

farinhas, pastas alimenticias, leite esterelizado e carnes muito cozidas.

O mesmo facto observa-se na dieta das pyrexias prolongadas, como na infecção ebertiana, por exemplo.

Alimentando-se os doentes, aos quaes nos referimos, com alimentos frescos, nós veremos que a asthenia, as perturbações nervosas, que muitos clinicos fazem correr por conta da toxi-infecção, são simples dysvitaminoses e desaparecem, encurtando-se a convalescença e reconstituindo-se promptamente o organismo.

Basta, para isso, aconselhar, aos typhicos, os caldos de legumes verdes, o leite pasteurizado, o succo de carne e o de fructas, sob a forma de limonadas e laranjadas.

Seguindo-se a mesma orientação, aconselhar-se-á aos tuberculosos, aos anemicos, aos enfraquecidos, a carne crúa, os ovos frescos, o oleo de figado de bacalháu, a manteiga, não porque essas substancias sejam „naturaes” ou possuam essa ou aquella composição, mas, porque ellas são essencialmente ricas de **Vitaminas**, utilissimas nas affecções depauperantes.

Existem, entretanto, occasiões que as **Vitaminas naturaes** não produzem resultados nas avitaminoses, nem nas dysvitaminoses; a razão disso, por emquanto, se ignora, e, a proposito, só existem conjecturas, ao nosso vêr, mal fundamentadas.

Foi para eliminar esse inconveniente, que se procurou isolar **Vitaminas**.

A despeito de alguns auctores inglezes e norte-americanos não acreditarem no valor clinico das **Vitaminas** isoladas, as observações de numerosos medicos, em diversos paizes, fallam em contrario a este modo de vêr.

E as **Vitaminas** isoladas, prescriptas, na pratica, mostraram-se capazes de favorecer a assimilação das substancias alimentares propriamente ditas, albuminas, gorduras, hydro-carbonatos, e saes mineraes; solicitar e activar a acção das glandulas endocrínicas e exocrínicas (acções vitaminicas), facilitando, ao mesmo tempo, a digestão das substancias amilaceas (acção diastastica).

Os doentes, que melhor se prestam para se ensaiar a acção das **Vitaminas** isoladas, são os affectados de disturbios trophicos, na phase de equilibrio (molestias da nutrição.)

Nestes casos, com o uso das **Vitaminas** isoladas, registram-se modificações sensíveis da glycosuria diabetica, as trocas azotadas dos uricemicos e o metabolismo dos obesos.

Faz-se mistér que os ensaios, feitos com as **Vitaminas** isoladas, nos casos de perturbações da nutrição, sejam executados em individuos que não tenham lesões profundas dos órgãos, essencialmente neoplasticas, e assestadas nas glandulas endocrínicas.

Clinicamente, tal qual como se nota nas applicações em animaes avitaminizados, as **Vitaminas** isoladas actúam muito favoravelmente sobre as perturbações do crescimento.

Não é raro registrar-se, com a administração das vitaminas, em individuos de evoluer vagaroso, um surto rapido e inesperado, não só do systema osseo, como tambem, de outras funcções primordiales á existencia.

Esses bons resultados, foram, particularmente, annotados em individuos rachiticos, escorbúticos e depauperados por ataques longos e graves de gastro-enterite cronica.

Essas experiencias e muitas outras, que seria exhaustivo citar, parecem permittir que se recommendem as **Vitaminas** isoladas nos seguintes estados pathologicos:

1.º) Quando o organismo é incapaz de se utilizar das

**Vitaminas** alimentares, o que se caracteriza por varias formas dystrophicas, taes como glycesuria, alterações das trocas azotadas, perturbações da calorimetria.

2.º) Quando o organismo, na sua phase evolutiva de nutrição, não valorisa tambem as referidas **Vitaminas** alimentares, determinando uma série de affecções representadas pelo rachitismo, pelo escorbuto infantil, por certos syndromas anemicos e hemophiliticos e, particularmente, pelas affecções descriptas por Czerni sob a denominação de „perturbação geral do crescimento”.

