

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVII

JULHO DE 1938

N. 7

Publicação mensal

2361

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1938

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMO

Doc. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica
(Interino)

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADI HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
ANES DIAS
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
J. MAIA FAILACE
AMERICO VALERIO
ALVARO B. FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO G. VALENTIM
HELMUTH WEINMANN
WALDEMAR NIEMEYER

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
VALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
JACÍ MONTEIRO
J. L. T. FLÔRES SOARES
NINO MARSIAJ
CARLOS CARRION
J. LISBÔA DE AZEVEDO
C. LUPI DUARTE
LUIS S. BARATA
ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:

RUA GENERAL CAMARA, 261

Caixa postal, 872



Sumario

Trabalhos originaes

HUGO RIBEIRO e CARLOS TIETHBÖHL — Um caso de Monilethrix	Pág. 331
E. J. KANAN — Osteocondrose de crescimento	„ 335
MIGUELOTE VIANNA — As actividades do laboratorio em torno da Epi- demiologia da Febre Tifoide	„ 345

Sociedade de Medicina

Discurso de posse do Prof. Saint Pastous na Faculdade de Medicina	„ 351
Evolução historica da Vitamina F	„ 355
Atas	„ 361

Notas terapeuticas

Notas Terapeuticas	„ 369
--------------------------	-------

Secção de Cirurgia

Boletim da Secção de Cirurgia de Sociedade de Medicina	„ 371
--	-------

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulante
— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

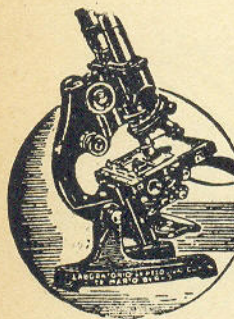


F. M. P. A.

BIBLIOTECA

Reg. n.º

Em 13/5/61



Laboratório de Pesquisas Clínicas

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305

ALTOS DA LIVR. AMERICANA

TELEFONE 6596

Servico Noturno, Tel. 5188

Um Caso de Monilethrix

pelos

Drs. Hugo Ribeiro e Carlos Giethbühl

No mez de Março do corrente ano, pela primeira vez, apresentou-se em nosso serviço hospitalar, uma mulher natural da Rumania, israelita, casada com um patricio e com o fim de consultar sobre uma afecção do couro cabeludo e dos cabelos em um filho de 2 anos e meio de idade.



Fig. 1

A mãe do doente é uma mulher robusta, com aspéto de gozar muito bôa saúde e não tem em seu passado nada digno de nota. Ela informou que seu marido tambem é sadio.

Estão casados ha 4 anos e têm 2 filhos, nascidos em partos normais, sendo o menino de nossa observação, o primogenito.

Até a idade de 5 mezes a criança desenvolveu-se bem, sem ser atingida por qualquer doença propria da infancia e com uma cabeleira

perfeitamente normal. A partir dessa idade os cabelos começaram a quebrar, muito próximo á péle, de tal modo que em pouco tempo, ficou a cabeça com o aspéto que hoje se observa. Após iniciar-se essa doença, a criança teve sarampo de forma benigna e leves disturbios gastro intestinais.

Entre os muitos parentes não se conhece uma só pessoa com o mesmo defeito.

Trata-se de um menino de bom aspéto geral com uma curiosa anormalidade na formação dos cabelos.

A cabeleira é constituída de cabelos muito curtos, parecendo que eles foram cortados rente á péle, salvo na parte superior onde se notam muitos com 4 a 5 centímetros, finos e lanosos. Todo o couro cabeludo é de aspéto granitado e cada uma dessas pequenas saliências que dão o aspéto de conjunto, corresponde a uma abertura folicular com um cabelo muito curto, discretamente enrolado.

Arrancando um desses cabelos e observando-o atentamente, já se pode ver a olho nú, que não é normalmente liso e sim, cheio de saliências, regularmente dispostas.

Quanto ao resto do tegumento cutaneo, digno de nota é um discreto processo de keratose pilar na metade superior da face posterior de cada braço. Levando ao microscopio, podemos observar os cabelos com uma serie de estrangulamentos e dilatações, essas em forma de fuso, perfeitamente iguais umas ás outras, seriando-se de um modo muito regular, como as contas de um rosario.

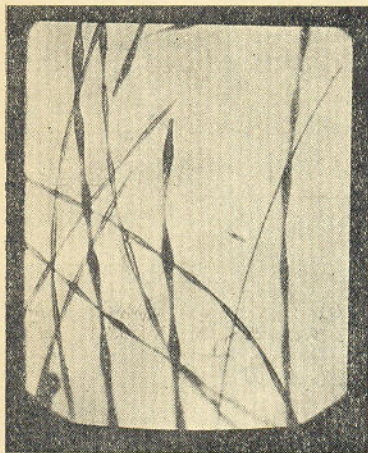


Fig. 2

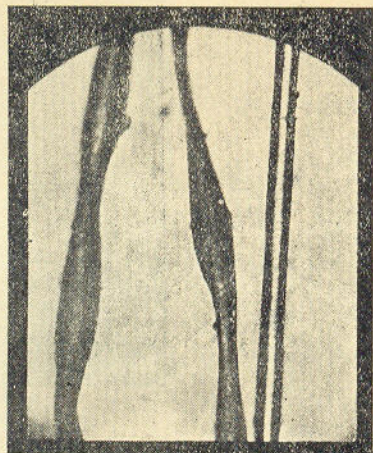


Fig. 3

Os cabelos fraturam-se nos pontos estrangulados e, em muitos deles, já quebrados, nota-se bem, que no estrangulamento situado entre os dois ultimos fusos, nova fratura se faz, o que deixa claramente ver a razão pela qual os cabelos não crescem (Fig. 4).

O diagnostico desse caso de monilethrix, não comporta grande discussão, porque ele se impõe pelo aspéto dermatologico clinico e sobre-

tudo pelo exame microscópico dos cabelos. Não se compreende uma confusão nem com a piedra nem com a trichorrhexis nodosa, também chamada doença da perola, nem com alguma modalidade de tinha; e nenhum diagnóstico diferencial teríamos a fazer, si não soubessemos da existência de uma raríssima districose, já mencionada por Unna em 1900, descrita por Rieck em 1922 com o nome de trichokinesis e que mais tarde apareceu no tratado de Jadassohn, em capítulo especial, descrita por Galewisky com o nome de "PILI TORTI".

Essa distrofia não é descrita nos principais livros de dermatologia franceses e só apareceu, ultimamente, nas revistas, a propósito de vários casos apresentados com aspecto familiar por Touraine e seus colaboradores. Golé — Hubner — Weissenbach — Lièvre e Bour.

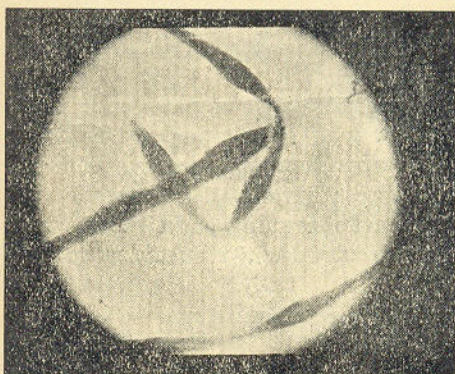


Fig. 4. Após tratar os cabelos com solução de potassa a 30%, ligeiramente aquecida. Vê-se um cabelo fraturando-se em um ponto estrangulado.

Clinicamente já ha, no Pili-torti, uma diferenciação, nas multiplas alternativas de brilho e obscuridade que se notam ao olhar a cabeleira, o que não se constata no Monilethrix. Essa manifestação é atribuída ao fato, no Pili-torti, os cabelos se achatam em fita que se torce, de tal modo que o brilho que se faz no cabelo ao receber de face a luz, é interrompido nos pontos de torção onde ela bate em seu perfil estreito.

No Pili-torti se observa o primeiro estrangulamento, 2 ou 3 centímetros distante da abertura folicular e os espaços entre os estrangulamentos são de 8 a 12 milímetros, ao passo que, no Monilethrix, o cabelo já sai das aberturas foliculares, com os fusos característicos e muito mais aproximados.

Em um estudo comparativo as diferenças existentes não nos aparecem de molde a termos uma segurança na separação das duas districoses. Todas as explicações dadas, em um e outro caso, para as alternativas de estrangulamentos e dilatações que sofrem os cabelos, não são precisas, de tal modo que nenhuma surpresa teremos no dia em que alguém demonstrar que Monilethrix e Pili-torti são pequenas modalidades de um mesmo mal.

Pensamos que as alterações do cabelo feitas de um modo tão regular, tanto num como em outro caso, sejam nascidas no interior do

foliculo, profundamente alterado, mormente no Monilethrix. Nessa distrofia tambem deve haver como na outra uma torção capilar.

Ao apresentarmos esse caso á Sociedade de Medicina, queremos tão somente registra-lo como uma curiosa afecção, muito raramente observada, considerada por Sabouraud como uma deformidade rara, de prognostico bastante grave e que exige um longo tratamento.

Essa malformação do cabelo pode aparecer isoladamente em uma familia, como no caso que aqui apresentamos e tambem como um mal hereditario e familiar. Sabouraud declara que pode reunir uma trintena de casos, em uma mesma familia, em cinco gerações e em circunstancias que permitiam verificar as leis mendelianas. Cada casal tinha metade dos filhos com a malformação e outra metade não; e entre os descendentes daqueles que não herdaram a deformidade, ele não constatou um só caso, enquanto que os atingidos reproduziam por metade filhos sãos e filhos com monilethrix; assim se fazia notar a influencia do sangue extranho em cada casamento.

Esse nosso eminente mestre nada nos diz sobre a patogenia dessa curiosa anormalidade que considera incuravel, mas capaz de melhorar bastante para que os pacientes possam abandonar a peruca. Em nenhum dos casos observados pode suspeitar a heredo-sifilis como causa.

Como tratamento, aconselha a applicação regular cada noite e por massagem, de uma pomada cadica que diz produzir resultados surpreendentes.

Darier considera o Monilethrix ou aplasia moniliforme como uma distrofia rara, familiar e hereditaria, visinha da keratose pilar e da ictiose, e é levado a admitir a hipotese levantada por Golay, de que as alternativas de dilatações e extrangulamentos do cabelo são em virtude de alternativas de dilatação e de atrofia que sofre a papila, comparavel a uma pulsação cujo ritmo é diario.



IODAMÉLIS

IODOTANNINO COMPLEXO

Iodo-iodureto
de Potassio

Hamamelidino

CIRCULAÇÃO
NUTRIÇÃO

*Modificador total
das*

PERTURBAÇÕES ARTERIO-VENOSAS

e das

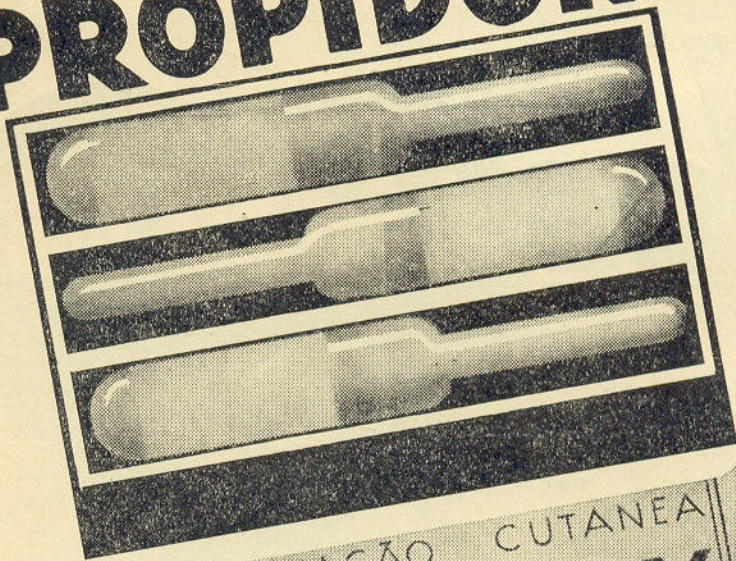
PERTURBAÇÕES DO METABOLISMO

DOSES:

De 20 a 50 gotas
às 2 principais
refeições. 3 semanas
por mez.

Labs. J. LOGEIS - 71 Avenue de Clamart - Issy - les - Moulineaux - Prés PARIS
Agentes para o Brasil: Labs. PRIMÁ - Caixa Postal 1344 - RIO DE JANEIRO

VACCINAÇÃO ANTIPYOGENICA
PELO
PROPIDON



2 PRODUCTOS CLASSICOS
DA VACCINOTHERAPIA



CORRESPONDENCIA :

Rhodia

CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

Osteocondrose de crescimento

E. J. Kanan

Docente de Clinica Cirurgica Ortopedica e Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de P. Alegre

Constitue a *Osteocondrose de crescimento* um vasto e interessante capitulo da Ortopedia, cujo conhecimento é, relativamente, muito recente, pois data dos primórdios deste seculo.

Sob a denominação de *Osteocondrose de crescimento*, dada por A. Salvati (Buenos Aires), encontram-se diversas afecções ósseas no periodo de crescimento, e que se encontram espalhadas nos livros e revistas de medicina com outras designações, permitindo confusão e desconhecimento, que muito contribuiu á sua pouca difusão e conhecimento entre os medicos. Este autor conseguiu reuni-las sob uma mesma nomenclatura, e procurou estudar a sua patogenia e a sua terapeutica conforme os conhecimentos atuais. E, assim, afecções ósseas com nomes diferentes, se acham englobadas numa denominação unica, facilitando o seu estudo e a sua compreensão.

Não faço aquí senão divulgar esses conhecimentos, retirando da excelente monografia de Salvati, intitulada *Osteocondrosis de crecimiento*, as noções mais importantes.

Sua importancia. — Este capitulo da patologia ortopedica é um assunto de atualidade e de grande interesse, ainda sujeito á muitas pesquisas scientificas para um melhor conhecimento da sua patogenia e uma melhor orientação terapeutica.

