestão do leite). Peptoniza o leite, impedindo a coagulação, tornando-o perfeitamente digerivel. Basta uma pastilha dissolvida num pouco de leite antes de beber-o. Vidro de 50 pastilhas.

Endobilina — Lipoide biliares em solução oleosa. Applica-se na cura da tuberculose, especialmente indicada na enterite tuberculosa. Em caixa de 8 ampollas.

Endocerebrina — Efficaz nas fórmas de neurasthenia, epilepsia, anomalias psychicas e no alcoolismo chronico, insomnia, tremor. Vidro de 50 pastilhas.

Endoipofisina — (Principio activo da glandula hypophyse in toto). Indicado contra as anomalias do desenvolvimento e nos casos nos quaes é deficiente a reacção da nutrição do tecido osseo. Em solução pastilhas e ampollas. Para tomar 4-8 pastilhas ou 10-15 gottas por dia, em 3 vezes, antes das refeições.

Endopituitrina — Extracto do lobo-posterior da hypophyse. Determina o augmento da pressão sanguinea e é um poderoso tónico do musculo utero, no qual provoca as contracções. Util, portanto, nas hemorragias, produzidas pela inercia uterina, nas insufficiencias das contracções durante o parto.

Em caixa de 8 e de 3 ampollas de 1 c. c.

Endovarina — (Succo ovarico) efficacissimo nos incommodos da menopausa, contra as doenças do ovarios e os soffrimentos devidos á insufficiencia, suspensão alterações dos orgams genitales. Em solução, pastilhas e ampollas.

Para tomar 3-4 pastilhas, 20-30 gottas, 3-4 vezes por dia, antes das refeições.

Endosplenina — Succo obtido do bago. Accelera e determina os movimentos peristalticos do intestino. Indicado em todos os casos de simples atonia, assim como nos de paralysisa intestinal. Indicado na hypertrophia esplenica e na insufficiencia pancreatica. Ampollas de 10 c. c., gottas, pastilhas.

Endospermina — (Succo testicular). Contra a impotencia, neurasthenia, diminuição da memoria, fraquezas geraes. Em solução, pastilhas e ampollas. Para tomar 3-4 pastilhas, 20-30 gottas 3 vezes por dia antes das refeições. As injeções usam-se uma cada dia.

Endotimina — (Thymo de vitello in toto). Reconstituente na cloroanemia das crianças, na chlorose da pubescencia, no rachitismo. Pastilhas e ampollas.

UNICOS CONCESSIONARIOS

NO BRASIL :

De Mattia & Co.

PHARMACIA ITALIANA --- Rua do Thezouro, 9
N. B. — Para quaesquer informações ou explicações os snrs. medicos terão a bondade de dirigir-se ao DR. EMILIO DE MATTIA — Caixa Postal 384 — SÃO PAULO

dade sinusal, as raizes dos dentes, sendo causa fatal de sinusite, quando estas raizes mergulharem completamente livres no seio, já pela dehiscencia do assoalho alveolar, já pela anterior destruição deste mesmo assoalho.

Apontadas as principaes causas da sinusite, passemos ás referencias sobre o seu diagnostico.

Seja aguda ou chronica, recente ou remota, a sinusite maxillar tem como caracteristico, uma blenorrhéa das fossas nazaes.

O doente queixa-se menos da grande suppuração que o faz usar seis e mais lenços por dia, que do máo cheiro, do odôr verdadeiramente nauseante que SO' ELLE SENTE.

Diz mais o doente que pela manhã, ao acordar, este cheiro é mais intenso e nessa occasião sente na bocca e na garganta, um gosto accentuadamente putrido.

A fetidez do pús é tão pronunciada, pela razão de se desenvolver elle em uma cavidade fechada ou quasi fechada como é o seio.

O gosto desagradabilissimo que o doente sente, é devido á passagem do pús do antro para o nazo-pharynge, depois de haver attinsido as fossas nazaes, quando o individuo está em decubito.

Faz-se então o exame rhinoscopico: observa-se na fossa nasal incriminada pelo doente, ao nivel do meato medio, uma quantidade variavel de pús.

Algumas vezes nota-se a cavidade em questão, occupada por polypos: outras vezes a mucosa que a recobre, está apenas irritada, irritação que corre por conta do pús que sobre ella passa ou mesmo estaciona.

Quando não constantemente, pelo menos de um modo muito geral, nota-se o corneto inferior hyperemiado.

Póde o doente queixar-se de dôres, que ora são localizadas na região do seio, ora estão generalizadas, abrangendo as zonas de innervação do infra-orbitario e mesmo de outros ramos do trigemio.

Estas sensações dolorosas variam ainda quanto á intensidade; são mais intensas ao dia que durante a noite, o que facilmente se deprehe de da situação do ostio nazo-maxillar.

Situando-se este orificio, muito acima do assoalho sinusal, no começo da suppuração, só quando o individuo está deitado sobre o lado do seio illeso ou quando elle inclina a cabeça para o lado deste seio, é que o escoamento do pús se póde dar.

Fóra destes casos o pús fica retido e esta retensão é que produz a dôr.

Outrosim ha escoamento, o individuo estando sentado ou na estação bipede, quando no antro o pús atinja um nivel superior ao nivel do ostio.

Este escoamento de pús atravez a fossa nazal, constitue um excellente symptoma para o diagnostico da sinusite, como veremos dentro em pouco.

O pús na fossa nazal póde ser attribuido á mucosa de revestimento desta cavidade; se limparmos o mais rigorosamente possivel a fossa nazal que nos prende a attenção, se retirarmos o pús e os polypos que nella possam existir e depois de meia hora voltarmos á sua observação, veremos que a quantidade de pús ahi accumulada é tal, é relativamente tão grande, que não poderemos deixar de banir a supposição acima referida.

O pús é então de proveniencia extranha á fossa nazal; por uma observação mais attenta veremos que elle ahi chega, na parte mediana do meato medio.

Deste pús no meato medio, ainda não podemos garantir a proveniencia exacta; seu fóco póde ser o seio maxillar como tambem o seio frontal ou as cellulas anteriores do ethmoide.

A suppuração poderá ser dita do seio maxillar, ou quando o pús seja visto irromper do ostio maxillo-nazal ou quando a diaphanosopia, que passamos a descrever, demonstre estar o seio atacado.

A diaphanosopia ou transilluminação é um poderoso meio para o diagnostico da sinusite maxillar.

Ao lado da elegancia de que se reveste, possui ella um *quasi* absoluto valor scientifico.