3.º) Em certos estados pathologicos, nos quaes o organismo, por uma causa morbida, utiliza-se incompletamente das **Vitaminas** alimentares. Neste grupo se classificam a decadencia organica e o enfraquecimento geral, que se observam em certos regimens monotonos, prescriptos pelos medicos em algumas molestias agudas e cronicas como o typho, a nephrite e a diabete, regimens estes que, privados de **Vitaminas**, concorrem, como dissemos acima, para o apparecimento de uma asthenia intensa, que se nota communemente nesses estudos morbidos.

4.º) Nos estados pathologicos occasionados pela falta de **Vitaminas** no regimen alimentar. Aqui se encaixam as denominadas avitaminoses veras, no numero das quaes se encontram o beriberi e o escorbuto, syndromas morbidos que são favoravelmente influenciados pelas **Vitaminas** alimentares (Ganassini e Mancini).

\*\*\*

Do que deixamos dito summariamente, se pôde avaliar o valor immenso das **Vitaminas**, que precisam sahir do dominio especulativo e das quatro paredes do laboratorio para occuparem o lugar que merecem nos arraiaes da biologia e o terreno clinico.

## Endocardite gonococcica maligna, de forma lenta (\*)

(\*) *Extracto de uma comunicação feita pelo Prof. Annes Dias, á Sociedade de Medicina, a 8/6/23, devendo o seu trabalho apparecer na integra na „Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina.*

«A clinica nos apresenta, de vez em quando, problemas cheios de difficuldades, que exigem o maior cuidado na interpretação diagnostica, eivada de embaraços, entrelaçada em mil obices.

Diante da impossibilidade de um juizo seguro pelo só exame clinico, diversos medicos recorreram, durante mezes, aos exames de laboratorio e estes, por sua vez, se mostraram insufficientes para a solução do problema, que, afinal a clinica mesma poude resolver.

O caso, que vamos citar, é um desses exemplos em que a clinica, que cedera a principio, voltou a prevalecer, estabelecendo o diagnostico, cuja etiologia, porém, só ao laboratorio foi possivel demonstrar.

E' que se tratava de uma dessas doenças cuja morphologia morbida varia ao sabor das mais diversas injuncções organicas, ou etiologicas, cujo aspecto clinico impreciso, enganador, de contornos esfumados, permittie as mais diversas conjecturas, pondo á amarga prova o tino do medico, que, ancioso, preocupado, se vê a braços com uma molestia gravissima, mortal, cuja essencia lhe escapa muitas vezes, desafiando, como

se deu durante mezes neste caso, os esforços combinados e continuados da clinica e do laboratorio.

E' verdade que a raridade de taes casos é um dos factores dessa situação apremiante e estamos convencidos de que, á medida que o espirito do clinico mais se preoccupar com a possibilidade da endocardite lenta, mascarada sob varios aspectos, mais facil será descobri-la atravez dos seus disfarces».

Eis o resumo da observação, que nos vae permittir estudar a endocardite maligna gonococcica.

A doente, examinada em meados de Janeiro de 1922, informa que o seu mal data de Setembro, nada adiantado sobre antecedentes hereditarios ou molestias anteriores.

Excessivamente pallida, ella apresentava calafrios diarios, com crises sudorae e violentas oscillações thermicas.

Informa que desde Setembro a symptomatologia era mais ou menos a mesma.