Não é uma afecção tão rara como se supõe. A sua raridade provem do seu pouco conhecimento pelo medico pratico, e porque depende do auxilio da radiologia. Muita razão têm Mouchet e Roederer, quando afirmam em relação á *ostecondrose*: "*aquí a radiografia é tudo; a clinica nada*". Frequentemente passa despercebida porque desenvolve uma sintomatologia frusta, pouco ruidosa, e com uma evolução que caminha rapidamente para a cura. Nem sempre, infelizmente, é assim, terminando algumas vezes por deixar sequelas definitivas, que prejudicarão posteriormente a função.

Localização. — E' uma afecção essencialmente dos ossos no periodo de crescimento, atacando todos os pontos de ossificação no seu periodo de maior atividade osteogenica. Todos os ossos estão, por consequência, sujeitos á essa afecção, de natureza ainda não determinada.

São mais estudadas, segundo o autor e o ano da sua descoberta, as seguintes localizações:

Apofisite tibial anterior, descrita, em 1903, quasi que simultâneamente por OSGOOD (Boston) e SCHLATTER (Berlim).

Escafoidite tarsica e Osteocondrite da rótula, em 1908, por KOEHLER.

Osteocondrite deformante juvenil da anca, cu molestia de *Legg-Perthes-Calvé*, ou ainda *coxa plana*, em 1910, por LEGG, e depois por CALVÉ e PERTHES.

Apofisite do calcaneo, em 1912, nos EE. UU, por SEVER.

Epifisite da cabeça do segundo metatarsico, em 1915, por KOEHLER.

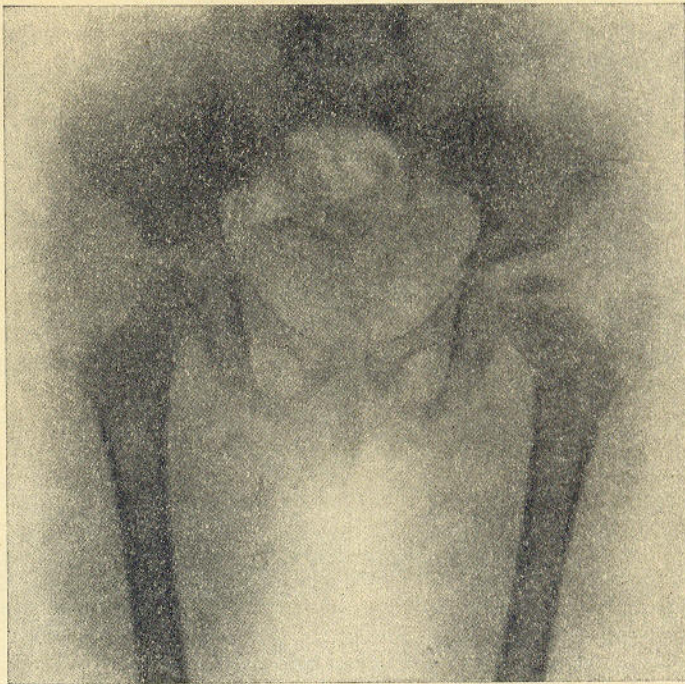


Fig. I — Giselda E. 5 anos, br., bras. — Osteocondrose de crecimento da epifise femural superior E. Achatamento do nucleo cefalico e aumento do espaço articular. (Obs. pessoal).

Osteocondrite da rótula, em 1920, por SINDING LARSEN e JOHASSON.

Epifisite vertebral, em 1921, por SCHEURMANN.

Osteocondrite vertebral, em 1924, por CALVÉ.

Osteocondrite isquio-pubica, em 1924, por VAN NECK e VALTANCOLI.

Osteocondrite do condilo umeral, em 1927, por PANNER.

Além dessas localizações, a *osteochondrose* pôde ter por séde a epifise superior do umero, o condilo interno do femur, a crista iliaca, etc.

Nomenclatura. — Já chegou a hora de dar uma denominação uniforme ás afecções acima referidas, conhecidas por outras designações, contribuindo para estabelecer confusão no seu conhecimento.

As denominações pelo nome do autor ou dos autores, de distrofias óseas, de epifisites e apofisites, e de osteocondrites, todas pecam pela sua pouca base etiologica. As primeiras devem ser evitadas porque trazem confusão com outras afecções de natureza diversa, quando não são conhecidas com outros nomes em países diferentes. A denominação de distrofias ósseas é muito generica, porque abrange outras entidades patológi-

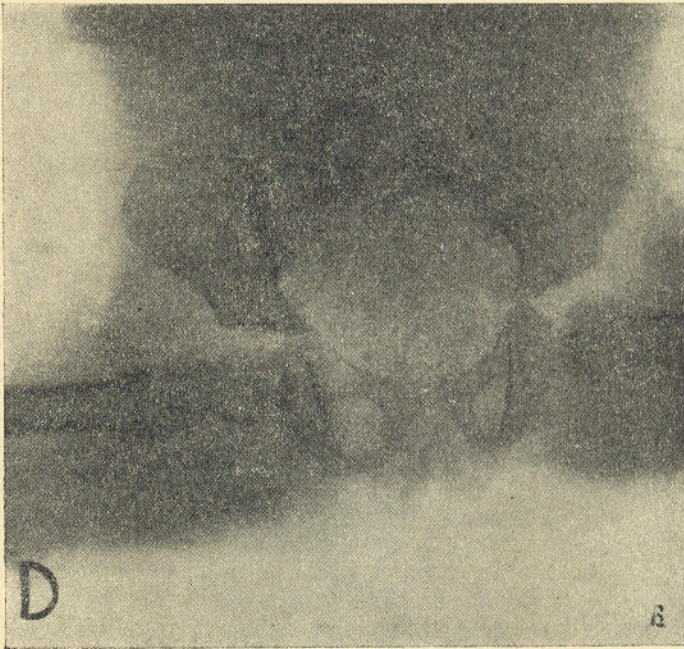


Fig. II — Posição de flexão-abdução. Radio tirada na mesma época que a da fig. I. Nota-se, além do aumento do espaço articular, uma alteração da estrutura óssea com zonas mais escuras que outras, e uma irregularidade dos contornos da cartilagem diartrodial.

cas. Os nomes de epifisite, apofisite e osteocondrite, com a terminação em *ite*, que significa inflamação, devem ser abolidos, porque até agora não foi determinado o agente causal dessas afecções ósseas, e o exame histo-patologico tem sido negativo em relação á infecção de qualquer natureza. Salvati propõe o nome de *osteochondrose de crescimento* seguido da localização óssea, baseando-se no facto de se tratar dum processo morbido, que vai assésstar-se sobre os nucleos ossificadores primitivos ou secundarios. Assim, p. ex., a apofisite calcaneana seria denominada de *osteochondrose de crescimento do calcaneo*, a molestia de Legg-Perthes-Calvé de *osteochondrose de crescimento da epífise superior do femur*, etc. É, no momento, a melhor, uma vez que não se póde estabelecer uma nomenclatura fundamentada numa concepção etiopatogenica.

E' preciso, não obstante, separar deste grupo outras osteocondróses, resultantes dum processo discondroplásico, como o genu-valgum, a doença de Madelung, etc., motivadas por uma alteração de desenvolvimento da cartilagem conjugal.

Patogenia. — O mecanismo de produção da *osteocondróse de crescimento* não está ainda de todo elucidado, reinando ainda muita obscuridade, a-pesar-de se ter avançado muito nesse terreno, o que muito contribuiu para uma nova concepção terapêutica.

a) **TEORIA EMBÓLICA.** — AXHAUSEN anunciou, primeiro, a teoria embólica, esteiado em elementos de ordem anatomopatológica, caracterizados por *infartos anêmicos* encontrados nas zonas atacadas de osteocondróse, e que vão determinar focos de *necrose aséptica*. Como consequência, resulta uma destruição das trabéculas ósseas que altera a arquitetura do osso. Nos casos não convenientemente tratados, a sobrecarga do corpo vem agravar mais a alteração da arquitetura óssea. A destruição trabecular redundava num esfarelamento ósseo, cujo entulhamento vai prejudicar a reconstrução do osso, si não fôr tratada na devida medida a afecção.

Conquanto a necrose aséptica seja aceita por muitos autores, o que não está admitido totalmente é o mecanismo da sua produção por fatores embólicos de natureza discutida, os quais uma vez localizados nas artérias do tipo terminal causariam a isquemia (Salvati). Efetivamente, em mais duma centena de casos comprovados pelo exame anatomo-patológico, não foi evidenciada nenhuma oclusão embólica. Doutra parte, nas doenças embólicas não se tem observado osteocondróses. Ha ainda um argumento de natureza anatomofisiológica que depõe contra a origem embólica: a nutrição arterial das epífises nas crianças e adolescentes é independente da do resto do osso; uma vez, porém, que desaparece a barreira da cartilagem conjugal, pela soldadura óssea da epífise á diafise, no adulto, a rêde arterial epifisaria se anastomosa com a da medula e da diafise; pari-passu os sintomas deveriam desaparecer, uma vez restabelecida a circulação sanguínea, mas na realidade nada disso acontece, porque os sinais clínicos e anatomo-patológicos persistem por muito mais tempo ainda. (Salvati).

b) **TEORIA TRAUMÁTICA.** — O traumatismo é invocado por muitos autores como sendo a causa da *osteocondróse de crescimento*. O traumatismo pôde ser violento e unico, ou minimo e repetido, fazendo sentir-se sobre os pontos ósseos em crescimento. Tais são as trações tendinosas (tendão de Aquiles, agindo sobre o seu ponto de inserção calcaneano; tendão rotuliano, atuando sobre a apófise tibial anterior, etc.), as trações ligamentósas (o anel fibroso do disco intervertebral fazendo tração sobre o disco vertebral, permitindo o aparecimento da epifisite vertebral), as pressões diréttas sobre as regiões ósseas (cabeça do segundo metatarsico premida por calçado apertado e de salto alto). Ha alguns que só admitem o traumatismo, como causa da *osteocondróse*, associado, porém, á outros fatores: distúrbios endócrinos, infecções, distrofias congênitas de ossificação, raquitismo, etc.

Negado por outros por muito simplista, é fóra de duvida que é uma das grandes causas contribuidoras para a eclosão do mal.

e) **TEORIA INFECCIÓSA.** — A *osteocondróse de crescimento* seria produzida para certos autores por uma infecção bem caracterizada, ou bem atenuada, o que explicaria neste ultimo caso a sua sintomatologia pouco ruidosa. Os germes apontados são: o estafilococo por muitos, os da lues e bacilóse por poucos. Autores ha que contestam duma maneira absoluta a origem infecciósa.

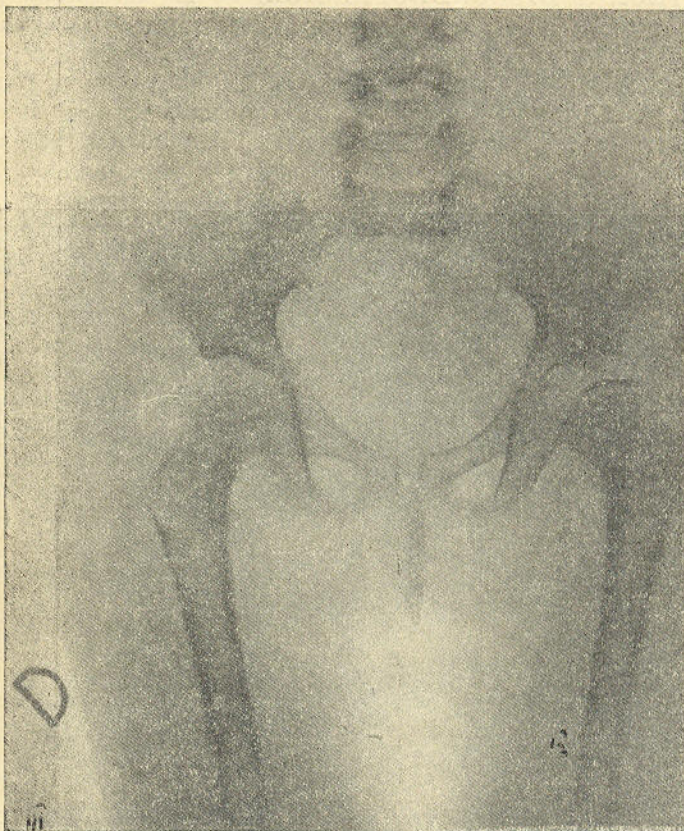


Fig. III — 1 mês após. Nucleo cefalico reduzido a um disco, em consequencia dum maior achatamento produzido pela carga do corpo e pela evolução do processo morbido.

d) **TEORIA NERVÓSA E VASCULO-NERVÓSA.** — NOWT-JELNOFF, tendo encontrado perturbações na sensibilidade do nervo ciatico popliteu, em seis casos de osteocondróse da cabeça do segundo metatarsico, emitiu a teoria nervósa, e explicava que a neurite determinaria disturbios trófoneuróticos capazes de fazer aparecer a afecção óssea. Como contra-prova se tem que nas ciaticas, nevralgias, costelas cervicais, etc., nem sempre se encontram perturbações trófoneuróticas, e muito menos a *osteocondróse*.