Porque *quasi* absoluto? Porque poderão alguns objectar que as paredes osseas sejam naturalmente espessas e o resultado obtido não será uma expressão verda-

deira: que não haja uma sinusite, mas um outro processo pathologico no seio, impedindo ao observador a percepção da luminosidade.

De facto, isto acontecendo, seria errado o diagnostico de sinusite que se fizesse.

Quem praticando a transilluminação diagnosticar uma sinusite e errar por ser outro o mal de que o seio esteja atacado... não será por certo presa de um grande remorso ao abrir o maxillar de um seu cliente...

Aproveitar-se-a do erro para combater a molestia que ahi tenha séde...

Quanto á primeira objecção, póde-se dizer que a diaphanosopia não é por ella desvalorizada, visto como são raros, muito raros mesmo, os casos em que as paredes antraes sejam tão espessas que impeçam a travessia da luz. Ainda mais, no caso de duvida, uma punção trans-meatica esclareceria o caso.

Posto isto, vejamos como se pratica a diaphanosopia ou transilluminação, cuja descoberta se deve a Heryng.

Quando em uma camara escura, na bocca de um individuo colloca-se uma lampada electrica mandando-se que elle cerre o mais possivel seus labios, as bochechas permitem ao operador a observação da luz; ao nivel dos bordos orbitarios ou adherentes das palpebras inferiores, apresenta-se, de cada lado, uma nitida faixa luminosa; as pupillas permanecem claras e o paciente fechando as palpebras, tem sensação de luz em ambos os olhos. E' o normal.

Quando haja pús em um dos antros, observa-se que a bochecha correspondente ao antro suppurado não deixa transparecer a luz; neste mesmo lado desaparece a faixa luminosa da orbita, a pupilla fica obscura e o individuo fechando as palpebras só tem sensação luminosa no lado opposto ao da lesão.

Em regra geral, de todos estes signaes, o que melhor revela a existencia de uma sinusite maxillar, é o enfraquecimento ou mesmo o desaparecimento da faixa de luz do bordo adherente da palpebra.

A differença de transparencia entre as duas bochechas póde ser muito pequena, a pupilla do lado são póde ser pouca cousa mais clara que sua opposta, mas, as duas faixas infra-orbitarias differem muito em intensidade quando nisto não contrastam em absoluto.

Releva notar que a luz empregada deve ser intensificada progressivamente até um gráo não muito elevado pois isto viria perturbar a observação.

Embora colhidas provas positivas na rhinoscopia e na transilluminação, não se deve só por isso garantir ser o caso em presença, uma sinusite maxillar.

Deve-se, antes de ser firmado o diagnostico, confirmal-o.

Esta confirmação nos é dada pela inspecção directa do seio, o que, na realidade, constitue uma operação.

Sendo assim, só é licito o uso deste recurso quando já estiver regularmente bem fundamentada a presumpção de uma sinusite.

Inspecciona-se directamente o seio maxillar, por meio da punção trans-meatica: como pratical-a?

Por meio de uma agulha ôca deve-se attingir o antro; este é o principio basico da operação.

O ponto por onde deva penetrar a agulha não é todavia o mesmo para todos os operadores.

Queremos dizer com isto que uns o escolhem no meato medio allegando que está neste nível a região mais delgada da parede nazal lateral; outros preferem o meato inferior, objectando que, ao perfurar o meato medio, um operador embora seja muito habil, não está isento de lesar a parede superior do antro, que é a mesma parede inferior da orbita e offender por esta maneira o globo ocular do operando.

Considerando além disto que a parede nazal lateral, ao nivel do meato inferior, não é de espessura tal a diffcultar sobremaneira a operação, parece-nos que a punção ao nivel deste meato leva vantagens sobre a praticada no meato medio.

E' atravessando-se o meato inferior com uma agulha de Lichtwitz que se deve chegar ao seio maxillar: para is-

to o meato foi previamente insensibilizado por uma solução de cocaina a 20 0|0 durante vinte minutos.

Realizada a anesthesia, firma-se a cabeça do doente, colloca-se a ponta da agulha de encontro ao meato inferior, 2 ou 2,5 centímetros para atraz da abertura da fossa nasal e dahi, dirigindo-a para atraz, para cima e para fóra, faz-se com que ella atravesse lentamente a parede ossea e alcance o seio.

Verificada tal penetração, porque, com movimentos de bascula é notada a liberdade de sua extremidade anterior no interior da cavidade, adapta-se a ella uma seringa e faz-se a insufflação de ar. Ouve-se o pús gorgolejar dentro do antro e logo apoz assiste-se ao seu escoamento atravez o ostio natural.

Algumas vezes, quando o pús sinusal é em pequena quantidade e não póde sahir pela insufflação emprega-se a lavagem exploradora: injecta-se no seio agua esterelisada ou na falta desta, agua fervida que sahirá pelo ostio nazomaxillar.

Havendo sinusite, havendo suppuração, a agua sahirá do antro, acarretando o pús: dos dois processos, insufflação e lavagem, este é mais expedito.

Ha sinusites em que o pús está caseoso e não póde sahir pelo ostio; outros casos ainda se apresentam, onde o antro é plurilocular.

Nestes dois casos, nem sempre a lavagem e a punccão darão os resultados almejados; quando se não possam empregar os raios X ou outro meio efficaz, deve-se praticar uma abertura na fosseta canina usando-se da mesma technica que na operação radical, como adeante exporemos.

Comprehende-se que este recurso deve ser o *ultimo* e o diagnostico de sinusite só deverá ser por elle confirmado, quando já houver uma supposição profunda, uma quasi certeza de se estar deante de um caso de sinusite.

Felizmente estes casos extremos são raros: para a quasi totalidade das sinusites, a lavagem exploradora é uma operação confirmadora sufficiente.

A lavagem deve ser feita lentamente para poupar ao

paciente prováveis dores; o liquido injectado, qualquer que elle seja, deve estar tepido.

Uma vez confirmado o diagnostico, resta o tratamento; varia elle com o gráo em que se encontre a molestia.

Sabe-se que a sinusite ou é aguda ou chronica; parte dahi a duplicidade do tratamento.

Antes de ser este iniciado, compete ao operador definir a sinusite: realmente é difficil a distincção dos dois gráos e ainda aqui a diaphanoscopia parece ser o mais alto recurso, o meio mais seguro. Vejamos como.

Supponhamos uma sinusite já perfeitamente diagnosticada.

Se lavarmos o seio affectado, dois casos estarão latentes: transilluminando o seio ou elle readquire a transparencia, apresentando então os signaes que chamamos *normaes*, ao descrevermos a technica diaphanoscopica, ou então o seio continua opaco, persistindo todos os signaes que servirão para o diagnostico da sinusite quando se praticou a primeira transilluminação.