Fôra tratada, durante mais de tres mezes, por diversos collegas, em assistencia continua, combinada ou em conferencias. Soubemos que os diagnosticos haviam oscillado entre septicemia de causa ignorada, appendicite, meningite tuberculosa, malária, febre typhoide etc., e que os tratamentos feitos constaram de injeções intramusculares e endovenosas de collargol, mercurio etc., da administração de uraseptina e da provocação de um abcesso de fixação. O primeiro assistente informou que a doença começara com os signaes de um embaraço gastrico, que cedêra ao uso de calomelanos, dieta etc.; que, tres ou quatro dias depois, tudo desaparecia e a doente se levantara; que, no dia seguinte a febre voltára, queixando-se a doente de dôr na fossa iliaca direita com forte reacção muscular; que foi então feito o diagnostico de appendicite, com o qual concordara um cirurgião chamado em conferencia e que o tratamento medico jugulara taes manifestações abdominaes, *não influindo, no entanto, sobre a febre, que se mantinha.*

O collega diante dessa divergencia interessante resolveu aprofundar o estudo do caso e chegou á conclusão que se achava em face de uma septicemia, cuja causa escapava ás pesquisas. Esse estado se manteve mais ou menos invariavel d'ahi por diante e, em Novembro, a marcha do caso fez pensar em febre typhoide, sendo feita, então, a sôro-reacção de Widal, que foi negativa. A formula leucocytaria, em que se destacava, proeminente, a polynucleose neutrophila, era a seguinte:

|                                  |     |  | %    |
|----------------------------------|-----|--|------|
| Polymorphonucleares neutrophilos | 419 |  | 83,8 |
| » eosinophilos                   | 3   |  | 0,6  |
| » basophilos                     | 0   |  | 0    |
| Formas de transição              | 5   |  | 1    |
| Mononucleares grandes            | 7   |  | 1,4  |
| » macrolymphocytose              | 13  |  | 2,6  |
| » microlymphocytose              | 53  |  | 10,6 |

Uma hemocultura, feita em principios de Novembro foi negativa, assim como outra feita a 23 do mesmo mez.

Os differentes exames de urina então feitos deram os seguintes resultados:

|                    | 7 - 11 - 21    | 14 - 11 - 21   | 25 - 11 - 21   |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| Densidade          | 1019,8         | 1007,5         | 1013,7         |
| Albumina           | traços accent. | traços         | peq.º annel    |
| Pyina              | sim            | 0              | 0              |
| Sangue             | —              | 0              | 0              |
| Pseudoalbumina     | vestigios      | traços         | tr. accent.    |
| Pigmentos biliares | vest. leves    | 0              | vest. leves    |
| Acidos biliares    | vest. leves    | 0              | » »            |
| Excesso de indox.  | traços         | sim            | sim            |
| Reacção            | acida          | alcalina       | alcalina       |
| Sedimento          | raros pyocyt.  | alguns leucoc. | alguns leucoc. |

|                    | 3 - 1 - 22                 | 8 - 1 - 22                                     |
|--------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| Densidade          | 1013,5                     | 1006,3                                         |
| Albumina           | tr. accent.                | annel                                          |
| Pyina              | sim                        | sim                                            |
| Sangue             | 0                          | sim                                            |
| Pseudoalbumina     | vestigios                  | tr. accent.                                    |
| Pigmentos biliares | traços                     | vestigios                                      |
| Acidos biliares    | »                          | »                                              |
| Excesso de indox.  | »                          | »                                              |
| Reacção            | acida                      | acida                                          |
| Sedimento          | reg quantid.<br>leucocytos | muitas hem.<br>muitos pyoc.<br>var. cyl. gran. |

A molestia marchava com pequenas alternativas, quando, em Dezembro, um accidente cerebral, seguido de hemiplegia, sobreveiu. E', então, chamado outro collega que emite a hypothese de uma meningite tuberculosa, sendo feito, nessa occasião, um exame do liquido cephalo-rachidiano, com o seguinte resultado: (12 - 12 - 21)

— lymphocytose intensa  
Exame cytologico — poucos globulos vermelhos  
— raros polynucleares  
Exame bacterioscopico — negativo  
Exame cultural — negativo

Um segundo exame a 17 — 12 — 21, dava:

Wasserman — positivo muito fraco = 0 +  
Nonne — positivo intenso  
Cytologico — muitos globulos vermelhos  
diversos lymphocytos (9 por campo)  
alguns polynucleares

Na mesma occasião, o Wassermann do sangue era positivo fraco (10).