Leriche procura explicar esta afecção como causada por uma hipe-

remia ativa de origem simpática, que se observa na osteocondrite deformante juvenil da anca. É a teoria vasculo-nervosa de Leriche. Como se explica, entretanto, a condensação óssea que aparece precocemente na escafoideite tarsica? Outras objeções poderiam ser apresentadas para refutar a origem exclusiva vasculo-nervosa.

e) **TEORIA DISCONDRÓPLASICA.** — É sustentada por Ombrédanne, e teria como causa a aberração osteoformadora da cartilagem de conjugação ou do núcleo cartilaginoso de ossificação, que dará origem aos núcleos primitivos e apofisários. A aberração se daria quer no sentido da repartição óssea, quer como anomalia de qualidade na formação óssea da cartilagem de conjugação. A anatomia patológica da

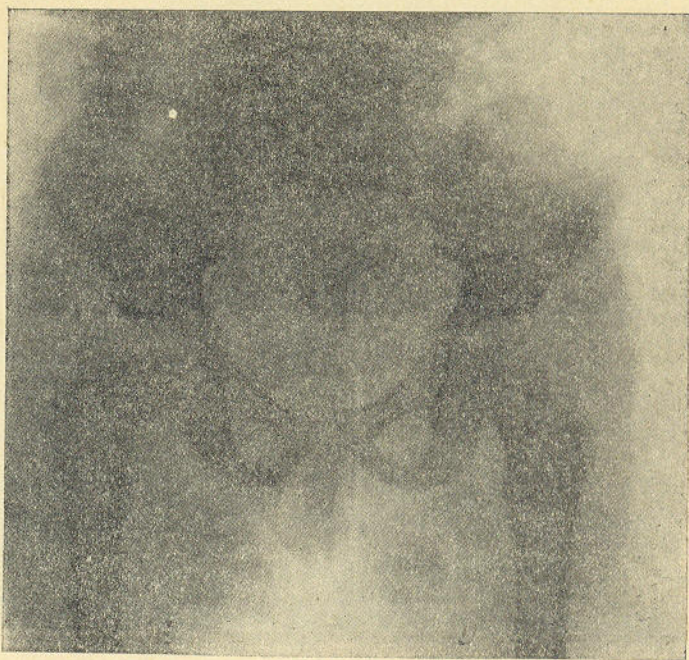


Fig. IV — Algumas semanas mais tarde a rádio revelou uma fragmentação do núcleo cefálico, que se apresenta formado por diversas porções de condensação variada com aspecto da pele do leopardo.

osteocondrose de crescimento não fala em desvio de desenvolvimento da cartilagem osteoformadora, e, sim, em focos de necrose aséptica óssea. Outro argumento que invalida esta teoria é o seguinte: as alterações se observam do lado contrario da zona fértil da cartilagem. É o que se pôde apreciar perfeitamente ao nível da epífise superior do fêmur nos casos de osteocondrose, em que as alterações asséstem sobre o núcleo cefálico, deformando-o, quando elas deveriam ser observadas ao nível da cartilagem conjugal contigua á metafise, si se admitisse a teoria discondróplásica.

f) **TEORIA ENDÓCRINA.** — A disfunção endócrina seria a causa da *osteocondróse de crescimento*. Muitas são as glandulas de secreção interna, cuja perturbação póde determinar uma parada no desenvolvimento ósseo ou uma alteração da sua estrutura, caracterizada por rarefação óssea, amolecimento ósseo, raquitismo, osteomalacia, etc. A disendocrinia deve ser considerada como um fator de associação á outros fatores, e não exclusivo, na explicação patogénica da osteocondróse.

g) **OUTRAS TEORIAS.** — Além das que foram apontadas acima, outras teorias foram apresentadas, tais como: o raquitismo, os vícios congénitos do nucleo de ossificação, as avitaminóses, a predisposição hereditaria, etc., como causas determinantes dessa affecção óssea.

Em resumo: todas elas têm um pouco de razão, mas nenhuma explica por si só o seu aparecimento. Ha, porém, um facto que está perfeitamente assentado e estudado, resultante das pesquisas anatomo-patológicas, que é a *necróse aséptica*. Toda teoria que quizer explicar a formação dessa entidade mórbida, deve também explicar a produção dos focos necrosados. Parece, entretanto, que o mecanismo de formação das partes ósseas degeneradas, tem no fator vascular um elemento fundamental. Com efeito, uma isquemia localizada em territorio irrigado por vasos terminais deve determinar uma necróse, que na ausencia de germes deve permanecer aséptica, donde a ausencia de fenomenos inflammatorios.

Estudos feitos sobre a irrigação óssea, principalmente sobre a cabeça femural, o escafoide tarsico, o corpo vertebral, etc., concluem numa circulação arterial do tipo terminal, favorecendo o estabelecimento duma isquemia e conseqüentemente um foco de necróse.

Após varios estudos pessoais, e baseado ainda nos dos outros autores, Salvati chega á seguinte conclusão:

Em condições normais as causas produtoras destas isquemias pódem dividir-se em:

a) **CAUSAS DETERMINANTES:** traumatismos;

b) **CAUSAS PREDISPONENTES:** uma série de fatores que pódem crear diréta ou indirétamente um deficit nutritivo ou de crescimento nas zonas de ossificação, tornando-as mais vulnerantes ao trauma como agente determinante das alterações isquemicas: raquitismo, alterações endócrinas, lues, deficit alimentar, crescimento rapido e vícios congénitos de crescimento.

Resumindo: um fator traumatico, agindo só ou associado a fatores predisponentes de causa diversa, origina isquemias em zonas de crescimento, produzindo focos de necróse aséptica, substratum anatomo-patológico tipico da osteocondróse de crescimento (Salvati).

Sintomatologia. — Os sinais clinicos são variaveis na sua intensidade. Dôr local expontanea ou provocada, continua ou intermitente. Deformidade da região, quando ha profundas alterações da arquitetura óssea, determinando uma deformação do osso atingido, que repercutirá sobre a região doente. Impotencia funcional, edema, atrofia muscular,

hipertrofia glanglionar do segmento do membro doente, podem existir em graus variáveis assim como podem estar ausentes, quando a sintomatologia é escassa e a evolução caminha para a cura rápida.

Muitas vezes os sinais clínicos são frustos, e só a radiologia permitirá o diagnóstico. As imagens radiográficas são, então, dum auxílio prestimoso, evidenciando lesões típicas que facultam a sua diferenciação com outras afecções ósseas, passíveis de confusão quando consideradas pelos sinais clínicos apresentados no início da afecção.

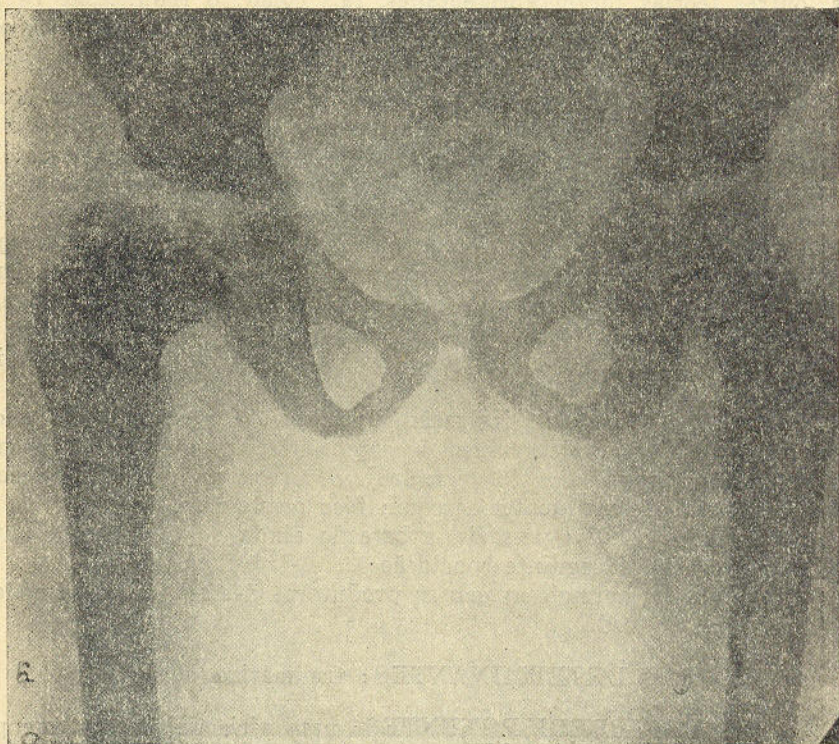


Fig. V — Poucos meses depois, já se observa uma reparação óssea ao nível da cabeça femoral, onde os pedaços da fragmentação se apresentam com maior condensação e mais numerosos, estabelecendo-se a sua ligação. O côlo femoral está deformado e aumentado de volume.

Sinais radiográficos. — As radiografias mostram no período inicial uma nitida descalcificação, com conservação dos contornos ósseos. Mais tarde, em virtude do derrubamento da arquitetura óssea, determinado pela fragmentação trabecular com o acrecimo da carga do corpo, ha um achatamento ósseo. O espaço articular acha-se aumentado. Num período mais avançado da afecção, evidencia-se uma fragmentação óssea, apresentando-se a imagem radiográfica com o aspecto da pele de leopardo, com manchas claras entremeadas de manchas escuras. Nota-se, ao mesmo tempo, uma maior desformação óssea. No período de reconstru-

ção óssea, a estrutura normal pôde ser readquirida, porém, a deformidade permanece como seqüela definitiva, que, em certas zonas ósseas, poderá determinar ulteriormente uma perturbação funcional grave. É o que se observa frequentemente ao nível da cabeça femoral, nas osteocondróses da anca, em que uma inadaptabilidade da cabeça femoral deformada num cotilo incongruente, determinará mais tarde uma artrite deformante com grave prejuízo para a função do membro. (V. figs. 1, 2, 3, 4, 5, 6).

Evolução. — Muitas vezes a afeção evolve sorrateiramente, com uma sintomatologia frusta e caminhando rapidamente para a cura. Não se pôde prevêr nesses casos o futuro funcional, que pode ser bom ou então mau. As alterações estruturais são de tal monta que deixam deformidades bem apreciáveis, com grave prejuízo para a função, e entretanto os sinais clínicos foram insignificantes e disproporcionais ás lesões ana-

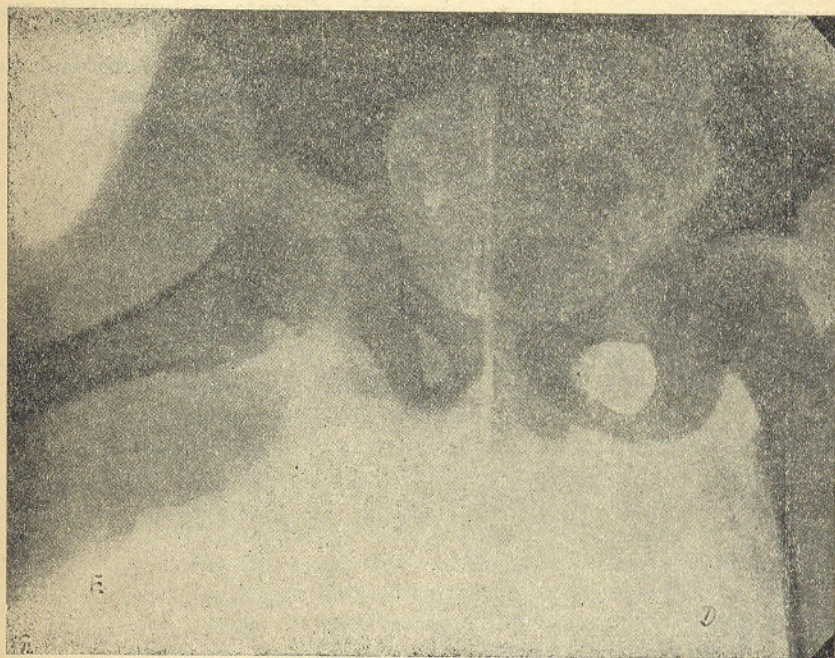


Fig. VI — A mesma rádio que anterior, em posição de flexão-abdução.

tomicas. Eis a razão porque a “*radiologia é tudo; a clinica nada.*”, visto permitir despistar processos patológicos onde os fenomenos clínicos são mínimos. Nos casos bem diagnosticados essas seqüelas pôdem ser evitadas por um adequado tratamento.

Tratamento. — O simples tratamento médico é, muitas vezes, suficiente. Consiste êle em submeter o paciente ao repouso, a-fim-de evitar que o peso do corpo ajunte a sua ação demolidora sobre regiões ósseas, profundamente alteradas pelo processo necrótico. A região

doente deve ser imobilizada, podendo ser utilizado o aparelho gessado para esse fim. Vitaminas, hormônios e cálcio são outros elementos de grande auxílio, quando se empreende o tratamento desses doentes.

Quando a afecção não cede por este meio, resta o método cirúrgico, que apresenta vários processos de cura conforme a localização óssea. Entre eles estão muito em voga a *tunelização óssea* e o *enxerto ósseo*, porque restabelecem a circulação sanguínea até então interrompida, e permitem dest'arte uma mais rápida regeneração óssea.

A *tunelização* consiste em fazer perfurações nas zonas alteradas pelo processo isquêmico, de maneira a permitir que chegue o sangue e com êle os elementos vivificadores.

Ha outros autores que não se limitam a praticar a simples tunelização, mas deixam nas cavidades tunelizadas *enxertos ósseos*, que exercem, além da sua ação mecânica incontestada, ainda uma influencia fisiologica preponderante, qual seja duma hiperemia eficiente em virtude do restabelecimento da circulação sanguínea.

E' também usada, em alguns casos particulares, a *osteotomia subperiostica*, como, p. ex., ao nível da apófise tibial interior na cura radical da *osteochondrose de crescimento da apófise tibial anterior*.

As actividades do laboratorio em torno da Epidemiologia da Febre Tifoide.

pelo

Dr. Miguelote Dianna
Chefe do Serviço de Laboratorio

Os metodos utilizados pelo laboratorio para verificação dos casos de infecção ebertiana são de tal valor com relação á epidemiologia dessa doença que tem merecido a atenção constante, por parte dos especialistas, como se pôde facilmente perceber pelo numero avultado e sempre crescente das publicações nesse sentido.

Desse repositório quasi infindo de trabalhos, resultou um aperfeiçoamento tambem sempre crescente desses metodos, que foram, pouco a pouco, sofrendo modificações, no sentido de fornecer uma maior segurança diagnostica.

Para melhor compreensão, historiamos um pouco a febre tifoide.

Iniciados os estudos desse grupo por BRETONNEAU, sómente no entanto em 1880 é que EBERTH conseguiu vêr as características morfológicas do bacilo, examinando laminas com esfregaços de baço e intestino de um individuo pela chamada "febre enterica".