Se apoz a lavagem post-diaphanoscopica, o seio readquirir a transparencia, estamos em face de uma sinusite aguda; se nesta occasião o seio permanecer opaco, a sinusite será chronica.

Porque? Sabe-se que nos primeiros tempos da molestia, o seio contem apenas pús e sua mucosa apresenta-se sómente inflammada; uma vez que o processo pathologico evolua livremente, a mucosa sinusal degenera em formações polyposas que mergulham no pús do antro.

Desde que se submetta um seio affectado á uma lavagem mais ou menos rigorosa e elle continua a contrariar a passagem da luz, é claro que seu conteudo não mais se constitue só de pús; ha outros elementos — os polypos. Neste caso, deante da existencia de granulações intra-sinusaes, só devemos concluir por uma sinusite chronica.

Agora, se depois da lavagem o seio readquire a translucidez, parece logico que o seu conteudo era sómente pús, que pelo liquido de lavagem foi acarretado; a sinusite é aguda.

Consideremos agora o tratamento da sinusite aguda; a cura póde ser expontanea quando a affecção seja devida a um coryza ou á uma rhinite.

Quando seja o caso de ser responsavel por ella, um dente molar, este deve ser extrahido: cumpre ao operador, cuidar do seio depois de haver eliminado o fóco de infecção.

Estes cuidados consistem em lavagens da cavidade, seguindo-se para isto a mesma technica indicada na lavagem exploradora para a confirmação do diagnostico.

A cocainisação do meato inferior cada vez que se pratica a lavagem do seio, apresenta um duplice resultado; anesthesia o local e pela descongestão que provoca nas immediações do ostio, facilita a drenagem.

Uma serie de 12 a 15 lavagens, poderá com relativa facilidade vencer a suppuração, extinguir a sinusite no seu inicio.

Se o pu's que sae do antro, não se mistura ao liquido lavador que o acarreta e não é fetido, póde-se presuppôr que a molestia cederá em breve: se, ao contrario o pús é fetido e francamente miscivel com o liquido que lavou o seio, póde-se esperar por uma lucta demorada entre a pathologia e a therapeutica.

Quando depois de varias lavagens (8 a 12) o liquido injectado, sae do antro trazendo pús em não pequena quantidade e dotado de fetidez, deve-se aconselhar ao doente a operação radical, porque então o mal não poderá ser considerado agudo e sim, chronico; a lavagem será impotente para fazer cessar a suppuração, porque o antro já não é "um entreposto, um deposito de pús — é uma fabrica".

A operação radical, indicada como indispensavel e substitutivel na sinusite chronica, é feita, como dissemos nas nossas primeiras linhas, sob anesthesia local.

O emprego combinado de soluções de cocaina e de novocaina, alliadas á adrenalina, garante uma anesthesia completa e prolongada.

Passemos á descripção da technica a seguir na "radical" da sinusite maxillar chronica, operação que tambem é conhecida sob o nome de Luc-Caldwell.

Duas são as phases constitutivas desta operação: a da curetagem e a da drenagem.

A primeira das phases, a curetagem, compõe-se, de seis tempos.

- 1.º — Na parte superior do vestibulo da bocca, de encontro á parede antero-lateral do maxillar superior, collocar uma tira de algodão embebida em uma solução de chlorhydrato de cocaina a 20 0|0.

ESPERAR QUINZE MINUTOS.

- 2.º — Dissolver em 5 cc. de sôro physiologico, dez comprimidos de **NOVOCAINA-ADRENALINA DE BAUER**: não havendo taes comprimidos, preparar a seguinte solução

Sôro physiologico	100,0
Novocaina	'2,0
Adrenalina	XXX gottas.

Injectar na fossa genal e seus arredores, principalmente nas immediações do nervo infra-orbitario, 2 ou 3 cc. de uma destas soluções.

ESPERAR CINCO MINUTOS.

- 3.º — Seccionar a mucosa gingival em uma extensão approximada de 3 centímetros, entre o rebordo inferior da gengiva e o angulo gingivo-jugal; a secção deve ser feita calculadamente, afim de que não sejam lesados o canal de Stenon e o nervo infra-orbitario. Feita a secção, descolar as partes molles e o periosteo correspondentes á esta região. Remover a parte inferior da face anterior do antro.
- 4.º — Remover o mais possivel as granulações (polypos) intra-sinusaes, remoção que deve de preferencia, ser feita com a pinça de Brunning.
- 5.º — Introduzir no antro uma gaze embebida em uma solução a 5 0|0 de chlorhydrato de cocaina á qual se tem acrescentado gottas de adrenalina; introduzir no meato inferior um pequeno tampão de algodão impregnado desta mesma solução.

ESPERAR CINCO MINUTOS, o paciente inclinando a cabeça para a frente e para baixo.

6.º —Curetar meticulosa e cuidadosamente o antro, tendo redobrada atenção ao , curetar as paredes superior e posterior da cavidade para evitar que por lesões nellas, sobrevenham respectivamente ou um tumor retro-bulbar ou uma secção da arteria maxillar interna.

A 2.a phase da operação é tomada por dois tempos.

No primeiro, pratica-se uma contra-abertura na face nazal lateral, estabelecendo-se assim, a continuidade do antro com a cavidade nazal.

No segundo tempo intròduz-se no antro uma gaze iodoformada cuja extremidade anterior, passando pelo orificio ultimamente praticado, fica na fossa nazal.

Occupado o antro pela gaze, suturam-se as partes molles que foram descoladas, para evitar que ao se refundirem penetrem na cavidade sinusal, difficultando quando não impedindo a reconstituição do tecido osseo.

Vinte e quatro ou quarenta e oito horas apoz a operação, retira-se a gaze iodoformada, puxando-se a extremidade que ficou na cavidade nazal.

Para maior facilidade (isto fica para os principiantes) á medida que ella fôr puxada, deve ser torcida, para que suas malhas se não prendam ás asperezas dos rebordos da abertura nazo-maxillar.

Retirada a gaze, nesse dia ou no dia seguinte e assim duas ou tres vezes por semana, faz-se uma lavagem no antro, passando-se a sonda pelo orificio que deu antes passagem á gaze.

Estas lavagens serão feitas até que o liquido injectado, ao sahir do seio não apresente vestigio algum de pús.

Nos dois primeiros dias post-operatorios, é de bom aviso o operado tomar alimentos que não dependam de muita mastigação.

Por este mesmo tempo póde elle recommençar o seu trabalho e no fim de 20 ou 30 dias seu estado de saude está completamente restabelecido quasi sempre sem ulteriores complicações.