Diante de taes resultados, foi instituido o tratamento mercurial.

Tendo o assistente de então necessidade de ausentar-se, chamou um collega, que logo foi substituido por outro, que pensou se tratasse de um caso de impaludismo e pediu a pesquisa do plasmodio, que foi negativa.

Em Janeiro foi chamado, para tomar conta da doente, o meu particular amigo Prof. U. de Nonohay, a quem devo as notas acima, o qual, dada a gravidade do mal e a necessidade de uma assistencia continuada me pediu que o acompanhasse no caso.

A doente, que vinha soffrendo, durante perto de 4 mezes, de uma grave infecção, pontilhada de calafrios, suores, grandes oscillações thermicas, apresentava-se pallida, com essa pallidez morna, que tem o cunho da anemia secundaria, mas, a não ser isso, o seu estado geral não mostrava a decadencia que seria de esperar diante de um mal tão grave e tão prolongado.

Moça de 23 annos, branca, casada, tivera um filho, de 3 annos agora, nenhum aborto; fôra submettida, um pouco antes de adoecer, a um tratamento gynecologico, que a deixára restabelecida.

O coração batia forte, assim como o pulso; um sopro systolico da base parecia poder ser explicado pela anemia existente; o aparelho respiratorio nada apresentava de anormal; quanto ao aparelho digestivo, havia ligeiro augmento de volume do figado e do baço, notava-se ainda uma certa resistencia dos rectos abdominaes, na parte superior. Havia hemiplegia esquerda; pupillas normaes.

Dos exames de urina, feitos em Janeiro, o ultimo revelava o comprometimento do rim.

Eis que subitamente a doente é acometida de forte dor no braço direito, com ausencia de pulso desse lado: era uma embolia da humeral, que, aos poucos foi cedendo.

Nessa ocasião, examinámos a doente pela primeira vez e encontrámos tambem um foco congestivo na base do pulmão esquerdo. Já então, o quadro não apresentava duvidas, estavam em face de um caso de *endocardite vegetante lenta*, diagnostico assegurado pela triade — anemia, embolias e grandes oscillações thermicas.

Como a familia da doente recusasse novos exames de sangue, e attendendo ao facto de terem sido negativas as hemoculturas feitas até então, resolvemos fazer a medicação antiestreptococcica, pelo facto de ser o estreptococco viridans o agente mais frequente dessa endocardite.

Dias após, sobreveiu outra embolia, desta vez para a perna direita. Um collega então ouvido em conferencia, concordou com o diagnostico de endocardite vegetante e fez o exame gynecologico, que mostrou existirem ainda signaes de metrite; o puz vaginal apresentava alguns exemplares de gonococco, muitos micrococcos Gram — negativos e regular quantidade de diplococcos Gram — positivos.

Voltei a insistir com a familia para que fosse feita nova hemocultura, pois apurára que, para as hemoculturas feitas anteriormente, o sangue fôra colhido pela manhã, á hora, pois, da apyrexia. Exigi um exame á hora do maximo de temperatura e este foi, por fim, coroado de successo: a hemocultura revelou o *gonococco de Neisser*.

A formula leucocytaria se mantinha, mais ou menos a mesma:

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Polymorphonucleares neutrophilos ..... | 427 | 85,4 % |
| » eosinophilos.....                    | 0   | 0      |
| » basophilos.....                      | 0   | 0      |
| F. de transição.....                   | 8   | 1,6    |
| Mononucleares — grandes.....           | 12  | 2,4    |
| » macrolymphocytos.....                | 13  | 2,6    |
| » microlymphocytos.....                | 40  | 2,6    |

O estado geral da paciente ia peorando sensivelmente. Foram, a seguir, feitas injecções de sôro e vaccina anti-gonococcica.

A febre cedeu um pouco, como se pôde vêr no graphico annexo, sem que se pudesse attribuir esse facto, com segurança, á mediação ou á decadencia da resistencia organica.