Em seguida GAFFKY, examinando baços de individuos mortos pela mesma doença, conseguiu isolar o germe de 25 casos, chegando até a cultura pura. Caminharam os estudos até 1898, ocasião em que BENSUADE e depois SCHOTTMUELLER isolaram germes com algumas características parecidas, de doentes tambem de febres entericas do grupo tífico. Deram a esses germes os nomes de Paratyfo A e B.

Tais denominações no entanto foram perdendo a sua significação e hoje acham-se todas incluídas no grupo das SALMONELOSES.

Tal grupo, corresponde ás bacterias do tipo bastante cilindrico, lactose-negativas; Gram negativas, sem espóros e capsulas e sómente apresentando cilios em algumas espécies.

A divisão das salmonelas não é coisa facil e nem mesmo pôde ser considerada como já determinada. De ano para ano, surgem modificações e espécies novas, o que de certo modo, dificulta o estudo deste grupo.

Seja como fôr porém, as salmonelas podem ser divididas em 3 grandes grupos: a) as de poder patogênico absoluto, como a infecção tifoide propriamente dita; b) as de poder patogênico relativo, dando infecção do tipo toxico e c) as de poder patogênico nulo.

Subordinadas ao titulo do nosso trabalho, sómente nos interessa o primeiro grupo, o que mais trabalho dá aos serviços de Saúde Publica, no tocante a laboratorio e epidemiologia.

Já frizamos, de inicio, que muito têm sido os aperfeiçoamentos de técnicas, para maior segurança diagnóstica. Entretanto, pelo menos com relação ao sôro-diagnóstico das infecções tifoides (GRUBER-WIDAL) a questão não atingiu ainda o gráu de perfeição que se deseja. Porque? E' que, além da classica *Salmonella* tifosa, *Salmonella* paratifo (A) e *Salmonella* Schottmüller (B), cerca de 9 outras espécies são consideradas como capazes de produzir, no homem, infecções que difficilmente se diferenciam da dotienenteria classica, pelo menos no que diz respeito á sintomatologia clínica. Tais bacterias tem, quasi sempre, uma fração antigênica comum com os germes classicos, daí resultando uma enorme complexidade na interpretação dos resultados fornecidos pela aglutinação.

E' bem verdade que, felizmente, nem todos esses nove tipos bacterianos incidem igualmente em todas as regiões do globo; por outro lado, a sua diferenciação, pela analyse antigênica, é de tal modo complexa que levou TOPLEY a dizer:

"THE DIFFERENTIATION OF THIS GROUP BY ADEQUATE METHODS OF ANTIGENIC ANALYSIS IS RECENT HISTORY, AND THE APPLICATION OF SUCH METHODS TO A STUDY OF CONTINUED FEVERS, ESPECIALLY IN TROPICAL AND SUB-TROPICAL COUNTRIES, IS AS YET IN ITS INFANCY".

Ainda é o mesmo autor que diz:

"IT SHOULD BE CLEARLY RECOGNIZED AS A GENERAL PRINCIPLE THAT NO INDIRECT METHOD OF IMMUNOLOGICAL DIAGNOSIS CAN AFFORD EVIDENCE OF INFECTION AS CERTAIN AS THAT OBTAINED BY THE DIRECT ISOLATION OF THE SPECIFIC CAUSATIVE ORGANISM FROM THE PATIENT'S BLOOD, TISSUES OR EXCRETA".....IS ALWAYS THE METHOD OF CHOICE.

Vejamos rapidamente os progressos feitos nos ultimos anos, com relação ao diagnóstico das infecções entericas.

Como método mais seguro para o diagnostico, aparece, em primeiro plano, o exame bacteriologico. Este diz respeito ao isolamento da bacteria do sangue, urina e fezes.

A hemocultura que nasceu com VIRCHOW é sem duvida, o método mais empregado e é indicado principalmente nos primeiros dias da infecção (fase septicemica). Ela pôde porém ser positiva, em um prazo dilatado, não sendo excepcional mesmo nos 3º e 4º septenarios, conquanto em percentagem bem menor.

O quadro que se segue, bem demonstra o que acabamos dizer sobre a positividade da hemocultura:

Dentro da 1ª semana	90%
" " 2ª "	70%
" " 3ª "	45 a 50%
" " 4ª "	20 a 30%

Como é difícil precisar, em muitos casos, o numero exato de dias de doença, o quadro acima, foi organizado, tomando por base, o inicio da febre.

Como se vê, não tem nenhum valor, nem mesmo encontra base científica o preceito antigo de só se proceder a hemocultura, na primeira semana da doença.

Na Baía, O. TORRES, fez um interessante estudo sobre a questão, mostrando que a hemocultura é positiva após o primeiro septenario, em um numero de casos bem maior do que o admitido classicamente.

E' bom notar ainda que, esse autor conseguiu os resultados apontados, semeando os coagulos dos sangues enviados para sôro-reacção de Widal que, como sabemos, fornecem resultados positivos em tempo muito mais demorado. O que é preciso portanto, é dilatar o tempo de observação. Muito bem andam portanto os Serviços de Epidemiologia, requisitando, em todos os periodos da doença, a reacção de Widal e a hemocultura. Um fator importante na maior positividade da hemocultura é, sem duvida, a quantidade de sangue colectada de cada doente, não devendo esta ser inferior a 10 c.c. de sangue e sempre semeada em meios adequados, como por exemplo, a bilinglicero-dextrosada.

Quando não se obtem uma hemocultura positiva, porém há sôro-aglutinação em titulo diagnostico, é conveniente, sempre que possivel, confirmar este resultado pelo isolamento do agente causal, pelo menos nas fezes ou na urina.

O isolamento do agente causal na urina, é dos mais faceis, porque o germe aí pulula em cultura pura e em grande numero.

O material deve porém ser colhido por caterismo vesical e com precaução de asepsia rigorosa. E' método importantissimo no descobrimento de portadores.

A coprocultura já apresenta maior dificuldade, devido á enorme e variada flora intestinal. E' sempre necessario, nesses casos, o emprego de um meio seletivo. O material, convenientemente diluido, é semeado em placas com qualquer meio adequado (KRUMWIEDE; TEAQUE; etc.).

A pratica nos ensina que há maior vantagem no emprego de um meio que nos forneça um enriquecimento prévio. Assim, o material semeado préviamente em caldo com vêrde brilhante a 1:100.000 ou em meio de KAUFFMANN (tetracionato + vêrde brilhante) dá sistematicamente maior numero de resultados positivos.

E' interessante deixar aqui consignado um fato, que apesar de não ter ainda entrado no serviço de rotina, contudo muito poderá orientar

os serviços de secção de epidemiologia, no tocante aos portadores de germes, veiculadores portanto, permanentes ou temporários, das infecções do grupo tifoide. E' sabido e isso ninguém ignora que, a vesicula biliar em doentes de tal natureza é o maior reservatorio de bacilos, e que aí vivem durante toda a fase de localização intestinal e mesmo depois de aparentemente curados. Sendo assim, a coleta da bile por tubagem duodenal, manobra hoje feita com relativa facilidade, devia constituir uma obrigatoriedade dos serviços de Saúde Publica, sobretudo nos casos em que, em uma determinada casa, costumam aparecer, de quando em quando, casos de febre tifoide, sem causa conhecida. Apesar de um tanto incomoda, muito serviria para revelar casos de portadores de tais germes, permitindo á Saúde Publica, tomar as providencias que melhor fossem indicadas.

Com relação ao *sôro-diagnostico*, devemos lembrar que depois dos estudos de SMITH e REACH, WEIL e FELIX, e outros, a questão tomou um rumo um pouco diverso do que era seguido até então. Estes autores mostraram que todos os bastonetes moveis do grupo tifico possuíam dois antigenios diferentes: um ligado ao flagelo (H — HAUCH) e o outro ligado ao corpo bacteriano, somatico (O — Ohne Hauch). A cada um desses antigenios corresponderia respetivamente, uma aglutinina especifica "H" e outra "O", diferenciando-se qualitativamente, pois que a aglutinação H é o tipo floeular (estabilotropica) e a O é granular (labilotropica).

Mostraram ainda aqueles autores que em muitos casos só há formação de aglutinina do tipo O. Ora, anteriormente a estes estudos, os antigenios empregados eram sómente os do tipo H (germes flagelados) e que desde logo deixa admitir que um grande numero de reações positivas poderiam passar despercebidas, sem o emprego do antigenio O (germes aflagelados). E' pois de grande importancia a analise qualitativa ao lado da quantitativa no sôro-diagnostico das febres tifoides. Isto já se vem fazendo em muitos laboratorios especializados e mesmo em alguns outros, como os particulares que se ocupam de analises clinicas.

Segundo WEIL e FELIX, a analise qualitativa teria maior valor diagnostico que a quantitativa. Assim, os individuos vacinados só formariam aglutininas H. Aglutininas O, em titulo elevado, seria um sinal de infecção atual.

Feito este ligeiro bosquejo sobre o que de mais importante há em relação com a sôro-reacção de Widal, vejamos agora que valor se póde a ela atribuir. Consideraremos 2 itens:

- a) O individuo foi vacinado previamente ou já teve febre tifoide;
- b) O individuo é portador de infecção, no momento.
- a) — Com relação ao primeiro item, devemos considerar separadamente as consequencias ás vacinações hipodermica e oral.

Esta ultima, conforme verificou o Prof. A. DE ASSIS entre nós e MELLO na Africa do Sul, não é capaz de influenciar a reacção, guardando esta, todo o seu valor. Com relação á vacinação hipodermica, o problema assume um aspéto diferente. E' sabido que nas primeiras

tres semanas ou meses que se seguem á vacinação, o sangue mostra um teor em aglutininas, ás vezes, bastante elevado, que decresce posteriormente e ao fim de 2 a 3 anos, volta ao normal. Nestes casos é portanto de difficil interpretação a positividade das reações, sendo ela considerada, quasi sempre, como de valor pequeno ou nulo. Sendo assim, é de boa norma repetir a prova, com alguns dias de intervalo e vêr si há aumento do titulo do sôro examinado, o que seria evidentemente, um bom sinal de infecção atual.

Segundo alguns autores, é preciso agir cautelosamente na interpretação desses resultados, por serem possivelmente frequentes, os estimulos inespecificos em individuos vacinados.

O mesmo que dissemos acima, poderá ser repetido quanto aos casos de individuos que já tiveram a infecção.

b) No que diz respeito ao 2º item, isto é o individuo é portador de infecção no momento. E' preciso atentar tambem para varios fatores e com relação á interpretação assume grande importancia, o momento em que é colhido o sangue, com respeito á evolução do processo morbido. E' conhecida a negatividade quasi constante no primeiro septenario, e a positividade crescente do segundo septenario em diante. Não deve porém ser aceito sem restrições, o resultado positivo, pelas razões já acima expostas.

Convem salientar sempre que os dados de laboratorio isolados, têm um valor muito relativo, necessitando portanto, que o serviço de epidemiologia, acompanhe ou procure ter noticias da evolução clinica, de cada caso, afim de maior proveito tirar das suas atividades, no terreno das providencias a serem tomadas.

Muito poderiamos dizer ainda das atividades do laboratorio em torno da epidemiologia da febre tifoide, sobretudo em relação ao hemograma de SCHILLING, assunto que há algum tempo vem occupando a nossa atenção e cujos resultados oportunamente anunciaremos.

DEXTROSOL

(Glucose — d)



À venda nas melhores pharmacias e drogarias

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

Caixa Postal 2972

São Paulo

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Braça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

Discurso de Posse do Professor Saint Pastous
na Direção da Faculdade de Medicina de Porto Alegre,
em 18 de Abril de 1938.

HOMENAGEM Á MEMORIA DOS DIRETORES CARLOS WAL-
LAU, OTAVIO DE SOUZA, SARMENTO LEITE
FREDERICO FALK

Muito embóra destituído de qualquer solenidade protocolar o áto de minha investidura no cargo de diretor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, nem por isso me sinto menos no dever de proferir uma palavra de evocação á memoria dos que me antecederam neste lugar, consagrados ao sonho da Escola, que eles fundaram com idealismo e engrandeceram com sabedoria.

De 1909, data de minha iniciação no curso academico, até os dias presentes, passaram ao Panteon desta Faculdade os diretores Carlos Wallau, Otavio de Souza, Sarmiento Leite e, recentemente, Frederico Falk, cujas efigies saudosas trago ao pensamento, em homenagem a quantos, já mortos, devotaram sua vida aos interesses da Faculdade de Medicina.

Qualquer que seja o acontecimento que se comemore nesta Escola de relevo invulgar ou de modesta significação, decorrerá sempre como corolario da obra de Sarmiento Leite, o estoico consolidador da grandeza desta Faculdade, que ele amou mais que a própria vida.

AS ADMINISTRAÇÕES DOS DIRETORES GUERRA BLESSMANN,
SERAPIÃO MARIANTE E OLINTO DE OLIVEIRA

Declinando o nome do Professor Guerra Blessmann, a cujos servigos relevantes muito se deve a prosperidade da situação atual da nossa Faculdade, conduzo-me através do esplendor de sua gestão administrativa ao passado proximo, de fecundas realizações, sob a direção egrégia dos Professores Serapião Mariente e Olinto de Oliveira, venerandos remanescentes de uma geração de Mestres.

DIREÇÃO ATUAL

A indicação de meu nome, por áto de S. Excia. o Snr. Presidente da Republica, para a direção da Faculdade de Medicina, representa para mim honroso encargo de sacrificio e de responsabilidades, que eu só conservarei si dispuzer dos elementos para seu desempenho integral.

A minha permanencia neste destacado pósto obedecerá ao cumpri-

mento de um programa que assegure a esta Escola perfeita continuidade na evolução ascendente do prestígio moral e científico, que já fez de seu renome um padrão de orgulho dos nossos fóros de cultura medica.