Sobre mais um caso de Blastomyose Hepato-Spleno-Ganglionar

**Addenda pelo Dr. Pedro Dias da Silva
e Ernesto de Souza Campos.**

Quando já paginado este numero da "Revista", para corroborar a nossa affirmação sobre a frequencia da blastomyose em nosso meio, eis que se nos apresenta um outro caso de blastomyose, quasi identico aos dois primeiros já descriptos, dos quaes se destaca apenas pelos derrames ascitico e pericardico, que o doente apresentava. Trata-se do japonéz H. S., com 22 annos de idade, solteiro, trabalhador rural, procedente de Batataes e admittido a 17 de julho do corrente anno na 1.^a enfermaria de clinica medica da Santa Casa de Misericordia, desta capital.

O Dr. Aristides Guimarães, observando a grande tumefacção ganglionar que o doente apresentava e sabendo que nos interessamos pelo estudo das adenopathias, chamou a nossa attenção para o caso. Poucas informações pudemos obter pelo facto do paciente não conhecer o portuguez, tendo apenas mencionado, com difficuldade, que se achava doente ha quatro mezes. Examinado, notava-se grande tumefacção dos ganglios cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes; massicez nas bases pulmonares, com silencio respiratorio; submassicez com respiração soprosa nos apices; massicez cardiaca absoluta augmentada; bulhas cardiacas abafadas; baço percutivel; figado augmentado de volume e difficil de se delimitar, devido á ascite; edema nos membros inferiores; ascite muito pronunciada, pulso 108, dyspnéa intensa; temperatura 36°8. Accusava dôres na retro-bocça, produzidas por ulcerações nas amygdalas.

Suspeitando que se tratasse de um caso de blastomyose hepato-spleno-ganglionar, propuzémos a exereses de um ganglio para exame microscopico e mais o exame laryngoscopico que não foram realisados, devido á morte subita do paciente.

Como exame hematologico, só tivemos occasião de proceder á contagem especifica, que revelou o seguinte:

Polynucleares neutrophilos	93.50 %
Grandes lymphocytos	2.00 %
Medios lymphocytos	0,50 %
Pequenos lymphocytos	2.25 %
Monocytos	1.25 %
Formas de transição	0.50 %
	<hr/>
	100.00 %

A autopsia procedida no Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina, veiu confirmar as nossas suspeitas quanto ao diagnostico, pois que foi verificado tratar-se de um caso de blastomycose de fórma hepato-spleno-ganglionar com derrames ascitico e pericardico. De facto, na autopsia, foram encontradas lesões com numerosos blastomycetos, no baço, no figado, no intestino grosso, nos ganglios das regiões acima citadas e nos ganglios intra-cavitarios, que se apresentavam grandemente augmentados de volume. Quasi todos esses ganglios, achavam-se transformados numa substancia caseosa, constituida principalmente por parasitas. No deposito pulverulento obtido pelo repouso do liquido ascitico, verificámos a existencia de blastomycetos.





Delegação Medica Argentina

São Paulo hospedou nos dias 10, 11 e 12 do corrente a delegação medica argentina que viera ao Brasil com o fim especial de firmar a approximação scientifica entre as duas republicas Sul americanas.

A delegação esteve por espaço de uma semana no Rio de Janeiro, onde recebeu dos collegas cariocas as mais seguras provas de sympathia e amizade.

Na nossa capital as demonstrações não foram menos significativas, tendo os distinctos cientistas e estudantes se mostrado muito sensibilizados.

Recebidos na estação da Luz pelos drs. Arthur Neiva, director do Serviço Sanitario, Arnaldo Vieira de Carvalho, director da Faculdade de Medicina e por quasi todos os professores e alumnos das nossas escolas, foram os nossos illustres hospedes acompanhados, até ao hotel onde se hospedaram, por comissões de professores e alumnos.

Após o almoço, a delegação argentina visitou a Faculdade de Medicina e Cirurgia, que se reuniu em Sessão Solenne para recebê-la.

Nessa occasião, depois das saudações reciprocas, os illustres visitantes percorreram todas as dependencias da Faculdade, mostrando-se optimamente impressionados com os trabalhos dos professores e alumnos.

Sempre acompanhados pelos drs. Arthur Neiva, director do Serviço Sanitario, Arnaldo de Carvalho, director da Escola e comissões de professores e alumnos, os nossos distinctos hospedes visitaram a Escola Polytechnica e, a seguir, o Instituto de Butantan, onde foram recebidos pelos drs. Vital Brazil, Flo-

rencio Gomes e Dorival Penteado, respectivamente director e assistentes desse estabelecimento.

O dr. Vital Brazil, depois de fazer uma ligeira exposição sobre os fins do Instituto, sobre as cobras em geral e sobre o sôro anti venenoso, proporcionou aos presentes o interessante espectáculo da lucta da mussurama com uma jararaca. O Instituto foi visitado em todas as suas dependencias, tendo todos se retirado agradavelmente impressionados.

Os estudantes argentinos, após o jantar, assistiram a um espectáculo no theatro S. José, em companhia de uma comissão de estudantes das nossas escolas superiores.

No dia 11, a delegação visitou demoradamente a Santa Casa de Misericordia. Em seguida, a "Sociedade de Medicina e Cirurgia" reuniu-se em Sessão Solenne para receber os representantes da medicina argentina.

A sessão foi presidida pelo vice-presidente em exercicio, Prof. Dr. Ovidio de Campos que, em vibrante discurso, saudou a illustrada delegação.

O presidente da sessão foi calorosamente applaudido.

O sr. professor Aráoz Alfaro, em seguida, tem a palavra para fazer uma communicação sobre poliomyelite anterior aguda, molestia de Heime-Medin.

Antes de abordar o assumpto, o professor Alfaro agradeceu, em nome da delegação, as palavras do professor Pires de Campos, salientando a sinceridade dessas manifestações de sympathia.

Ao terminar a sua communicação, o professor Alfaro foi muito applaudido e cumprimentado pelos presentes. O sr. presidente agradeceu a communicação, encerrando em seguida a sessão.

O corpo clinico da Santa Casa offereceu á delegação argentina uma lauta mesa de doces.

— Realisou-se no mesmo dia 11, ás 12 1/2 horas no "Progre-dior", o almoço que a classe medica paulista offereceu aos seus collegas argentinos, tendo corrido na maior cordialidade.

Fallou em nome dos paulistas o dr. Arnaldo de Carvalho. Em nome da delegação, agradeceu o professor, Aráoz Alfaro, que se mostrou muito sensibilizado pelas manifestações que a delegação recebeu no Rio e em São Paulo. Referiu-se em palavras elogiosas á nossa Faculdade de Medicina, dizendo faltar-lhe apenas um predio proprio, pois os laboratorios estavam perfeitamente aparelhados.