Nesse quadro de temperatura, bem se pôde apreciar as consideraveis oscillações, que culminaram no dia 28 de Janeiro, em que de 40°8 cahiu, na manhã seguinte a 35°2.

Nos ultimos dias a temperatura se tornou menos elevada, mas mais continua, mais firme, sem as grandes oscillações, emquanto o estado geral decahia, a dyspnéa se installava, com signaes de insufficiencia renal progressiva, parecendo ter sido essa a causa proxima do desfecho fatal.

— Tal foi o caso clinico, fizemos o diagnostico porque, quando vimos o caso, já os signaes se vinham accumulando de tal modo que não era difficil fazel-o, mas os collegas que primeiro o examinaram se viram a braços com difficuldades grandes por lhes faltarem elementos decisivos e por se mostrar alheio o laboratório.

E' bem possivel que a hemocultura tivesse sido positiva anteriormente si a tomada do sangue fosse feita no momento da temperatura maxima e não de manhã, como geralmente se faz nos hospitaes e na clinica civil. Esse ponto se nos afigura de grande importancia e este caso lhe mostra o valor. Aliás na litteratura medica, a cada momento, a proposito de

endocardite lenta, se lê que as hemoculturas foram sempre ou quasi sempre negativas. Assim, Achard e Rouillard (Bull. de la S. med. des Hop. de Paris, 1920), dizem que, frequentemente as culturas são estereis; Lamb e Matthes lembram tambem que muitas vezes ellas são negativas; Hudelo (Traité de Roger - Widal) diz que o diagnostico etiologico muitas vezes só foi feito post-mortem e que «algumas vezes foi positiva a hemocultura».

Si taes culturas forem tentadas no momento do apogeu da temperatura, serão mais frequentemente positivas.

Como si não bastasse tal obice para a exacta determinação do diagnostico, outros muitos surgem para desorientar o medico, — são os que vamos estudar d'aqui a pouco sob o nome de signaes enganadores.

De tudo que foi relatado, se depreheende que o clinico precisa ter bem presente a possibilidade dessa endocardite tão grave quão insidiosa, que reveste aspectos clinicos multiplos. Não será demais que façamos aqui algumas considerações sobre a *endocardite maligna lenta*, insistindo particularmente sobre a *endocardite gonococcica*, visto que esta é a manifestação mais grave dessa infecção tão espalhada e tão desprezada. Não nos occuparemos da endocardite infectante aguda, de marcha rapida e geralmente ruidosa, em que o desfecho se faz em poucos dias; iremos abordar o estudo da forma lenta dessa grave lesão, quasi sempre mortal, que pôde evolver durante mezes, com o aspecto de septicemia, geralmente hyperpyretica, entremeada de accidentes embolicos variados.

O seu conhecimento não é muito antigo, pois foi Osler quem primeiro a descreveu de modo definitivo; d'ella existem duas formas evolutivas, a simples e a vegetante ou maligna, — é desta que vamos tratar.

E' rara, tanto que Meissner, em 20.000 autopsias só a encontrou 20 vezes, mas é mais frequente que a forma simples, plastica ou benigna.

Apresenta-se sob o aspecto de uma septicemia e nada mais é do que uma localisação desta, embora lhe seja muitas vezes o unico signal.

Toda a septicemia chronica deve fazer suspeitar a endocardite lenta septica, pois, como diz Mut, os accessos febris intermitentes, vesperaes, irregulares, não paludicos, se observam de preferencia no decurso de tres processos pathologicos: os processos purulentos, as affecções hepato-biliares e a tuberculose.

Lamb nos diz tambem que uma septicemia sem localisação apparente ou desproporcionada ás lesões apparentes deve levantar a hypothese de endocardite. Lian accentúa a possibilidade dessa complicação em todo o individuo portador de lesão valvular, que apresente movimento febril irregular, com asthenia. Josué chama a attenção para os cardiacos cuja febre não cede ao salicylato de soda, pois pôde haver no caso endocardite lenta.