HOSPITAL DE CLINICAS

Quando me decidi, em 1935, a disputar uma cadeira nesta douta Congregação, foi exclusivamente com o propósito de colaborar, em modesta escala, para o engrandecimento do ensino médico no Rio Grande do Sul.

Tenho, desde essa data, empenhado, com perecuziente tenacidade, todo meu esforço ao projecto de construção do Hospital de Clinicas, que considero condição vital, e de impreterível realização, para que a nossa Faculdade possa se manter á altura do progresso da Medicina contemporanea.

COOPERAÇÃO DOS GOVERNOS DA UNIÃO E DO ESTADO

Devemos ao Governo do Presidente Getulio Vargas, já credor da nossa benemerencia pelo áto de oficialização desta Faculdade, a iniciativa de dotar a Escola médica sulriograndense de um Hospital de Clinicas, nos moldes dos grandes centros hospitalares da atualidade.

Com o nobre desejo de cooperar na efetivação de tão importante acontecimento para o progresso científico de nosso meio, o atual Governo do Estado está empenhado em poder oferecer, em breve tempo, o terreno escolhido para construção do Hospital de Clinicas, que se levantará na Capital do Rio Grande como signo de civilização de uma época.

COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES

Com essas perspetivas promissoras de mais eficiente aparelhamento de estudo e de ensino, maiores responsabilidades e mais onerosos encargos se hão de impôr ao cumprimento de nossos mistéres de educadores e de homens de ciencia.

Obedecendo ao determinismo periodico de oportuidades decisivas na evolução dos acontecimentos historicos, sentimos, em plena conciencia, o advento de um cielo em que urge, a todo custo, conquistar a consolidação definitiva e imperecível da nossa Escola médica, montada no extremo sul do País.

Para tanto, é necessario elevarmos o mais alto possivel as nossas credenciais de representantes autorizados da cultura médica nacional na Escola sulriograndense.

Antes que o projeto do Hospital de Clinicas se faça uma realidade, procuremos desenvolver ao mais alto grau de eficiencia aqueles empen-

dimentos que, em todos centros civilizados, constituem os próprios fundamentos científicos de uma Escola médica.

Ha, efetivamente, dois problemas de significação vital, que estão a solicitar de nossa parte solução a mais completa.

A BIBLIOTÉCA E OS ANAIS DA FACULDADE

Em primeiro lugar, o desenvolvimento maximo da Bibliotéca, que deverá crescer e se renovar ininterruptamente através de uma Revista científica, que serão os Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, por cujo intermédio manteremos intercambio cultural com todas as publicações científicas do mundo médico.

INSTITUTO CENTRAL DAS CLINICAS

Em segundo lugar, é forçoso tentar por todos os meios possiveis a organização proficiente, tambem ao mais alto grau, do Instituto das Clinicas da Faculdade, quer em sua função de órgão subsidiario da prática diagnóstica, como em sua precípua finalidade de centro de pesquisas e de trabalhos experimentais.

CENTRO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Dentro desse programa de renovações necessarias e inadiaveis se destaca a criação de um importante centro de Anatomia patológica, dotado dos mais capazes recursos, para poder corresponder de modo integral ao nosso compromisso de publicar trabalhos científicos, com abundante illustração de documentos histologicos.

Como terreno de preparação do centro de Anatomia patológica, será instituida a prática sistemática de necrópsia, tambem de significação imprescindivel e de valor inestimavel para o aperfeiçoamento da clinica diagnóstica e do ensino médico.

A par dos recursos materiais, deveremos encontrar a colaboração de técnicos experimentados, com a possibilidade tambem indispensavel de instituição do tempo integral de trabalho para o exercicio das disciplinas básicas.

CURSOS DE ALTA CULTURA E DE APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO

Pretendemos incorporar ás nossas atividades de ensino a realização, anualmente, de um curso de alta cultura e de um curso aperfeiçoamento técnico de todas as especialidades, com o fim de proporcionar aos colegas do interior do Estado a possibilidade de continuarem a usufruir os ensinamentos da nossa Escola

Talvez, assim, possâmos tambem contribuir para a formação mais intensa do espirito universitário, que será no futuro uma das maiores forças espirituais do nosso progresso científico.

CONGRESSO MÉDICO INTERNACIONAL

Si conseguirmos executar no curso deste ano essas iniciativas, estaremos áptos ao tempo da inauguração do Hospital de Clinicas, a realizar um notavel congresso internacional, que será a mais eloquente revelação da capacidade científica da nossa Escola médica.

ESTE O PROGRAMA

Este o meu programa de administração, cujo desempenho em pouco dependerá de mim, mas decididamente da colaboração competente e autorisada dos grandes valores técnicos e culturais de que está constituída a corporação professoral desta Faculdade.

Si assim fizermos, teremos cumprido, nesta hora decisiva, o nosso dever e teremos correspondido condignamente á obra dos nossos antecessores.

Si a tanto não nos dispusérmos, pesará sobre nós a responsabilidade de uma fraqueza, cujas consequencias poderão ser irremediaveis.

Tenho fé e confiança no vosso entusiasmo pela grandeza da nossa Escola e na alta compreensão dos deveres que contraímos com a nossa Pátria nos domínios da educação cultural da juventude brasileira.

Confio, para tanto, na vossa solidariedade e na dedicada colaboração de todos os funcionarios que exercem suas atividades nos diversos departamentos da Faculdade de Medicina.

Evolução Histórica da Vitamina F

Uma interessante e importante dissertação por Augusto J. Pacini,
Ph. D., Minneapolis, U. S. A.

1.^a parte

Muito raramente uma descoberta deixa de ter relação íntima com uma fase antecedente — a história da descoberta. O óleo de fígado de bacalhão, por exemplo, foi usado, por muito tempo, por facultativos desconhecedores da vitamina A e da vitamina D, abundantes no referido óleo. O mesmo aconteceu com a Vitamina F. Sua fonte principal, óleo de linhaça e banha de porco, através de séculos, foi também usada, empiricamente, por via interna e aplicação local, na correção das mesmas desordens que hoje identificamos pela deficiência da vitamina F. Ambos, o óleo de linhaça e a banha de porco, são oficialmente aceitas pela farmácia galênica dos Estados Unidos e pelas demais farmacopéias.

Parece ser interessante, nestes nossos artigos, volvermos os olhos aos fatos que nestes últimos anos têm sido atribuídos à atividade da vitamina F. E mais interessante ainda, é notarmos que todos esses efeitos, recentemente atribuídos à vitamina F, quer por via bucal ou uso externo, já constam da literatura médica, sendo confirmados por um sem número de pessoas. Finalmente será conveniente citarmos certas impressões definitivas que pretendem eliminar o horizonte científico da vitamina F, isto no interesse de investigadores sinceros, cujo dever é procurar fatos e eliminar juízos emocionais e opiniões sem fundamento.

DEFINIÇÃO DE VITAMINA F

Não pode haver confusão sobre o que se quer dizer por Vitamina F. Refere-se aos ácidos graxos não saturados, descobertos por Burr e seus colaboradores cuja deficiência na alimentação produz sintomas que só desaparecerão com a presença dos mesmos e referidos ácidos. Ainda não se conhece a composição química exata dos ácidos efetivos, mas parece tratar-se de algum isômero do ácido linoleico e talvez também do ácido linolenico. Enquanto a identidade química não for definitivamente estabelecida, a designação de "Vitamina F.", sugerida pelos seus descobridores e por aqueles que acompanharam a evolução experimental de sua história, parece-nos plenamente razoável porquanto é breve, distinta e servil.

Em verdade, Vitamina F é mais justificável e mesmo preferível à frase longa e nada expressiva: "ácidos graxos essenciais não saturados", tendo-se em vista que certos ácidos graxos podem ser essenciais para

cutros fenomenos biológicos e não ter relação alguma com a deficiência gordurosa de Burr.

EFEITOS DESINTOXICANTES DA VITAMINA "F"

Lamar (1) observou que o soro anti-pneumococcico lisava os cocci na presença de sabão. Ele dedicou-se ás propriedades hemolíticas das gorduras acidas e dos seus sabões, estudando particularmente o acido crotonico, o acido oleico, o acido linoleico, o acido linolenico e o acido chaulmoogrico.

Estudou, tambem, o sabão de potassa de cada um desses grupos acidos. Concluiu: que os acidos mais elevados da serie oleica possuem maior atividade hemolítica; que os sabões eram muito mais ativos do que os acidos, devido, aparentemente, a sua maior solubilidade; que entre os acidos mais elevados ha intima relação entre o numero de atomos de iodo e a força hemolisante, quanto maior o numero de atomos de iodo, tanto maior o poder hemolisante; que a configuração era aparentemente uma característica essencial, uma vez que o acido chaulmoogrico, que é um isomero do acido linoleico, não só é menos ativo do que o acido linoleico, como tambem menos ativo do queo acido oleico; e, finalmente, que a maior atividade foi demonstrada pelo linoleato de potassio.

Lassen (2) e seus colaboradores descobriram as propriedades desintoxicantes de acidos, similares aos utilizados por Lamar, descrevendo os efeitos que observaram como um fenomeno de adsorção, sendo o sabão absorvido na toxina, causando inativação, mas não o destruindo. Tais toxinas já sem virulencia (detoxificados) provaram ser bons antigenos, sendo vagarosa a eliminação dessas mesmas toxinas, que se realiza num longo periodo de tempo. Este trabalho logrou applicação pratica no caso da vaccina da escarlatina, e como Lassen, Hahnossen, Evans e Green (3) dizem haver obtido resultados satisfatorios na imunisação da difteria com o auxilio de tais toxinas detoxificadas. Este trabalho nos é de interesse, pois trata de linoleatos ou vitamina F, como tambem, as observações de Boissevain (4) que provou que os acidos graxos não saturados suprimem a virulencia do Bacilo da Tuberculose in vitro. Refere-se tambem, ás descobertas de Archard, Grego, Leclanc e David (5) que afirmam que os acidos graxos não saturados do sangue, no periodo agudo de molestias febris, diminuem significativamente, e aumentam quando principia a convalescença. Estes investigadores concluem que as gorduras não saturadas têm algo a ver com os poderes defensivos do organismo, contra invasões bacterianas; e assim, este trabalho parece apoiar o principio detoxificante de Lassen, pois as gorduras não saturadas, presentes no sangue, agem ativamente no corpo humano.

Oncken (6), comentando o trabalho de Archard e outros, fez observações que sugerem que mesmo em infecções banais, como o resfriado comum, a vitamina F pode ser ativa na prevenção destes sintomas.

Boyd (7) confirmou que os lipidios do sangue reagem ás condições febris. A's crises de febre, parece haver uma repentina corrida de acidos gordurosos não saturados, que entram, então, na circulação sangüinea.

Stoner (8) parece ter descoberto que o conteúdo de lipídios no sangue é baixo quando ha qualquer infecção e que aumenta progressivamente no periodo de convalescença, aparecendo as variações mais notáveis e mudanças mais rapidas, especialmente nos casos de pneumonia lobar.

Dos relatorios acima, de laboratorios e clinicas, parece que a vitamina F está definitivamente associada ao papel imunizante em casos de infecções agudas e em verdade, ha aqui algo a ver, de maneira particular, com a respiração cutanea que representa papel importante na desintoxicação especifica.

DEFEITOS DE REPRODUÇÃO

Evans, Lepkowsky e Murphy (8) descobriram ser causa de fracassos na reprodução em animais de laboratorio a deficiência alimentar da vitamina F. Gravidez anormal era a regra evidenciada por um periodo de gestação irregularmente prolongado e parto dificultoso, dado o enfraquecimento do mecanismo de parto.

O enfraquecimento era tal, que 80% nasciam mortos e os restantes poucos minutos tinham de vida. Estes investigadores chegaram á conclusão de que a gestação com sucesso, através de alimentação privada de gorduras, embora rica de vitamina A, D e E, é impossivel; e que uma vez adicionada á alimentação a vitamina F, aumenta a percentagem de gravidez, corrigindo o mecanismo de gestação e a facilidade no parto.

Em observações posteriores, estes autores chegaram á conclusão de que o interesse sexual diminue quando ha deficiência da vitamina F, e que torna ao seu vigor normal, quando a vitamina F é incluída novamente na alimentação.

Destas observações, parece evidente existir uma forma de esterilidade devida exclusivamente á deficiência de vitamina F, mas mesmo na ausencia de esterilidade, parto dificultoso e enfraquecimento de gestação, são atribuidos com plena convicção á deficiência da vitamina F.

NEPHRITE E A DEFICIENCIA DA VITAMINA F

Burr e seus colaboradores (10-11) demonstraram que a alimentação isenta de gorduras, produz lesões nos rins, lesões estas observadas em autopsias, como tambem degeneração dos referidos orgãos causando a morte invariavelmente.

Uma dieta rica em proteínas e desprovida de gorduras, aumenta a severidade da geração renal, dando lugar, frequentemente ao aparecimento da hematuria entre os animais sujeitos a esta dieta.

Burr (10-11) atribue, como causa responsavel pela maioria de peles seccas (e rins anormais), no ser humano, a alimentação impropria.

Tanze (12) provou que ratos privados de vitamina F sofrem uma desordem nutritiva, caracterizada pela perda de pelos, dermatites e aspereza da pele. Imediatamente após a reintegração de vitamina F na alimentação, a pele tornava-se macia e apareciam, nas areas livres, pelo lustroso e os olhos, ao mesmo tempo, tornavam-se extremamente lucidos

VITAMINA F E MODIFICAÇÕES EPIDERMICAS

e cristalinos. Nem oleo de feijão soja, tão pouco o oleo de figado de bacalhau mostraram-se ativos na correção das desordens provocadas pela deficiência da vitamina F, que obtinham exito com o uso do acido linoleico ou linolenico.

Pacini e Pacini (13) estudaram as necessidades da vitamina F no cavalo, no carneiro e no cachorro, baseados na observação por todos conhecida, de que o oleo de linhaça solido, obtem otimos resultados no tratamento e mesmo no embelezamento do pelo dos animais. Uma formula foi proposta, que correlaciona a necessidade aproximada de Vitamina F com o total de calorias exigido pelo animal, e, foi sugerido, tambem, um calculo aproximado das necessidades de Vitamina F baseado no peso do animal.