As 13 horas, os estudantes paulistas offereceram aos seus collegas argentinos um lauto almoço, no "Trianon".

A mesa artisticamente ornamentada, tomaram assento, além dos representantes da imprensa, as seguintes pessoas: A. Olanan Chans, presidente da delegação, Otto Jurgen, secretario, Roberto G. Cabred, presidente do "Centro dos Estudantes de Medicina" e do "Circulo Medico Argentino" Enrique Pueyrredon, Jorge Mulcahy, Raul Chapan, Otto Jurgen, Manoel Vasques Ferro, Pedro Lagleyze, Marcello Fitte, Agustín Alvarez, Vicente Ramos, Felix Oemedo, Alberto Agüero, Antonio Torres, Juan Giordano, Carlos Albino, Jayme Damianovitch, Julio Medeiros, Glycerio Barrios Pampa, Antonio Ferreira e Melchisedeck A. da Silva, Andrés Pinto e José G. Ruiz, compondo a delegação de estudantes argentinos; Srs.: Pereira Lima, presidente do Centro XI de Agosto; Mario Cruz, Cid Prado, Raul Machado, Dagoberto de Padua Salles e Rogerio de Freitas, representando os estudantes de direito; Srs.: Ernesto de Souza Campos, presidente do "Centro Oswaldo Cruz"; Antonio de Almei-

da Junior, Jorge Tibiriçá Filho, Toledo Piza, Potyguar Medeiros, Benjamin Reis, Horacio de Figueiredo, Gumercindo Godoy, Toledo Mello, Leão Novaes, S. Calazans, José Guimarães e Sebastião Comparato, representando os estudantes de medicina; Srs.: Archimedes Guimarães, presidente do Gremio Polytechnico, Manoel A. de Castilho, Henrique Lefèvre, José Amadeu, Paulo de Moraes Filho, Geraldo Sampaio e José Toledo Moraes, representand os estudantes de engenharia.

Pelo "Trianon", foi servido delicado "menú".

O almoco correu em franca camaradagem.

Ao champagne, levantou-se o sr. Almeida Junior, academico de Medicina, que pronunciou o seguinte discurso:

"Prezados collegas argentinos. — Nesta orchestra de sympathia e de fraternidade com que a juventude brasileira tem festejado a vossa passagem entre nós, os estudantes de S. Paulo querem tambem modular o seu accorde. O tempo não nos foi propicio. A nossa Capital, esquecendo-se dos principios comesinhos da polidez, recebeu-os incivilmente, fantasiada de Londres chuvosa e escura. Mas a contrastar com o frio lá de fóra, a desmentir o nevoeiro triste das ruas, nós vos offertamos a mais calorosa e a mais sincera amizade.

Emquanto a bemquerença das nações se baseia unicamente nos tratados-interpretes de interesses mais ou menos obscuros, cuja comprehensão a grande maioria não alcança, emquanto a amizade se faz nas chancellarias e não nas reuniões populares, emquanto ella vive nos papeis officiaes e não no coração de cada um — póde dizer-se que é uma amizade fragil. Falta-lhe o bafejo quente do sentir da multidão que resiste ao tempo, que passa cada vez mais forte através das gerações.

As poucas horas que comvosco convivemos — em camaradagem

estreita, longe das formalidades do protocollo, serviram para ainda mais firmar os nossos sentimentos.

E se existe gloria em trabalhar pela concordia dos povos, vós a tivestes com a vossa gentileza incomparavel, com a distincção e a franqueza da vossa alegria sã. Indo-vos embora, deixaes amigos e portanto deixaes saudades.

Queremos, porém, que a vossa embaixada juvenil seja portadora das nossas saudações cordeaes a todos os estudantes de vossa patria, os quaes nós desejamos considerar como nossos camaradas e nossos amigos.

Bebamos á saude dos estudantes da Republica Argentina”.

O seu discurso foi muito applaudido.

Agradeceu em palavras brilhantes o sr. Roberto G. Cabred, presidente do “Circulo Medico Argentino” e do “Centro de Estudantes de Medicina”.

Aproveitando a oportunidade, o distincto delegado argentino leu os seguintes officios, trazidos de Buenos Aires:

San Pablo.

La commission Directiva del “Circulo Medico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina” que me honro en presidir, en su session extraordinaria del 22 de Mayo del corriente año, ha resuelto enviar un menasage de saludo a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas de San Pablo.

Señores estudiantes: la hora tragica por que atraviesa el mundo, exige más que gestos convencionales y más que forzados tratados diplomaticos.

Exige ese fator imponderable no legislado, no tenido en cuenta en el equilibrio delos calculos y que es, sin embargo, el que decide en ultimo termino el porvenir de las naciones. Y ese fator es el sentimiento de confraternidad; es el cariño, ese enorme puente espiritual que

tramontando las fronteras, une en la hermandad de un ideal a los pueblos que viven la misma cancion de vida y de esperanza, que niguem en la loveda infinita del tiempo, la parabola de la misma estrella en viage hacia los mismos horizontes, en busca de las mismas auróras.

Recebid en este momento de pura y sincera fraternidad, este sencillo pergamino. El prolongará en vuestro seno, el recuerdo de esta otona juventud, desde lejos mira con orgullo vuestro ascenso prodigioso hacia la perfeccion. Que el perdure por los tiempos de los tiempos. Y que en su simbolismo al enlazar en sua misma grinalda vuestro escudo y nuestro escudo, enlace en un mismo abrazo, en el presente y en al mañana el alma de la juventud argentina y el alma de la juventud brasilena”.

“Buenos Aires, Junio 26 de 1917.

A los estudiantes de las Escuelas Superiores de San Pablo.

La “Federacion Univesitaria” de Buenos Aires que reúne en su seno a todos los estudiantes universitarios de la capital quiere que en esta hora en que los representantes de la juventud de las dos patrias, se confunden en mutuo desborde de fraternas efusiones, llegue un especial saludo lhenos del afecto que satura los corazones juveniles, expresion sincera de los sentimientos que los estudiantes argentinos de ideal, los estudiantes brasileños haciendo fervientes votos porque esa vision de confraternidad argentino-brasileña, se convierta en un hecho para grandeza de ambas patrias cuyos escudos estan unidos en el instante presente.

Gabriel del Maso, Presidente — Alfredo B. Ucoman, Secretario”.

Encerrada a série de brindes, o sr. Josino Vianna, da Faculdade de Direito, exprimio ainda

uma vez os sentimentos de cordialidade que aos nossos hospedes unem os estudantes brasileiros.