E' pois necessario apurar a relação existente entre uma septicemia e uma endocardite, toda a vez que aquella se apresentar insidiosa, sem porta de entrada apparente, sendo de rigor a hemocultura, que irá revelar, na maioria dos casos, o estreptococco viridans, outras vezes o baccillo de Pfeiffer, o pneumococco, o meningococco e, mais raramente, o gonococco de Neisser.

#### SYMPTOMAS DA ENDOCARDITE LENTA MALIGNA

A endocardite maligna lenta, quando devida á gonococcemia, tem a particularidade de apresentar *signaes cardiacos menos agudos* do que os observados nas endocardites devidas a outros microbios (Gerynger e Campusano), mas, afóra isso, os outros symptomas lhes são communs, motivo pelo qual a



descrição, que lhe é feita, cabe ás endocardites lentas de qualquer origem.

No caso clinico, que foi exposto, resalta tambem a deficiencia de signaes cardiacos, mas si elles são escassos durante quasi todo o decurso da molestia, para o fim desta elles se apresentam acompanhados de dyspnéa, peso precordial e palpitações.

As lesões cardiacas são geralmente encontradas no coração esquerdo, nos fôcos aortico e mitral e pôdem dar logar a sopros systolicos ou diastolicos, que surgem de um momento para outro e cujo maior valor não está propriamente na sua existencia mas na sua variabilidade.

Ao lado dos casos em que, cedo, ha signaes evidentes de lesão endocardica e daquelles em que estes só tardiamente apparecem, alguns ha em que não existem, casos esses particularmente delicados, pelas difficuldades de diagnostico que apresentam.

Quando insignificantes, os signaes cardiacos pôdem passar despercebidos e só a autopsia vae revelar a natureza do mal.

Esses signaes se mostram com mais frequencia e, digamos, com menos valor nos individuos que já tinham lesões valvulares chronicas; são os casos mais numerosos, pois Osler poudizer que nestes mais facilmente a septicemia determina a localisação cardiaca, tanto que em 3/4 dos casos de endocardite maligna ha lesões anteriores do endocardio. Em taes casos não se observa a variabilidade tão suggestiva dos sopros, a que nos referimos ha pouco.

O pulso, geralmente rapido, molle, tira o seu caracter da localisação valvular: assim, mais vibrante e despresivel na endocardite das sigmoides aorticas, é pequeno nas lesões da mitral. Os signaes vasculares mais importantes nos são dados pelas embolias, que constituem accidentes graves, geralmente tardios, muito frequentes na fórma pyohemica.

As embolias representam um dos signaes mais caracteristicos da endocardite maligna e condicionam um grande numero de symptomas e complicações, como as nodosidades erythemato-dolorosas encontradas nas extremidades, os insultos renaes, os accidentes cerebraes, pulmonares etc.

A gravidade desses surtos embolicos é accrescida pela circumstancia de se tratar de embolos septicos; o seu valor diagnostico é tal que, num doente febril, a sua existencia deve fazer suspeitar logo a endocardite. As embolias visceraes pôdem desorientar ainda mais um diagnostico hesitante, como veremos daqui a pouco, quando estudarmos os signaes enganadores.

A formação de aneurismas periphericos deve tambem despertar a attenção, pois só a syphilis e a endocardite lenta são capazes de os produzir.

Estudados, assim rapidamente, os signaes cardiacos e vasculares, vejamos os *signaes geraes*, que são, indiscutivelmente, os mais importantes.

Elles pôdem preencher todo o quadro clinico, sem que appareçam signaes claros de localisação. Chama, desde logo, a attenção a *pallidez* caracteristica (côr de café com leite), expressão da intensa intoxicação que domina o organismo.

Durante algum tempo, entretanto, certos doentes apresentam um estado geral satisfactorio, logo, porém, apparecem anemia secundaria, diarrhéa, vomitos etc., sendo a anemia, ás vezes, tão pronunciada que faz pensar na anemia perniciosa.