Hansen (14, 15 e 16) parece ter correlacionado o aparecimento do eczema infantil com diminuição de vitamina F no soro. Ele diz ter obtido excelentes resultados clinicos pela alimentação com oleos ricos em gorduras acidas não saturadas: oleo de milho e particularmente oleo de linhaça.

Cornbleet (17) corroborou o trabalho de Hansen, afirmando ter obtido excelentes melhoras caracterizadas pela diminuição da vermelhidão, que se torna mais fina e flexivel onde ela era rijá e expessa e notavel alivio para a coceira. A face é geralmente a primeira a melhorar, seguindo-se a cura das mãos e dos pés.

Shepherd (18, 19 e 20) e seus colaboradores demonstraram que a vitamina F aplicada inteiramente, em experiencias com animais, pode prevenir o aparecimento dos males atribuidos por Burr, á deficiência de gorduras. Por estas observações propoz ela, um methodo para determinar aproximadamente o valor ativo da vitamina F aplicada através de outros ingredientes.

Ungentos foram formulados visando o tratamento do eczema e para que sortissem efeito, sua base devia ser banha de porco ou conter vitamina F. Uma vez substituida porém esta base por outras substancias gelatinosas o unguento perdia sua ação benefica.

O medicamento usual, oxido de zinco, permanecia inativo não podendo ser considerado como ingrediente essencial na correção do eczema.

Shepherd (18, 19 e 20) e outros frizaram que muitos medicos frequentemente tratam o eczema apenas por meio de medicamentos externos, dependendo, assim, sem saber, mais da vitamina F que de outros ingredientes suppostos como beneficos incorporados á base do unguento.

A aplicação externa para a pele aspera, seca e particularmente para eczema é usada generalizadamente por medicos, como por exemplo o emprego de alcatrão.

Glennon (21) estudou o Sabão Mole officinal que com exceção de uma pharmacopea, era invariavelmente preparado com oleo de linhaça. Nesta exceção em que o oleo de linhaça era substituido por oleo de caroço de algodão, os resultados não eram os mesmos que com o Sabão Mole Officinal, não satisfazendo ás necessidades dos medicos nos casos em que o oleo de linhaça achava-se já consagrado.

Glennon (2) observou os comentarios que apareceram no U. S. Dispensatory, relativos ao uso medicinal do Sabão Mole Oficial. Ficou impressionada pela menção das seguintes condições pathologicas melhoradas pelo seu uso: eczema crônico, acne, descamações seborrêicas e outras, que deste modo associavam-se á deficiência de gordura. Ela estatuiu que a aplicação externa do Sabão Mole da Pharmacopea era provavelmente ativa, por causa de vitamina F contida no oleo de linhaça, sabido não existir esta vitamina no oleo de caroço de algodão, uma vez que o Sabão Mole da Farmacopea contem banha de porco e outros ingredientes ricos em vitamina F.

Os relatorios de medicos do hospital onde Glennon trabalhava, revelaram que o Sabão Mole preparado com qualquer oleo, podia ser ativo para a cura daquelas condições, para as quais tinha sido recomendado através de anos, uma vez adicionada a quantidade necessaria de vitamina F.

VITAMINA F E ALERGIA

Cornbleet (17) não sómente obteve a cura do eczema numa serie de 87 pacientes, mas observou tambem que neste grupo de casos alguns pacientes sofriam de asthma que foi grandemente melhorada bem como o eczema.

A melhora era permanente na maioria, sendo poucas as recaídas.

Cornbleet (17) refere-se ás condições geralmente aceitas como eczemas Alergicos ou eczema exsudativo e diatésico, ou prurigo de Besnier, ou neurodermatite generalizada. Em muitos dos pacientes, essas condições iniciaram-se na infancia e continuaram indefinidamente, com periodos e exacerbação alternados com periodos de latencia, em cujos intervalos a pele era aspera, escamosa e pigmentada.

Este tipo de eczema, parece ser frequente em pessoas que além disto tem tendencia generalizada ou hereditaria para a febre de feno e bronquite asthmática.

Diz Ormsby (21) "eczema crônico com "Lichenificação". Esta é a forma característica de eczema e é descrito por varios autores sob varios titulos, como eczema asthmatico, eczema alergico, e eczema diatésico e exsudativo. Estado Eczematoso Exsudativo Tardio (Rost). Prurigo de Bernier e neurodermatite generalizada (neurodermite). Este tipo de eczema começa geralmente na infancia e apresenta todos os carateristicos do eczema infantil. E' caracterizado por periodos de exacerbação e latencia e persiste indefinidamente. As localizações prediletas são: rosto, pescoço, pregas cubitais e popliticas, e outras regiões que podem tambem ser atingidas. Em periodos de exacerbação, aparecem tumefação, vermelhidão e lesões crostosas superficiais, acompanhadas de intenso prurido e sensação de calor. Entre os periodos de exacerbação permanecem as lichenificações, particularmente das superficies de flexão e pescoço. A Hiperesthesia aparece na maioria dos casos. Asthma, febre de feno, rinites, urticaria e outras manifestações alergicas tambem aparecem frequentemente.

De grande importancia é este grupo de manifestações que possui íntima relação com o eczema e sobre as quais Cornbleet obteve resultados satisfatórios com a terapia pela Vitamina F; asthma, rinites, febre de feno, urticaria, etc. Assim, observa-se uma íntima relação entre uma molestia da pele (eczema alérgico), pelo menos, e demais manifestações alérgicas, entre as quais: febre de feno, asthma, rinites, relação esta reconhecida por autoridades; e o trabalho de Cornbleet reforça o conceito da relação que existe entre a vitamina F e o grupo alérgico já citado.

De acordo com Ormsby (21a) as unhas das mãos podem sofrer a influencia do eczema dos dedos ou de outras superficies cutaneas. Este eczema é denominado eczema das unhas. Elas perdem sua cor normal, tornam-se frageis e lascam com facilidade. E' significativo que Ormsby recomenda os mesmos oleos e unguentos para o tratamento do eczema das unhas que os indicados para o tratamento do eczema cutaneo. Assim a substancia portadora da vitamina F é usada na correção de sintomas que accusam a deficiencia de gorduras e que se expressa através de unhas frageis, sendo igualmente usada no tratamento local do eczema da pele.

Certos resfriados ou rinites que são constantes em todos os invernos e que voltam ano após ano, começam com identicos sintomas dos da febre de feno. O inicio da molestia é instantaneo, começando com lacrimejamento, corisa, espirros e tosse. A semelhança deste sindroma rinítico, á febre de feno, mostrou a possibilidade de uma natureza alérgica para certo numero de resfriados e Pacini (22) relatou que ao fim de dois anos de um programa destinado a continuar um total de cinco anos em que a Vitamina F está sendo usada experimentalmente, no estudo do seu efeito na prevenção contra o resfriado comum, obteve resultados satisfatórios, grandemente favoraveis ao conceito que nos leva a aceitar o resfriado intermitente como alérgico, bem como um meio de vencer esta condições. O relatório completo que abrange muitos centros de observação, não pode ser avaliado num comunicado antes de terminado o periodo de cinco anos, já estabelecido.

Pelo dito acima, não ha duvida que os acidos graxos não saturados têm sido usados:

- 1) como detoxicantes.
- 2) para prevenir a predisposição aos resfriados ditos alérgicos.
- 3) para corrigir a pele seca e as formas comuns de eczema.
- 4) para corrigir a febre de feno e asthma bronchial.
- 5) para corrigir unhas frageis e quebradiças.
- 6) para estimular o crescimento do cabelo.
- 7) para corrigir a caspa.
- 8) para estimular o instinto sexual normal.

E tambem fica de algum modo provado que a deficiencia de vitamina F pode ser responsavel pela:

- 1) nephrite.
- 2) pneumonia lobar.
- 3) incapacidade do mecanismo de parto.

(continuará no proximo numero)

Sociedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada aos 29 dias do mês de abril de 1938.

Sob a presidencia do prof. Florencio Ygartua, secretariada pelos Drs. Alfredo Hofmeister e Carlos de Brito Velho, realizou-se mais uma sessão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, tendo comparecido os seguintes associados: Prof. Nogueira Flôres, Alvaro B. Ferreira e Drs. Mario Assis Brasil, Poli Espirito, Coradino Lupi Duarte, Sadi Hofmeister, Almiro Coimbra, Hugo Ribeiro, Borba Lupi, Elias Kanan, Pedro Pereira, Celso Papaléo, Celso Figueiredo, Helio Medeiros, Decio Martins Costa. Assistiu tambem a sessão o Dr. Alderio Esteves e doutoranda Estela Budianski.

A seguir pediu a palavra o Dr. Hugo Ribeiro que prestou uma homenagem ao prof. Sabouraud, que acaba de falecer em Paris. O prof. Nogueira Flôres tambem rende uma homenagem ao prof. Tamini, catedratico de ortopedia e cirurgia infantil, da Universidade de Buenos Aires, recentemente desaparecido.

No expediente foram lidos pelo secretario: um officio da Faculdade de Medicina, comunicando a posse de seu novo diretor prof. Saint-Pastous; um telegrama do consocio dr. Niemeyer, e um officio do presidente do Sindicato Medico, Dr. Argemiro Dorneles.

Foram a seguir aceitos os novos socios propostos na ultima sessão. Foi dada a palavra ao dr. Borba Lupi, inscrito na ordem do dia, que discorreu sobre: "Preservação da criança contra a tuberculose na idade escolar. Profilaxia escolar".

O conferencista discorreu longamente com magnifica documentação de observações e material radiologico, esgotando o interessante tema.

Ao terminar o seu trabalho o dr. Borba Lupi, foi saudado com uma salva de palmas.

Comentaram o trabalho do dr. Borba Lupi: o dr. Poli Espirito, que fez considerações sobre a criança escolar, realçando o valor da nutrição nesta idade da infancia, principalmente quando frequenta a escola. Termina o dr. Poli, fazendo um apêlo ao dr. Decio Martins Costa, membro da Comissão que organizará o Codigo de Educação, para influir na solução do palpitante problema.

O dr. Decio M. Costa, segue com a palavra, fazendo considerações

em relação ao valor das reações tuberculínicas na infância e promete atender o apêlo do dr. Poli.

O dr. Hugo Ribeiro, faz sentir a necessidade de realizar a obra da profilaxia da tuberculose em ação conjunta.

O dr. Mario Assis Brasil, tomando a palavra, faz considerações sobre o problema atual da tuberculose, que é considerado de relevante importância, muito principalmente, como uma afecção de grupo.

O dr. Florencio Ygartua realçando o trabalho do colega dr. Borba Lupi, faz considerações em relação a diversos períodos de idade da criança escolar, em que aumenta a percentagem das reações tuberculínicas positivas, concluindo que até aos 6 anos as reações positivas são em media de 30%, dos 6 aos 8 anos, idade em que principia a frequentar a escola, aumenta a 60%, para chegar a elevada cifra de 80% na adolescencia, quando é maior o contágio em reuniões publicas (teatros, cinemas, etc.).

O dr. Borba Lupi pede a palavra, para agradecer os oradores que elogiosamente comentaram o seu trabalho.

O dr. Assis Brasil pede a palavra para discordar de uma publicação sobre tratamento de paralisia infantil, do colega dr. Kanan.

Apresenta para defender seu ponto de vista, da eficacia dos sôros anti-polimieliticos, na doença de Heine-Medin, documentação científica.

O dr. Kanan, defende seu ponto de vista da ineficacia dos sôros no tratamento da paralisia infantil, citando trabalho científico.

O dr. Ygartua, considerando que o assunto foi depois de amplamente debatido, esclarecido, dá por encerrada a sessão, marcando para a proxima ordem do dia o seguinte tema: "Impressões de uma viagem medica nos Estados Unidos". Discorrerá o dr. Eiras de Araujo.

Porto Alegre, 29—4—38.

Dr. Alfredo Hofmeister — Secretario ad-hoc.

Áta da sessão realizada aos 6 dias do mês de maio de 1938.

Sob a presidencia do prof. Florencio Ygartua, secretariada pelo dr. Alfredo Hofmeister, realizou-se mais uma sessão da Sociedade de Medicina, tendo comparecido os seguintes associados: profs. Nogueira Flôres, Alvaro Barcelos Ferreira, e drs. Mario Assis Brasil, José Flôres Soares, Galanternick, Silvio Baldino, Jacé Monteiro, Mingione, Coradino Lupi Duarte, João G. Valentim, Saul Fontoura, Luis Rothfuchs, Almiro Coimbra, Almir Alves, Luis Barata, Mario Bernd, Argemiro Dorneles, Nelson Carvalho de Souza, Rubens Maciel, Rogerio Sarmento Leite, Raul di Primio, Samuel Barros, Rui Carvalho, Biancamano, Poli Espirito, Silveira Neto, Luis Vieira, Mario Salis, Hermes Rodrigues, Francisco Matoso e Adair Eiras de Araujo.