O almoço terminou depois das 15 horas.

Acompanhados de seus collegas brasileiros, os argentinos visitaram o theatro Municipal, recebendo agradável impressão, e, em seguida, percorreram diversos bairros da Capital.

No dia 13, ás 10 horas da manhã, os distintos rapazes argentinos embarcaram para Santos, onde os aguardava o "Leon XIII" que os levou para Buenos Aires.

No seu embarque que foi muito concorrido, notou-se a mais sincera emoção nas despedidas.

Os estudantes argentinos foram acompanhados até Santos por alguns estudantes desta Capital.

Os srs. Roberto Cabred e Olan Chans, em nome de seus collegas de delegação, offereceram aos estudantes paulistas um almoço de despedidas, no "Parque Balneario".

Depois de fazerem um passeio até á Praia Grande, dirigiram-se todos para bordo do "Leon XIII", mas como este vapor estivesse com atrazo de algumas horas, os argentinos acompanharam até á estação os representantes das escolas de S. Paulo que deviam regressar a esta Capital.

Na estação, foram levantados muitos vivas á Argentina, ao Brasil e aos estudantes argentinos e brasileiros.

— A delegação medica, a excepção do Prof. Alfaro que acompanhou os estudantes, seguiu por terra, no dia 12, á noite.

A' delegação argentina, a "Revista de Medicina" faz sinceros votos de boa viagem, desejando que, de uma vez para sempre, fique firmada a tão almejada aliança da Argentina como o Brasil.

CONFERENCIA

Com grande brilhantismo realisou-se mais uma conferencia da série que a directoria do "Centro" vem promovendo desde os annos passados. A conferencia, proferida pelo illustrado professor da nossa Faculdade, o dr. Alfonso Bovero, teve como thema "As origens humanas" e realisou-se no salão nobre do Instituto Historico e Geographico em a sessão solenne com que o Centro commemorou a data nacional de 3 de Maio e o anniversario da abertura das aulas da Faculdade de Medicina.

Por essa occasião, o prof. Bovero foi homenageado por todos os seus alumnos brasileiros que lhe offereceram uma pasta, tendo a seguinte dedicatória sobre uma placa de ouro — ao dr. Alfonso Bovero, homenagem dos seus alumnos brasileiros.

A exma. sra. do dr. Bovero recebeu um ramallete de flores naturaes.

A' conferencia compareceu avultado numero de medicos, professores, alumnos das escolas superiores, representantes do mundo official e muitas outras pessoas.

O "Centro" reitera aqui os seus agradecimentos á directoria do Instituto Historico e Geographico pela gentileza com que se houve, cedendo o salão onde se realisou a conferencia.

COMMISSÕES

Para as diversas commissões do "Centro" foram indicados neste anno os seguintes consocios: **Commissão de Redacção da Revista:** srs. José de Toledo Mello, João Procopio, Alberto Nupieri, Luiz Amendola, Arnaldo de Godoy e A. Carvalho Franco; **Commissão do Estandarte:** srs. Flaminio Favero, Benjamin Reis, Francisco Dell'Ape, Ulysses de Souza e Silva e Joaquim Queiroz; **Commissão de conferencias:** srs. Sebastião Calazans, José de Toledo Piza, Benjamin Reis e

Brazil Ramos Caiado; **Comissão de Visitas:** srs. José Ferreira Santos, Passos Cunha, Cid Condeiro Prestes, Bento Theobaldo Ferraz e Leoncio da Costa Galvão; **Comissão do Serviço Militar:** srs. Paulo Sohn, Passos Junior e Jorge Tibiracá Filho; **Comissão de Revisão dos Estatutos:** srs. João Procopio João Alfredo Varella e Messias Fonseca; **Director do Patrimônio:** sr. Sebastião Antunes; **Bibliotecario:** sr. Anthero Galvão; **Medico:** sr. dr. Celestino Bourroul.

ENFERMO

Acha-se enfermo e em tratamento no interior do Estado, o nosso prezado collega, João Cerveira Gomes.

O "Centro" enviou ao estimado companheiro uma carta exprimindo os votos ardentes que, pelas suas promptas melhoras, fazem todos os seus collegas e amigos da Faculdade de Medicina.

RESURGIMENTO NACIONAL

Por proposta do sr. Antonio Ferreira de Almeida Junior, o "Centro" resolveu promover uma especie de "enquête" entre os homens mais illustres do nosso paiz com o fim de conhecer-lhes a opinião sobre o meio mais pratico de os estudantes concorrerem para a obra do resurgimento nacional. As respostas recebidas serão reunidas e publicadas e despertarão certamente grande interesse por parte da mocidade, pois se trata de um assumpto palpitante no momento actual.

Foi ainda apresentada e approvada pela directoria do "Centro" a seguinte proposta do sr. Almeida Junior:

"Considerando que a fragmentação do Brasil em pequenas patrias, quer essa fragmentação se venha a dar politicamente, quer apenas se dê sob o ponto de vista social, será uma calamidade para o paiz;"

"considerando que o espirito de regionalismo, alimentado por vaidades bairristas, é o caminho seguro para aquelle desmembramento;"

"considerando que o melhor meio de combater esse espirito pernicioso é o estreitamento das relações entre os brasileiros de todos os pontos do paiz, e muito especialmente entre os estudantes das escolas superiores, os quaes presumivelmente virão mais tarde a constituir a "elite" nacional;"

"considerando que a campanha de resurgimento patrio offerece uma oportunidade excepcional para a campanha de unificação brasileira;"

"Propomos que se nomeie uma comissão de tres sócios para estudar minuciosamente a maneira de entrarmos em relação com as demais escolas superiores da Republica, visando a formação de uma "entente" academica, cujo objectivo essencial será:

- a) combater por quaesquer meios o espirito de regionalismo;
- b) collaborar na iniciativa do resurgimento nacional;
- c) esforçar-se para a effectiva consolidação da unidade brasileira.

"A comissão terá o prazo de 3 mezes, a contar do dia em que fôr notificada, para apresentar o seu trabalho. Este será submettido á directoria do "Centro" e, si approvado, posto immediatamente em execução.

São Paulo, 24 de março de 1917.

(a) A. Almeida Junior.