A febre é, de todos os signaes geraes, o mais importante; bastante elevada, com grandes oscillações quotidianas, principalmente na fórma pyohemica, ao passo que na fórma typhoide a febre se mantém mais ou menos elevada, mas com calafrios correspondentes ás reascensões. Na fórma pyohemica os accessos febris, ás vezes consideraveis, como se pôde vêr no graphico do nosso caso, são precedidos de intenso calafrio e

acompanhados de abundante sudação; a temperatura, que se alça a 40 ou 41 grãos, c e rapidamente ao nível normal ou vae mesmo á hypothermia e essas oscillações pôdem durar dias, semanas, mezes ás vezes.

Geralmente continua, a curva thermica pôde mostrar-se discontinua, com remissões em que os accessos são de curta duração, principalmente nos casos muito lentos; mesmo nestes casos, entretanto, pôde a curva tornar-se continua, annunciando o progresso do mal.

Outras vezes a marcha da temperatura mostra toda a sorte de irregularidades, signal que, ao lado do caracter septicemico do caso, deve fazer desconfiar de endocardite.

A febre é, pois, um signal de grande valor, tanto que, em face de uma hyperpyrexia, em que existam lesões hemorrhagicas do rim, ou em que não se verifiquem signaes de febre typhoide ou de tuberculose, é de bom aviso pensar na endocardite maligna. Casos ha em que durante mezes, a febre é o unico signal que traduz a endocardite, chegando o doente a levantar-se até que o enfraquecimento progressivo o obrigue ao leito.

Assim, na maioria dos casos, o medico vê o doente presa de uma septicemia indefinida, abatido, pallido, com cephalalgia, insomnia, vertigens, ás vezes vomitos, outras vezes arthralgias. manifestações cutaneas (petechias, nodosidades erythemato-dolorosas), esternalgia, manifestações renaes (albuminuria, cylindruria, hematurias microscopicas). Isto no periodo de estado, pois o começo sóe ser insidioso, com lassidão, anorexia, dôres articulares vagas, mal estar geral, arrepios discretos, ligeiro movimento febril etc.

Outras vezes, de inicio apparece o quadro do embaraço gastrico ou de um resfriado, mas a continuação dos symptomas, principalmente da febre, que se accentua e se faz acompanhar de outros signaes de toxi-infecção, deixa vêr que se trata de uma septicemia.

E é a impressão de septicemia que vae ter o medico durante todo o decurso da molestia, impressão que mais e mais se accentua com o apparecimento dos calafrios, das oscillações thermicas, da asthenia, da anemia, de phenomenos purpuricos, do comprometimento das funcções renal, hepatica etc. Já as oscillações thermicas, a anemia, as manifestações cutaneas e a hematuria devem fazer pensar na endocardite maligna, cujo diagnostico não soffre mais duvida quando as manifestações embolicas se accentuam e os signaes cardiacos apparecem.

O laboratorio nos informará sobre a leucocytose neutrophila, a anemia, as lesões renaes e, pela hemoculatura, sobre o agente causador da endocardite.

Em seguida, o auctor descreve as varias fórmas clinicas, principalmente a *typhoide* e a *pyohemica*, insiste nos *signaes enganadores*, nas *difficuldades de diagnostico*, faz o *diagnostico differencial* com a febre typhica, as diversas septicemias, o *impaludismo* etc.; estuda ainda o prognostico e o tratamento da endocardite maligna lenta.

## Nota sobre os Relevos da Fossa Temporal

Prof. Fróes da Fonseca

Gustav Albert Schwalbe, um dos mais notaveis anatomistas modernos, descreveu em 1902, 1903 e 1904 interessantes relações entre certos relevos do exo-cranio e os que na superficie cerebral se observam. E isto não só nos mustelideos e mammiferos outros como tambem no homem.

Destes trabalhos não tivemos conhecimento directo. Indicações bibliographicas se encontram como annexo ao ar-