Não havendo expediente o prof. Ygartua deu a palavra ao dr. Eiras de Araujo, inscrito na ordem do dia, que apresentou o seguinte trabalho: "Impressões de uma viagem medica aos Estados Unidos da America do Norte", cujo resumo é o seguinte: O autor relata a seus colegas, com

todos os pormenores, a sua recente viagem aos Estados Unidos. Descreve detalhadamente cada um dos principais centros medicos que visitou. Detem-se mais demoradamente nos tres grandes nucleos nos quais se demorou por mais tempo, a saber: a Johns Hopkins University, em Baltimore, a Mayo Clinic, em Rochester, Minnesota e o New York Hospital, em New York. Em qualquer um destes centros conta o que de mais interessante viu nos departamentos de Cirurgia e Urologia. Em Baltimore entrou em contáto com dois dos maiores vultos da medicina americana: Dean Lewis na Cirurgia e Hugh Young na Urologia. Na Mayo Clinic todos os departamentos lhe despertaram entusiasmo. Sob o ponto de vista Urológico ficou encantado com o que poudo observar sob a questão de ressecção endoscopica da prostata. Descreve a técnica desta intervenção tal como é feita neste serviço e a seguir mostra o aparelho de Thompson, lá usado para este fim. Por ultimo detem-se demoradamente sobre diversos hospitais de New York, entre os quais dois se salientam enormemente: o Presbyterian e o New York. Fala sobre os vultos que mais o impressionaram na classe medica norte-americana, destacando Lowsley, Mc Carthy, Albee, Ritter, Peterson e outros. Finalmente se refére á formidavel organização dos hospitais americanos, aos extraordinarios recursos que possuem e ás suas modelares instalações. Declara tambem voltar muito bem impressionado com a ótima acolhida que lá dão aos estrangeiros, principalmente ao brasileiro, que é sem duvida recebido com grande simpatia por todo o povo norte-americano. Toda a conferencia foi acompanhada de projeções mostrando os principais hospitais visitados, assim como as técnicas das intervenções cirurgicas mais interessantes que o autor teve oportunidade de observar e acompanhar de perto.

Ao terminar o seu trabalho o dr. Eiras de Araujo foi saudado com uma salva de palmas.

Comentando o trabalho do dr. Araujo, falou o dr. Jacé Monteiro que trouxe á casa algumas observações feitas quando de sua viagem á Europa e Buenos Aires, como: desuso dos agrafes na sutura da péle, e sutura á seda do peritonio. Referiu-se ainda ao uso da sulfenilamina no tratamento da blenorragia e a ressecção endoscopica na prostatatectomia. Termina felicitando o conferencista pelo trabalho apresentado, onde mostra com a maior fidelidade o estado atual da cirurgia e Urologia norte-americanas.

A seguir péde a palavra o dr. Luis Barata que felicita a casa pelos ensinamentos trazidos pelo dr. Araujo.

Com a palavra o dr. Eiras de Araujo, agradeceu os comentarios de seus colegas e promete voltar com trabalhos de observações colhidos em sua recente viagem.

Por fim péde a palavra o presidente Florencio Ygartua, para felicitar o conferencista pelo brilhante trabalho apresentado, e mais ainda aos colegas presentes que tiveram a oportunidade de ouvi-lo.

O prof. Florencio Ygartua inscreve-se na ordem do dia da proxima sessão, com o trabalho: "Doença de Hans-Christian-Schüler ou re-

ticulo-endoteliase cranio-hipofisaria" e como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 6 de maio de 1938.

Dr. Alfredo Hofmeister

Secretario ad-hoc.

*ATA DA SESSÃO REALIZADA NOS 3 DIAS DO MÊS DE JUNHO
DE 1938*

Sob a presidencia do Prof. Florencia Ygartua realizou-se ás 20.30 horas, do dia 3 do corrente mês mais uma sessão ordinaria semanal desta Sociedade, tendo comparecido os seguintes associados: Florencia Ygartua, E. Kanan, Carlos de Brito Velho, Gaspar Faria, Carlos Osorio Lopes, Salvador Gonzales, Luiz Faiet, Rubens Maciel, Lupi Dutrte, Fernando Schneider, Alvaro Ferreira, Mario Staedter, Renato Barbosa, Armando Lanes Xavier, Almiro Coimbra, Carlos Carrion, Valentim, Hugo Ribeiro e Saul Fontoura.

Aberta a sessão foi lida e aprovada a áta da sessão anterior, tendo, logo após o Sr. Presidente se congratulado com a casa pela presença do Dr. Renato Barbosa, antigo e emerito socio, afastado, há algum tempo, na Capital da Republica. Em segunda tomou a palavra o conferencista inscrito, Dr. Gaspar Faria que depois de uma breve introdução passou a ler o trabalho enviado a esta Sociedade pelo Dr. Pedro Cantonet Blanch, no qual o autor descreve a situação da Colonia Sanatorial Saint-Bais, instituição de assistencia anti-tuberculosa infantil, as leis que a criaram e o numero de léitos que possui. Aponta a sua organização interna, constante de dois pavilhões, um para meninos e outro para meninas, de 2 a 14 anos de idade, além das salas para exames, applicações de pneumotorax, curativos e pequena cirurgia.

Lembra que o ingresso no Sanatorio é feito através dos dispensarios, hospitais, e policlinicas de crianças, e que o regime observado é absolutamente sanatorial, quer quanto á alimentação, como ao repouso, aeração, etc.

Passando em revista a terapeutica, nos descreve as suas observações em relação ao pneumotorax artificial uni e bilateral, á frenisectomia e toracoplastia. Enfim, quanto á quimioterapia refere-se ao uso dos sais de ouro, ao calcio, ao cinamato e benzina e ao antigeno metilico.

Terminada a leitura do trabalho que foi fartamente aplaudido, tomou a palavra o Dr. Niemeier, notificando ter representado esta Sociedade na solenidade realizada pela nossa congere de Florianopolis, por ocasião de seu primeiro aniversario, trazendo de lá, oficialmente, saudações e cumprimentos.

Foi então, posto em discussão o trabalho apresentado pelo Dr. Gaspar Faria.

Tomando a palavra o Dr. Renato Barbosa que ao comentar a conferencia, recordou dois casos de sua clinica, nos quais os resultados de uma bem orientada Helioterapia foram verdadeiramente dignos de nota.

Falou, então, o Sr. Presidente que teceu comentários ao assunto em discussão.

Toma a palavra, nesta ocasião, o consocio e ilustre radiologista Carlos Osorio Lopes que, em forma de nota prévia, relata o que esta realizando no serviço hospitalar do Prof. Tomaz Mariante, com referencia á tomografia, ou como quer o orador, é um estratigrafia, questão completamente nova em nosso meio. Depois de uma breve e magnifica síntese sobre o assunto, passa a projetar o material radiografico que já possui. Termina prometendo voltar, em sessões futuras, á questão.

Ao finalizar foi fartamente aplaudido tendo recebido louvores dos Drs. Rubens Maciel e Salvador Gonzales.

Como ninguém mais desejasse fazer uso da palavra foi encerrada, pelo Prof. Ygartua, a sessão.

Desejamos, ainda incluir nesta áta a notificação de que a Sociedade de Medicina não realizou sua sessão do dia 27 de maio em homenagem ao Dr. Mauricio Cardoso e que se fez representar nos funerais do ilustre morto pelos seguintes membros da direção: presidente: Prof. Florencio Ygartua; Vice-presidente: Dr. Hugo Ribeiro e Secretario Geral: Dr. R. di Primio.

Porto Alegre, 3 de junho de 1938

Dr. *Carlos de Brito Velho*

1º secretario.

ATA DA SESSÃO NO DIA 10 DE JUNHO DE 1938

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua, secretariada pelo Dr. Carlos de Brito Velho, realizou-se no dia 10 de junho, ás 20.30 horas, a sessão ordinaria semanal desta Sociedade, á qual compareceram os colegas Valdemar Niemeier, Nogueira Flôres, Luiz Faiet, Salvador Gonzales, Lupi Duarte, João Amaral, Helio Ferreira, Carlos Barbosa, Armando Lanes Xavier, Rogerio Sarmiento Leite, Samuel Barros, Antero Sarmiento, Almiro Coimbra, João G. Valentim, Carlos Carrion, Hugo Ribeiro, Mario Assis Brasil, Ulisses Nonoái, Augusto Sisson, Alfredo Hofmeister, Aleixo Moreira e Sadi Hofmeister.

Aberta a sessão, foi lida e aprovada a áta da sessão anterior e apresentada á casa o expediente que constou de um officio recebido do Dr. Valdemar Berardineli, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, notificando a proxima vinda a esta Capital do Dr. Pitanga Santos. Foi tambem lido o officio enviado pela nossa Sociedade ao ilustre radiologista uruguaio Prof. Barcia, que proxivamente virá a Porto Alegre, com o fim de realizar algumas conferencias.

Logo após tomou a palavra o Prof. Nogueira Flôres propondo um voto de pesar pela morte do secretario perpetuo da Academia Nacional de Medicina, Dr. Olimpio da Fonseca. O voto obteve unanimidade de parte da casa.

Iniciou, então o Prof. Ulisses Nonoái a leitura de sua notavel conferencia, cuja síntese é a seguinte:

O Prof. Ulisses de Nonoái, depois de lembrar que já em conferencia anterior fixará em termos precisos a fisiopatologia do contagio tuberculoso, que entre adultos só era possível, em regra, através dos travesseiros contaminados ou que se contaminavam, inicia a actual dizendo que demonstrará a tésé que defende com uma argumentação concentrada e cerrada.

Começa, para isso, citando, como elemento de destaque, quando a Tuberculose é a mais frequente das infecções humanas, segundo a tragica estatística de Leon Bernard, em que gerações com antecedentes tuberculosos dão apenas tres individuos sãos para sete doentes, sem aqueles antecedentes ainda quatro sobre dez serão presas do terrivel mal.

Depois mostra que não pode haver infecção se os germens, expõe como estes não se conservam no ar, na terra, na agua, etc., e, por consequencia, como os individuos, doentes ou sãos, têm de ser os focos de conservação e irradiação daqueles parasitas.

Estuda largamente os seus caminhos de invasão no organismo e si os germes são expellidos sob fórma seca ou de goticulas liquidas, as dificuldades, senão impossibilidade, de serem inalados e, portanto, como isso explica a raridade do contagio directo entre os adultos.

Afirma, em seguida, que nas relações sociais, nas atmosferas confinadas, etc., a gente vai colhendo os germens, depositando-os, com a baba e demais excreções, nos travesseiros, onde eles se conservam admiravelmente e donde serão com toda a facilidade inspirados, naquella ruminação de que fala Bezançon, e que é tão fecunda para o contagio.

Diz, logo após: "Nem por não ser fatal, atingir a todos as consequencias deste mecanismo de transmissão, se deve concluir que nos casos em que ele surge outros fatores influiram. Felizmente para os individuos, para todos nós, a infecção depende de um grande numero de outras circunstancias (barreiras organicas, massa de invasão, etc.). Permitindo entanto todas elles, só a accumulção de germens nos travesseiros pode vir, como a infiltração subterranea das aguas, destruir a coesão da resistencia, cavar o abismo onde se precipitará a nova vitima do mal terrivel e sinistro!

Em seguida, o Prof. Nonoái descreve, em largos traços, a epidemia de tuberculose em Frejus, que dizimára as tropas senegalenses que tinham vindo combater pela França, demonstrando como a eliminção de todas as causas possiveis prova exuberantemente que o contagio só pudera vir dos travesseiros contaminados e que se iam contaminando nos quartéis de occupação.

A proposito, salienta como em as forças armadas é enorme a proporção de tuberculose, obediente á mesma causa.

Estudou longamente, quanto se vem debatendo em Ciencia sobre a transmissão da tuberculose e como Calmette, o mestre dos mestres, afirma que o bacilo de Koch não é ubiquista, e, portanto, só será encontrado onde fôr deposto, não havendo outro veiculo, fóra dos travesseiros, onde possa haver inspiração directa dos bacilos.

Na critica de uma bibliografia extensa e riquissima, o Prof. Nonoái mostra como na actual e aparente confusão, só a tésé que defende pode

encher as reticencias sobre o contagio da tuberculose, bem como demonstra que, nos adultos ao contrario do que querem Sergent e sua escola, a tuberculose não é o despertar de uma infeção da infancia.

Cita os trabalhos experimentais de Courmont, as communicações dos Congressos de Tuberculose mostrando quanto concorrem á agravação do seu prognostico as infeções associadas, colhidas nos travesseiros.

A conferencia do Prof. Nonoái termina com uma série de itens, em que toda a sua argumentação é sintetizada e resalta a importancia scientifica da tése que defende e que vem abrir o caminho mais promissor e mais fecundo para a profilaxia e higiene terapeutica do grande flagelo humano.

Terminado a leitura que foi saudada com palmas, pediram a palavra sucessivamente os Drs. Carlos de Brito Velho, Hugo Ribeiro e Florencio Ygartua que comentaram o trabalho, resaltando, todos, os meritos e a cultura invulgares do conferencista.

Por fim falou o orador da noite, respondendo aos comentarios.

Não havendo quem mais desejasse fazer uso da palavra foi encerrada a sessão depois de o Sr. Presidente ter informada á casa de que na proxima sessão se realizaria a conferencia do Prof. Nogueira Flôres, sobre "Noticia historica da Ortopedia, sua evolução e suas tendencias."

Porto Alegre, 10 de junho 1938

Dr. Carlos de Brito Velho

1º secretario

Para a tosse e suas funestas
consequencias, azar sómente

Peitoral de Angico Pelotense

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

Bismuterapia da sífilis

NATROL

(tartaro bismutato de sodio)

Em qualquer periodo e manifestação da SIFILIS nervosa,
constitue medicação de efeito.

RAPIDO — EFICIENTE — SEGURO

Encontravel no "liquor" após as primeiras injeções

Empôlas de 2 cc = 0,038 Bi.

Pomada de NATROL — espirilicida de uso topico

Tratamento de anemias em geral

Oxi-Hemoglobina

Elixir e xarope

Produto obtido do sangue de
animais, logo após a sua ma-
tança no Matadouro, por pro-
cesso especial do L. C. S. A.

Post-Paludicas — Post-Vermi-
noticas

Linfatismo — Gravidez — Es-
crofulose — Convalescenças —

Puerperio

Medicação hematogenica ideal

FERROTONINA

Medicação ferro-arsenical

Empôlas — Injeção indolor

Multiplica os globulos verme-
lhos, aumenta o valor globular
e ativa as trocas nutritivas.

Anemias de qualquer origem.
Convalescenças. Clorose. Leu-
cemias, Ictericias. Psicastenia.
Impaludismo. Fraqueza geral.