REPRESENTAÇÕES

O "Centro" fez-se representar: na sessão com que o Gremio Polytechnico commemorou o anniversario da fundação da Escola Polytechnica; na sessão solenne que a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realisou em homenagem á memoria de Osvaldo Cruz; no enterro do saudoso director da Escola Polyte-

Magnesia Fluida
GRANADO

APERITIVA

 **ESTOMACAL**

LAXATIVA

FACILITA A DIGESTÃO

Anemia - Neurasthenia - Depressões Nervosas
Fraqueza geral - Convalescença

Neurostenil Granado

Soro Neuro-tonico Intensivo

DOSAGEM

Glycerophosphato de sodio . . .	0,20
Cacodylato de sodio	0,05
Sulphato de Strychnina.	0,001
Agua do mar isotonica.	2c.c.

2 c. c. diariamente em injeções subcutaneas ou intramusculares.
Series de 12 injeções com 6 a 8 dias de repouso.

:: ZYMOLACTOL :: COMPRIMIDOS e GRANULADO
= DE FERMENTO LACTICO

Realizando a antiseptia do intestino, o seu emprego está perfeitamente indicado nos casos de Infecção intestinal, Enterites (agudas e chronicas), Febre typhoide, Grippe, etc. — Utilissimo nas Perturbações funcioneas do figado e rins e Afecções da pelle. — Exijam sempre ZYMOLACTOL (Comprimidos ou granulado)

Depositarlo **João Lopes**

Rua 11 de Agosto, 35
SÃO PAULO

GABINETE ELECTRO
RADIOLOGICO

DE

DR. RAPHAEL P. DE BARROS
E
S. COMPARATO

ELECTRICIDADE MEDICA
ELECTRO-DIAGNOSTICO
DIATHERMIA

RADIOTHERAPIA
RADIOGRAPHIA
RADIOSCOPIA

RUA DE S. BENTO, 15 — DAS 14 ÀS 17

TELEPHONE N. 3464

SÃO PAULO

CASA DE UTENSILIOS SCIENTIFICOS

PROP.: BERTO MOSER



Importação de Utensilios e Ap-
parelhos para medicina, cirurgia,
bacteriologia, physica, chimica.



CAIXA POSTAL, 1387

Rua da Quitanda, 19 - sobr.
S. PAULO.

chnica dr. Antonio Francisco de Paula Souza e no enterro do estimado medico dr. Sergio de Paiva Meira.

VOTOS DE PEZAR

A directoria de "Centro" officiou ao presidente do Gremio Polytechnico e Congregação da Escola Polytechnica communicando a resolução da assembléa geral realisada a 11 de maio, de consignar na acta da sessão um voto de profundo pezar pela morte do dr. Antonio Francisco de Paula Souza. Igual procedimento teve a assembléa para com o dr. Sergio de Paiva Meira, tendo-se enviado officio ao dr. Sergio Paiva Meira Filho communicando essa resolução.

RETRATO

Em homenagem á memoria do dr. Léo Lopes de Oliveira, saudoso Preparador de Parasitologia da nossa Faculdade, ha annos fallecido, foi inaugurado o seu retrato na séde social do Centro.

BUSTO DE HIPPOCRATES

O Centro já se acha de posse do busto em bronze de Hippocrates, trabalho que o habil artista sr. Julio Starace, num acto que muito nos sensibilisa, se prestou a executar gratuitamente no Lyceu de Artes e Officios.

Por essa prova de alta distincção á nossa sociedade, nos é muito grato reiterar aqui os nossos agradecimentos ao sr. Starace e ao Lyceu.

Encontra-se já restabelecido da pertinaz enfermidade que o acommetteu, o nosso presado collega e amigo João Baptista Brazilliano. Por esse facto, que registamos com prazer, cumprimentamos o distincto companheiro.

SOCIOS

E' animador o interesse que vem despertando ultimamente a nossa sociedade entre os alumnos da Faculdade. E' assim que,

com a maxima satisfação, podemos salientar a existencia actualmente de 164 socios quites com as suas mensalidades.

Numero de socios do "Centro", comparativamente ao total dos alumnos da Faculdade, em 31 de maio de 1917:

Anno Preliminar	50	45
1.º anno geral	34	29
2.º anno geral	48	40
3.º anno geral	38	25
4.º anno geral	28	25
	198	164

"O ESTUDANTE BRASILEIRO"

Recebemos o primeiro numero do "O Estudante Brasileiro" organ official do "Brazilian Students Association" que se publica nos Estados Unidos da America do Norte. Essa revista, que tem á sua frente um grupo de distinctos brasileiros estudantes naquella circumscripção da America, foi fundada com o fim de, servindo aos interesses da Associação de que é organ, estreitar as relações das diversas colonias brasileiras lá estabelecidas.

Agradecendo o recebimento, desejamos todas as prosperidades ao "O Estudante Brasileiro" que, animado de taes intuitos patrioticos, estamos certos, muito poderá servir ao Brasil.

FALLECIMENTO

Falleceu num dos quartos particulares da Santa Casa de Misericordia, onde se achava em tratamento, o inditoso clinico dr. Lauro Cavalcanti. Aos seus funeraes, a que esteve presente grande numero de medicos, o Centro fez-se representar nas pessoas de muitos dos seus socios. Por esse motivo, a directoria do Centro recebeu do sr. Demosthenes de Carvalho, o seguinte attencioso telegramma: "Nome familia dr. Lauro Cavalcanti agradeço commovido vossa gentileza fidalga fa-

zendo-vos representar enterramento aquelle inditoso clinico" a) Demosthenes Carvalho.

CORRESPONDENCIA

Durante os mezes de Março, Abril e Maio foram expedidos officios aos srs. drs. Arnaldo Vieira de Carvalho, Oscar Rodrigues Alves, Carlos Chagas, Aloysio de Castro, Celestino Bourroul, Enjolas Vampré, Presidente do Gremio Polytechnico, Presidente da Sociedade de Medicina, Presidente do Gremio Normalista 2 de Agosto, Presidente da União Pharmaceutica, Presidente da Associação Brasileira de Estudantes, Presidente do Centro Academico Onze de Agosto, Director Gerente da Companhia Antartica Paulista, Proprietario do Bosque da Saude, Sebastião Antunes, Anthero Galvão, José de Toledo Piza, Sebastião Calazans e a todos os srs. alumnos membros das diversas commissões nomeadas este anno para o Centro, como consta de outra noticia.

* * *

— Foram enviados ainda officios de condolencias ás Directorias do Gymnasio do Estado e Instituto Historico e Geographico pela morte respectivamente

dos srs. drs. Augusto Freire da Silva e Alfredo de Toledo.

Em resumo foram expedidos pela secretaria do "Centro" durante esse periodo, 46 officios.

Dos officios e cartas recebidos podemos assignalar os dos srs. drs. Arnaldo Vieira de Carvalho, Oscar Rodrigues Alves, Carlos Chagas, Aloysio de Castro, Presidente da União Pharmaceutica, Director do Gymnasio do Estado, Director da Repartição de Estatistica e Archico do Estado, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, José Ferreira Santos, Ulysses de Souza e Silva e dr. Sergio Meira Filho.

