

SINTESE BIBLIOGRAFICA

ENDOCARDITE BACTERIANA SUPERPOSTA A UMA VALVULITE AORTICA SIFILITICA — A. BRAUNSTEIN e S. TOWNSEND — Arch. of Intern. Med., vol. 65, n.º 5, Maio 1940, pg. 957.

Tendo sido encontrados até agora somente 11 casos na literatura, os autores descrevem mais 9 casos pessoais elevando a 20 o numero total. Discriminam 2 tipos de endocardite: aguda, com 7 casos e sub-aguda com 13 casos. O diagnóstico valvular insuficiente, começa a aparecer uma anemia acentuadamente progressiva com pequenos surtos febris sem causa aparente. A lesão é mais frequente no homem onde as lesões sifilíticas são evidentes mas não se encontram sinais de reumatismo febril. O estudo bacteriologico dos casos demonstra quasi sempre a presença de germes piogenicos no sangue, principalmente o estreptococo não hemolitico. Pela autopsia encontra-se além da aortite sifilítica típica, as lesões da endocardite assestadas não no bordo de fechamento da valvula como é a regra, mas sim na base e na superficie ventricular; isto seria explicado pelo feito de que na insuficiencia aortica sifilítica e justamente nestes pontos que existe uma irritação e tensão maiores.

SULFANILAMIDA NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES DO TRACTO URINÁRIO DEVIDAS AO BACILO COLI — L. RANTZ e C. KEEFER — Arch. of Int. Med., vol. 65, n.º 5, Maio 1940.

Os autores estudam 17 casos de infecções do aparelho urinário devida ao bacilo coli. Os melhores resultados foram obtidos nos doentes em que não havia historia de infecção anterior ou nos casos de infecção durante a gravidez. Nos casos cronicos o efeito é mais lento mas em todos eles obtem-se a esterilização da urina. A dose empregada foi geralmente de 2 a 5 grs. por dia, o que dava uma concentração de 3 a 139 mgrs. por % na urina. Foram notados alguns sintomas toxicos provocados pela droga, principalmente a anemia. Foram feitos alguns estudos experimentais sobre 7 cadeias de bacilos coli isolados das urinas dos pacientes. Ficou provado, então, que se a sulfanilamida tem uma ação bacteriostatica sobre o bacilo coli, principalmente na concentração ótima de 800 mgrs. por % de urina. Uma concentração maior de 160 mgrs. e o pH da urina não tem influencia sôbre a atividade do remédio. Não há, no entanto, correlação entre efeito da droga in vivo e in vitro. Assim, o ácido mandelico in vitro tem uma ação bacteriostática superior à sulfanilamida, mas in vivo esta lhe é superior.

NEFRITE AGUDA — J. M. HAYMAN e J. W. MARTIN — Am. Journ. Med. Sc. — vol. 200, n. 4, Outubro 1940.

75 % dos 77 casos de nefrite glomerular aguda seguiram-se à infecção do tracto respiratório superior. A molestia se dá em qualquer idade, porem mais frequentemente antes dos 30 anos. Os principais sintomas de hematuria, hipertensão e edema não se manifestaram em todos os casos. Evidência de comprometimento cardiaco estava presente aproximadamente na metade dos casos submetidos a um estudo adequado. 10 pacientes morreram no hospital, 7 (9%) com nefrite aguda primaria. 52 dos restantes 67 dos restantes 67 pacientes foram seguidos durante um periodo de 6 meses a 8 anos. Destes, 35 (67,3%) pacientes estavam sãos, 9 (17,3%) tinham albuminuria ou hipertensão, ao passo que 3 pereceram em uremia depois de sairem do hospital e 5 tem nefrite glomerular cronica.

ANEMIA E RETENSÃO DE AGUA — DR. MAURICE B. STRAUS e HERBERT J. FOX — Am. Journ. Med. Sc. — vol. 200, n. 4, Outubro 1940.

1.º) Fôra feitas 32 observações em 26 pacientes, cujos valores de hemoglobina variavam de 30 a 94%. Em todos os pacientes provocou-se uma retenção de água, com administração de sais de sodio. A magnitude desta retenção variava inversamente com o nível de hemoglobina, as pessoas mais anêmicas apresentando a maior retenção. Este fenomeno não era devido a um abaixamento concomitante das proteínas ou a um aumento da pressão venosa.

2.º) Observou-se uma excepção do acima dito em 3 pacientes com anemia perniciosa Addisoniana, que não explica a significação retenção de água durante a administração de sodio, a não ser após a administração de figado.

3.º) Anemia por si parece ser um fator capaz de provocar retenção aquosa.

CURVAS DE HIPERTENSÃO NA HIPERTONIA ESSENCIAL — DAVID AYMAN, e ARCHIE D. GOLDSHINE — Am. Journ. Med. Sc. — Vol. 200, n. 4, Outubro 1940.

Em 34 pacientes com vários graus de hipertensão essencial a pressão sanguínea foi examinada durante um longo periodo no hospital e em casa. As verificações a domicilio foram marcadas muito cuidadosamente duas vezes por dia durante semanas ou mezes pelo proprio paciente ou alguém da familia. O estudo mostra que a verificação da pressão sanguínea diastólica e sistólica a domicilio são mais baixas do que as feitas no hospital em todos os casos de hipertensão essencial. Em 30% dos casos as verificações da pressão sanguínea a domicilio eram 40 mm. ou mais inferiores as da clinica e em 24% as verificações diastólicas a domicilio eram 20 mm. ou mais inferiores as da clinica. O metodo não provocou neurose ou dano em nenhum paciente. Os pacientes que apresentavam apenas uma ligeira diferença entre as verificações a domicilio e as da clinica tinham comparativamente em geral pequenas flutuações da pressão sanguínea de um diapa para outro. O metodo de pressão sanguínea a domicilio é util para mostrar ao paciente a natureza de sua molestia, ajudar o medico a observar melhor o curso natural da molestia, auxiliar o prognostico do caso individual e permitir o estudo do efeito da terapeutica.

ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRAFICAS TARDIAS NA OCLUSÃO CORONARIA — DR. SIDNEY STRAUSS — Am. Journal Med. Sc., vol. 200, n. 4, Outubro 1940.

São mencionados 5 casos nos quais o diagnostico de oclusão coronária era clinicamente tipico desde o começo e o eletrocardiograma só demonstra alterações depois de alguns dias. Num caso (caso 3) as alterações eram minimas e não permitiam diagnóstico definitivo sem a história do paciente.

1.º) Uma anamnese adequada é muito importante para o diagnóstico de oclusão coronária, como para todas as molestias.

2.º) O diagnostico não pode ser deixado ao laboratorio eletrocardiografico somente, porem deve ser feito pelo clinico, com base em todos os dados verificaveis.

3.º) O eletrocardiograma negativo não permite excluir o diagnóstico de oclusão coronária.

HIPERTROFIA CARDIACA CAUSADA PELO DEPOSITO DE GLÍGOGÊNIO EM RAPAZ DE 15 ANOS — ANTOPOL, BOAS LEVISON, FRECHMAN — Am. H. J., vol. 20, n. 5, Nov.º 1940.

Os AA. apresentam dois casos de hipertrofia cardiaca de etiologia desconhecida.

Estudam o teor de glicogênio do musculo e concluem por uma degeneração glicogênica do coração, achando que muito dos casos tidos como idiopáticos, aqui se enquadram.

ESTUDO RADIOLOGICO DA TUBERCULOSE GASTRICA —

ALFRED J. ACKERMANN — Am. Journ. of Roentgenology, vol. 44, Julho 1940, pg. 59.

A tuberculose gastrica é extremamente rara em contradição com a frequência da tuberculose intestinal terciaria. Varia de 1/2 a 2% ao passo que a tuberculose intestinal atinge 90% dos casos de tuberculose avançada, o que significa uma grande resistencia gastrica à infecção. Esta resistencia é atribuida, em parte ao menor desenvolvimento do tecido linfático e em parte à ação do suco. A tuberculose gastrica pode revestir 4 formas principais: 1.º) tuberculos miliares dissimados; 2.º) grandes focos tuberculosos; 3.º) ulcera tuberculosa; 4.º) tuberculose hipertrofica. A primeira forma se encontra na tuberculose miliar generalizada; a segunda parece ser derivada de uma linfangite tuberculosa; a terceira forma ulcerosa é a mais frequente e pode manifestar-se sob a forma de lesão unica ou multipla e a ulcera pode ser profunda e atingir a serosa; 4.º — a forma hipertròfica, tumoral, pode assumir os caracteres clinicos e radiologicos de cancer estenosante. Frequentemente nesta forma existem grandes tumores ganglinares concomitantes.

Modo de infecção — A tuberculose gastrica pode derivar: de uma infecção direta, de uma infecção hematogênica, linfatica ou propagada atravez a serosa. A localização mais frequente é a pre-pilórica, desenvolvendo a sintomatologia de uma obstrução progressiva. Pode existir hiper ou anacloridria. O diagnostico pode ser suspeitado quando em individuo moço, com tuberculose, sem historia gregressa de ulcera se desenvolve uma estenose pilórica.

Exame radiologico — Os sinais radiologicos não são patognomonicos. Os sinais se confundem na forma hipertrofica com os do carcinoma proliferativo. O autor apresenta 3 casos; um dos quais foi diagnosticado como ulcera da 2.ª porção do duodeno; o 2.º apresentava um grande espessamento da mucosa gastrica, tido como de origem linfoblastomatosa. No 1.º caso ha a salientar a localização atipica da ulcera e a estenose duodenal longa e filiforme. No 2.º caso existiam numerosas pequenas irregularidades do antro em toda a sua extensão. A mucosa gastrica apresentava-se espessada com numerosos depositos de contraste entre as dobras. Um terceiro caso apresentava irregularidades não do antró gastrico como tambem do duodeno. Existe no quadro radiologico uma associação de sinais benignos e malignos, que fazem suspeitar a natureza do processo. A concomitancia de sinais radiologicos, gastricos e duodenais, deve ser levada em consideração lembrando a possibilidade do diagnostico.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL DO DELGADO POR CALCULO

BILIAR — JAMES M. FLYN — Am. Journ. of Toentgenology, vol. 44, Julho 1940, pg. 69.

O autor apresenta a observação cirurgica de uma senhora de 61 anos sem antecedentes vesiculares.

Apresentou-se com fortes dores abdominais, vomitos, quadro de obstrução parcial.

Pelo exame radiologico verificou-se apenas a existencia de ileus. Não existiam sombras calculosas opacas.

Com o diagnostico de obstrução do ileo terminal foi feita a intervenção cirurgica que demonstrou a existencia de um grande calculo de colessterina encravado na ultima alça do ileo.

Chama a atenção para a impossibilidade do diagnostico etiopatogenico em virtude da transparencia do calculo.

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).