Formula do Prof. Austregésilo

Notas Terapeuticas

E' nesta época do ano que bronquite, pneumonia, influenza e outros males febrís infecciosos agudos tem a sua maior incidencia.

O emprego da Antiphlogistine é medida terapeutica que pôde ser considerada como a primeira salvaguarda aos primeiros sinais de arrepios de frio ou dor de garganta.

Esse medicamento ajuda a melhorar o estado local, e evita consequencias de maior gravidade. Sobrevindo, porém, uma bronquite, pneumonia ou influenza, a Antiphlogistine auxilia de modo que o ataque seja menos violento.

A Antiphlogistine alivia a congestão, mitiga a dôr e promove o bem estar do paciente. O calor fornecido por esse medicamento, num período de muitas horas, penetra os tecidos, absorve com mais rapidez os residuos toxicos, e estimula maior atividade ao processo curativo.

Esse produto é muito valioso, especialmente, em todas as afecções das vias respiratorias.

PERANDREN "Ciba" (Propionato de testosterono)

Partindo da constituição química da molécula da colesterina, Ruzicka em 1933 obteve sinteticamente o androsterono. Este androsterono sintético, relativamente á sua ação sobre o crescimento da crista do capão é completamente igual ao produto que normalmente se encontra na urina masculina. Mediante estudos em colaboração pelos Laboratorios químicos da Escola Politécnica Federal de Zurich e da casa "Ciba", conseguiu-se determinar a constituição do hormônio testicular propriamente dito, o testosterono (androsterol-17-on-3), que foi confirmado pela síntese (Ruzicka e Wettstein). Finalmente, prolongados ensaios biologicos efetuados nos laboratorios da "Ciba" demonstraram que a ação de alguns derivados, principalmente a do éster propionico, ou seja o Perandren, ultrapassa consideravelmente a do testosterono livre (Miescher, Wettstein e Tschopp):

a) sobre a crista do capão ("test" do capão) a ação do Perandren é 5 vezes mais forte que a do androsterono; 1 mg. de Perandren corresponde a cêrea de 50 unidades internacionais, tais como as definiu, em 1935, a Conferencia Internacional, de Estandardização dos Hormônios Sexuais.

b) No que se relaciona com a sua ação sobre os órgãos sexuais anexos do rato castrado ("test" do rato), o Perandren ocupa o primeiro lugar entre todas as preparações de hormônios do radical propionico, a atividade do testosterono sobre os mamíferos (rato) foi fortemente aumentada não só sob o ponto de vista da intensidade mas igualmente no que diz respeito á duração. O Perandren exerce sobre o rato uma atividade particularmente elevada por unidade-galo.

Aqui não é possível entrar em pormenores sobre as questões relativas á formula química do Perandren. A respeito de sua constituição química existe uma vasta literatura ilustrada. Sobre as propriedades biologicas do hormônio sexual masculino se encontra igualmente uma volumosa literatura.

Mais escassa, porém, é a literatura sobre seu emprego na clinica. É certo que já dispomos de numerosas opiniões principalmente de medicos da Europa, mas a respeito dos ensaios clinicos para esclarecimento e delimitação das variedades e complexas indicações faz-se mistér guardar ainda uma certa reserva. Sómente a coleção de um grande número de casos individuais (observações minuciosas) pode fornecer um quadro final das possibilidades do emprego do hormonio sexual masculino.

As indicações do Perandren evidenciam-se por si. Recomendamo-lo nos casos seguintes: Fenómenos de carencia de natureza fisica e psiquica devidos á insuficiencia testicular, transtornos do desenvolvimento sexual, estados consecutivos á falta completa das glandulas sexuais ou de suas funções, afecção prostáticas, transtornos do metabolismo hormonal, etc.

A conexão genética entre o hormonio masculino e o feminino e a circunstancia de não serem os hormonios sexuais rigorosamente especificos, permitem ensaios tambem em pacientes do sexo feminino. No tratamento com o Perandren muitas vezes não se deve negligenciar o funcionamento de outras glandulas de secreção interna e, em alguns casos, torna-se mesmo necessario um tratamento combinado.

O Perandren "Ciba" é apresentado no comercio em caixas de 4 ampolas de 1,1 cc. — 1 cc. contém 5 mg. de Perandren em solução oleosa, correspondendo a cerca de 250 unidades internacionais. Como é natural, a elaboração de um preparado desta categoria compreende em grande sacrificio material; a manipulação do Perandren é por em quanto bastante dispendiosa, razão por que o preparado só pode ser oferecido gratis em quantidades muito restritas.

Em todas as dôres verifica-se uma perturbação no equilibrio fisico ou mental, a interrupção de alguma função vital, ou o desvio da normalidade. Lesões, inflamações, excessos musculares, perturbações circulatorias, — tudo isso é causa de dôr. E seja ela fraca ou intensa, prolongada ou passageira, é fundamental, no espirito do doente, a pronta supressão da dôr. Para o doente atormentado pelo doloroso processo pneumonico, nada é mais reconfortante e agradável que um catasplasma de Antiflogistine aplicado no torax. Os medicos acostumados ao uso desse processo simples, estão de pleno acordo que essa aplicação anodina aumenta a circulação superficial pela produção de hipermia artificial que descongestiona o fóco inflamatorio dos tecidos profundos, aliviando a dispnéa e o esforço do coração direito.

Os medicos de todos os paizes reconhecem cada vez mais as propriedades unicas da Antiphlogistine, como valioso auxiliar no tratamento da pneumonia, onde quer que a dôr seja fator preponderante.

O emprego do calor no tratamento de varias enfermidades é, pôde dizer-se, quasi intuitivo; e isso é tão certo, que esse recurso tem sido posto em pratica desde a mais remota antiguidade até a época presente, e hoje, mais do que nunca, dedica-se maior atenção aos varios usos do calor em medicina.

O efeito sedativo do calor sobre os nervos de sensação e motores, a sua capacidade de alterar o metabolismo local, pelo aumento que traz ao subsidio do sangue o e da linfa, pelo incremento da nutrição nas partes, e pela absorção dos exsudatos, torna o calor um elemento da vasta aplicação no tratamento de fermidades.

A prova disso vê-se, com frequencia, de modo prodigioso, quando se emprega o calor sob a forma de Antiflogistine, em casos tais como artrita, reumatismo, ciatica, lumbago, fibrosite, traumatismos, afecções das vias respiratorias, superior e inferior, e onde quer o calor seja indicado.

Na angina pectoria, a Antiflogistine, que mantem o calor proprio durante muitas horas, é bem empregada para mitigar a dôr, e pelo seu valor como sedativo.

Boletim da Secção de Cirurgia

da

Sociedade de Medicina

Comissão Redatora:

H. Varnieri
Adair E. Araujo
Luiz S. Barata



SUMARIO:

O fenomeno de Arthus com o catgut

As relações entre a sensibilidade ao catgut e a cicatrisação das feridas operatorias

O FENOMENO DE ARTHUS COM O CATGUT, CAUSA NÃO
PENSADA DAS ADERENCIAS POST-OPERATORIAS
OSCAR GILSON E ANDRE' GRATIA — JOURNAL DE CHI-

RURGIE, t. 51, n° 1, Jan. de 1938, p. 43.

Trabalho realizado nos laboratorios de Bacteriologia das Universidades de Bruxellas e Liège e no Hospital Schaerbeck de Bruxellas. Obteve o premio Edouard Laborie de 1937.

Pelo Dr. *Adair Eiras de Araujo*

A complicação organica mais frequente de qualquer intervenção abdominal é a formação de aderencias. Como consequencia destas observam-se, não poucas vezes, dôres, perturbações digestivas e até oclusões, exigindo-novas intervenções. Em atos operatirios praticados em plena infecção, exigindo drenagens prolongadas, Mikulicz, etc., compreende-se facilmente o porque do aparecimento das aderencias. Em operações mais simples as causas mais comumente invocadas têm sido: manipulações viscerais, exposição das visceras muito tempo ao ar, erosões por manobras brutais, despolimento do endotelio por atrito de compressas, sufusões sanguineas serosas ou sub-serosas, introdução de alcool iodado, etc. Entretanto, si estes traumatismos foram asepticos, esta reação se apagará no fim de 15 ou 20 dias e as aderencias desaparecerão a pouco e pouco.

Casos ha porém em que a operação é corrétamente feita, o cirurgião trabalha com pontas de pinças, com a maior delicadêsa possivel e após semanas ou mêses surgem aderencias dolorosas, capazes de ocasionar importantes perturbações.

Muitos autores têm procurado explicar a sua formação: Pauchet e Gaetlinger, Berard, procuraram sua causa na infecção do grande eplon, mas êles proprios não se confessam muito satisfeitos com a sua teoria. Lardennois levando a questão para o lado terreno, mostra como os tuberculosos e os sifiliticos são predispostos. Seus trabalhos são confirmados por Castaigne, Policard, Paviot, Savy, Delore, Alamartine e Pauchet que vêm na formação de aderencias predisposições individuais, ou, em outras palavras, que os terrenos alergicos são predispostos ás aderencias.

Impressionalos pela frequencia de aderencias e mesmo de oclusões intestinais post-operatorias em doentes que, por um motivo qualquer, tinham feito antes um tratamento soro- ou proteínoterapico, os Autores foram levados a estudar a questão sob o prisma do fenomeno de Arthus ou da anafilaxia local. Surgiu logo a seu espirito a idéa de que o catgut, musculosa do intestino do carneiro, desempenhando o papel de antígeno, podesse, num terreno predisposto, ser o responsavel pelos accidentes observados.

De início, duas objeções podem ser feitas: a primeira é a noção clássica da especificidade da anafilaxia e a segunda o numero relativamente elevado de injeções de antígeno que é necessario para obter o fenomeno de Arthus. Nenhuma das duas é entretanto suficientemente forte e os Autores se alongam em considerações sobre as mesmas, trazendo em seu apoio opiniões do proprio Arthus.

Passam em seguida á parte experimental de seu trabalho. Assim fizeram sua experimentação:

1ª serie — introduziram asepticamente fragmentos de catgut comum na cavidade peritoneal de 4 lotes de cobaias — 1 lote de cobaias novas, 1 sensibilizado com soro de cavalo, outro com soro de carneiro e outro com soro de cavalo e de carneiro. Os animais eram sacrificados 8 dias depois. Verificaram: 1º nas cobaias novas o catgut ou já tinha sido absorvido, ou estava livre na cavidade peritoneal, ou englobado numa lamina epiploica, mas sem provocar reacção; 2º ao contrario nas cobaias sensibilizadas o catgut estava incrustado no peritoneo visceral, parietal ou epiploico, no centro duma reacção edematosa, congestiva, hemorragica e plastica, isto é, êle era o ponto de partida de adherencias unindo o peritoneo parietal ao visceral e epiploico.

2ª serie — repetiram as mesmas experiencias empregando comparativa e simultaneamente catgut iodado alemão e catgut não iodado francês. Resultados identicos.

4ª serie — mesmas experiencias com o calgut introduzido sub-cutaneo. Mesmos resultados.

5ª serie — catgut em ligaduras vasculares. Resultados semelhantes. Afim de afastar qualquer possibilidade de uma causa septica, fragmentos do mesmo catgut com que eram feitas as experiencias eram colocados em caldos de cultura.

Depois de longas considerações sobre estas experiencias passam os Autores a mostrar a sua applicação pratica ao homem. Para prevenir este accidente dois caminhos são possiveis: ou a troca do material de sutura, isto é, o abandono do catgut, que fará objéto dum proximo trabalho seu, ou a desensibilisação do terreno alergico dos doentes que foi o que êles tentaram.

Passam em revista todos os meios até hoje preconizados para combater as adherencias, detendo-se mais tempo no liquido amniotico, recomendado por Hébert. Mostram depois suas experiencias de desensibilisação.

Primeiro tentaram a desensibilisação não especifica, com peptona de Vitte, que injetavam na coxa do doente nos dias que precediam e se seguiam á intervenção. Os resultados foram pouco brilhantes. Estudaram depois a desensibilisação especifica que por via endovenosa, se mostrou inefficaz. Por ultimo se dedicaram á desensibilisação por via sub-cutanea com soro homologo e os resultados foram os melhores possiveis. Tres dias antes da intervenção introduzem por via sub-cutanea, doses crescentes de soro homologo. Começam com 1/10 de cc. de uma diluição a 1/5, depois 2/10, 3/10, etc., até 1 cc. e continuam até o desaparecimento da reacção cutanea. Sobre 20 coelhos assim tratados, 17

tiveram ótimos resultados e em 3 houve uma leve reação em torno do catgut. Fizeram depois a desensibilização com soro antidifterico e com pó de catgut em suspensão aquosa. Os resultados se mostraram sempre parelhos.

Passando ao terreno humano os Autores procuram um meio de despistar estas alergias, estas sensibilidades especiais. Para isto lançam mão de dois recursos. Primeiro um interrogatorio rigoroso do doente sobre a sua capacidade alergica, astma, urticaria, uso de soros, etc.; segundo a intra-dermo reação proteínica. A conselho de Reneaux usaram para este fim soro antidifterico com data de utilização já prescrita. Nos individuos em que estes dois recursos permitiam pensar na existencia duma sensibilidade especial, recorriam á desensibilização da seguinte maneira Nos dias que precedem á operação injetam de manhã e á tarde, por via sub-cutanea, 2/10 de cc. de soro de cavalo envelhecido diluido com partes iguais de soro fisiologico. Aumentam 1/10 de cc. todos os dias e operam o doente no 5^a dia preferindo a anestesia geral. Dois dias depois da intervenção intra-dermo reação. Si positiva, reinjetam 1/2 cc. de manhã e de tarde, até desaparecimento da intra-dermo-reação. Em dois anos usaram este processo em 56 doentes julgados por elles predispostos. Por outros motivos tiveram que reintervir em 4 destes doentes e em nenhum dêles encontraram traços de adherencias.

Acham que estes fatos clinicos estão inteiramente de acôrdo com os dados da experimentação e que estes estudos merecem ser continuados.