Por motivo da apresentação de seu nome á Presidencia da Republica, foi endereçado ao sr. conselheiro dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, pelos alumnos da Faculdade de Medicina o seguinte telegramma:

Estudantes Faculdade Medicina, fundador V. Exa., felicitam patria resultado convenção, escolhendo presidencia glorioso nome V. Exa..

Escolhá V. Exa. correspondendo aspiração paiz inteiro, constitue mais segura garantia moralidade ensino superior, periclitante após reforma Rivadavia.



THESOURARIA

Do sr. Paulo Sohn, 1.º thesoureiro do "Centro academico"Osgaldo Cruz", recebemos e publicamos o seguinte:

Movimento do Caixa em Março, Abril e Maio de 1917.

Março 22	Saldo da subscrição da festa dos calouros	60\$000	
Março 27	Recebido por extractos da Revista de Medicina	350\$000	
Março 31	Mensalidades recebidas em Março	89\$000	25\$000
Março 31	Despezas Geraes, impressos, sellos		52\$900
Março 31	Patrimonio, quantia depositada em Março		126\$000
Março 31	Revista, Factura das Officinas do "Estado"	145\$000	
Abril 30	Mensalidades recebidas em Abril		15\$100
Abril 30	Patrimonio, quantia depositada em Abril		58\$200
Abril 30	Despezas Geraes, telegrammas e corôa	400\$000	
Maio 2	Recebido por conta do saldo de 1916		455\$000
Maio 2	Revista, Conta paga a Weiszflog Irmãos		166\$000
Maio 22	Despezas Geraes, conferencia prof. A. Bovero, impressos, automoveis para enterro, etc.	197\$000	
Maio 31	Mensalidades recebidas em Maio		20\$000
Maio 31	Patrimonio, quantia depositada em Maio		322\$800
Maio 31	Saldo em caixa		
		<u>Rs. 1.241\$000</u>	<u>1.241\$000</u>
Maio 31	Saldo em caixa	<u>Rs. 322\$800</u>	

O thesoureiro
Paulo Sohn

Fernando Britto Pereira — 1.º Secretario.

INDICE $\overline{\text{DO}}$

1.º Volume da "Revista de Medicina"



	<i>Pags.</i>
Agglutininas e sôro-diagnostico — Dr. Octavio de Carvalho	173
Ancylostomo (O ancylostomo e a sua penetração por via cutanea) — Ernesto de Campos	324
Anesthesia rachidiana (A) — José Ferreira Santos.	109
Blastomycose hepato-spleno-ganglionar (Sobre dois casos de) — Dr. Pedro Dias da Silva e Ernesto de Souza Campos	305
Blastomycose hepato-spleno-ganglionar (Sobre mais um caso) — Dr. Pedro Dias da Silva e Ernesto de Souza Campos	346
Caldo de cultura (Como se deve, racionalmente, preparar o) — Dr. Geraldo de Paula Souza	10
Caldo de cultura (Como se deve, racionalmente, preparar o) — Dr. Geraldo de Paula Souza	313
Canalis processi lateralis tuberis calcanei — Prof. Dr. Alfonso Bovero	127
Centro Academico "Oswaldo Cruz" — historico	5
Consequencias futuras da therapeutica — Prof. Dr. Rubião Meira	43
Corpo calloso e as apraxias (O) — João Procopio ..	78
Diphtheria (O problema da) — José de Toledo Piza..	210
Estações de aguas (As nossas) — Prof. Dr. Celestino Bourroul	225

Granulações de Much (Sobre um processo rapido de differenciação das granulações de Much no bacillo de Koch) — José de Toledo Mello	281
Hygiene Escolar — José Cardoso da Silva	184
Hygiene Escolar — José Cardoso da Silva	231
Insufficiencia aortica (meios para o seu diagnostico) — Flaminio Favero	25
Lesões da mucosa intestinal (diagnostico pela pesquisa da albumina fecal) — Philemon Marcondes ..	138
Lucta Vital — Messias da Fonseca	37
Molestia de Raynaud de origem paludica — Dr. Aristides Guimarães	21
Molestia de Raynaud de origem paludica — Dr. Aristides Guimarães	165
Musculo cleido-transversario — João Procopio e Horacio Figueiredo	169
Naevus, naevus pigmentoso e melano-sarcoma — Prof. Dr. Walther Haberfeld	67
Noticiario — Necrologios (Dr. Leo Lopes de Oliveira, Aly Barbosa Trindade, Gaudencio de Quadros Filho e Francisco de Paula Palmerio) — Revista — Conferencias — Socios — Bibliotheca — Publicações recebidas — Correspondencia — Séde — Estandarte — Prof. E. Metchnikoff	54
Revista — Conferencias — Museu — Visitas — Federação academica de São Paulo — Donativos..	123
—————	
Sport — Instrucção Militar — Mensagem — Correspondencia — Publicações recebidas — Representações — Patrimonio do “Centro” — Bibliotheca — Visitas — Cartas	197
Oswaldo Cruz — Estandarte — Instrucção Militar — Patrimonio do “Centro” — Bibliotheca — Nová directoria	255

Delegação medica argentina — Commissions — Conferencia — Enfermo — Resurgimento nacional — Representações — Votos de pezar — Retrato — Busto de Hippocrates — Socios — “O Estudante Brasileiro” — Fallecimento — Correspondencia — Thesouraria	348
Oswaldo Cruz — Prof. Dr. Rubião Meira	205
Origini umane (Le) — Prof. Dr. Alfonso Bovero ...	288
Pemphigus Foliaceus — Jorge Tibiriçá Filho	120
Physio-Pathologia da linguagem — Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos	140
Reacção de Wassermann (Valor clinico da sôro reacção de Wassermann) — Altino Antunes	30
Relatorio — Jayme Candelaria	47
Relatorio — Ernesto de Souza Campos	239
Revista de Medicina — Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos	3
Sinusite maxillar — Potyguar Medeiros	334
Sopro da insufficiencia mitral é realmente holosystolico? (O) — Prof. Dr. Prado Valladares	208
Therapeutica (Introducção ao estudo da) — Dr. João de Aguiar Pupo	215
Toxicodermias consecutivas ao tratamento da syphilis — Romeu da Silveira	327
Tracheo-Bronchio-Phonese — Prof. Dr. Etheocles de Alcantara Gomes	259
Tumor da fossa cerebral média (Sobre um caso de) — Factos clinicos — Prof. Dr. Ovidio Pires de Campos	94

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).