

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

MARÇO DE 1940

N. 3

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

**HUGO RIBEIRO**

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

**JACI C. MONTEIRO**

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

**SALVADOR GONZALES**

1.º SECRETARIO

**RUBENS MACIEL**

2.º SECRETARIO

**ALFREDO HOFMEISTER**

TESOUREIRO

**ANTÉRO SARMENTO**

BIBLIOTECARIO

**LUIZ SARMENTO BARATA**

Doc. Livre de Cl. Urológica

**NINO MARSIAJ**

Cat. Int. de Cl. Médica

DIREÇÃO CIENTIFICA

**MARTIM GOMES**

Cat. de Ginecologia

**RAUL MOREIRA**

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**RUBENS MACIEL**

REDATORES

GABINO DA FONSECA  
MARIO TOTA  
FLORENCIO YGARTUA  
NOGUEIRA FLÔRES  
VALDEMAR CASTRO  
PEDRO MACIEL  
JACI MONTEIRO  
MARIO BERND  
NINO MARSIAJ  
AMÉRICO VALERIO  
J. LISBÔA DE AZEVEDO  
IVO CORRÊA MEYER  
LUIZ S. BARATA  
HELMUTH WEINMANN  
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES  
GUERRA BLESSMANN  
DECIO DE SOUZA  
ANES DIAS  
RAUL MOREIRA  
PEREIRA FILHO  
J. L. T. FLÔRES SOARES  
J. MAIA FAILACE  
CARLOS CARRION  
ÁLVARO B. FERREIRA  
C. LUPI DUARTE  
JOÃO G. VALENTIM  
ANTONIO LOUZADA  
VALDEMAR NIEMEYER  
E. J. KANAN

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

# Sumario

---

## Trabalhos originais

- NOGUEIRA FLÔRES — Novos horizontes abertos para a Cirurgia Infantil e a Ortopedia com o advento dos Raios Roentgen.... pág 78 <sup>25</sup>
- E. J. KANAN — Moléstia Osteogênica ..... " 87
- JOSE' GERBASE — Tuberculose verrucosa cutis ..... " 101

## Sociedade de Medicina

- ATAS — Sociedade de Medicina ..... " 107

---

Nas convalescenças: **Serum Neuro - Trófico**

**Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador**

— MEDICAÇÃO SERIADA —

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



---

ANDRADAS, 1428  
TELEFONE, 7700  
PORTO ALEGRE



ANÁLISES MÉDICAS - VACINAS AUTÓGENAS

**LABORATORIO FAILLACE-CARRION**

— EX. LABORATORIO WALDEMAR CASTRO —

**D<sup>rs</sup> J. MAYA FAILLACE - D<sup>rs</sup> CARLOS M. CARRION**

---

## Novos horizontes abertos para a Cirurgia Infantil e a Ortopedia com o advento dos Raios Roentgen

pele  
Prof. Nogueira Flores

Como introdução a importância da radiologia á Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica, devemos dar a notícia da descoberta dos raios X e declarar que o conhecido **ôvo electrico do Abade Nollet** em meados do seculo XVIII, e tambem na mesma época o aventureiro e famoso Cagliostro, aproveitando a experiência do **ôvo electrico de Nollet** faz profecias curiosas.

A proposito o Professor Antoine Bécélère escreve:

“A supposer que pareille prédiction eût jamais été énoncée, quel homme raisonnable aurait admis un instant qu'elle pût un jour prendre corps et devenir une valité? Cependant il nous a été donné d'assister à l'éclosion de ces merveilles! Elles nous sont même devenues si familières qu'aujourd' hui c'est à peine, si elles provoquent encore notre étonnement”.

No curso do século XIX o **ôvo electrico do Abade Nollet** se torna em ampoula de Geissler devido a uma rarefacção gasosa no seu interior mais forte e em ampoula de Crookes por uma rarefacção ainda mais forte no interior. Em 1868 Hittorf observou que com um certo vacuo, o catodio, isto é, o conductor metalico dá saída a descarga electrica, torna-se no interior da ampoula a séde de uma emissão radiante. Sobre estes raios catodios Crookes faz durante longos anos, objéto de suas pesquisas. Verifica que o iman os desvia de seu trajéto rectilineo, conclue com isso que são electrizados e os considera como a trajetória de corpusculos gasosos extremamente mantidos e electricamente carregados e animados de uma grande velocidade, verdadeiros projectis, cujo choque sobre obstaculos solidos produz diversos fenomenos luminosos, calorificos e mecanicos. Estes projectis catodicos em que Crookes vê um quarto estado da matéria que bombardeiam, sem poder atravessa-la, a parede de sua prisão de vidro, tornar-se-ão os **paes dos raios X**.

Em Dezembro de 1895 Guilherme Conrado Roentgen então professor de física da Universidade de Wurtzburg faz um achado inesperado. Em alguma distância da ampoula de Crookes, envolvida por um envelope opaco a luz, vê, quando a corrente electrica atravessa cristais de platino-cianeto de bário se iluminar e ficar mais ou menos vivamente iluminadas apesar de obstaculos diversos, pranchas de madeira, livros espessos e mesmo folhas metalicas. E' a descoberta de uma nova espécie de raios invisiveis, capazes, ao igual dos raios ultra-violetas, de iluminar certas substâncias, e como Roentgen se assegurasse disto, im-

pressionar as placas fotograficas, porém notaveis entre todas as radiações conhecidas pelo extraordinário poder de penetração através de todos os corpos, tambem dos corpos opacos, como dos corpos transparentes á luz. Nestes nossos raios de que ele ignora a natureza, de que nascem da parada brusca dos projetis catodicos, Roentgen dá o nome de **raios X**.

Quando interpõe sua mão entre a ampoula e a pantalha de platinocianeto de báirio que ilumina, vê nesta pantalha a sombra muito carregada do esqueleto projetada no meio da sombra leve das partes moles, é a **radioscopia**.

Destas sombras fugidías uma placa fotografica, substitue a pantalha, dá uma imagem negativa — esqueleto branco sobre fundo negro, — que tira em prova sobre papel e torna-se positiva, isto é, toda semelhança á imagem observada na pantalha: é a **radiografia**.

Tais são estes dois processos do nosso método de investigação que, aplicado ás moléstias, chamar-se-á o **radiodiagnostico**.

No curso deste mesmo ano, 1896, a pratica do radiodiagnostico dá occasião de surpreender entre os raios ultra-violetas e os raios X uma nova analogia de propriedades, a ação nos seres vivos. Entre doentes por muito tempo, demais expostos á ampoula Roentgen, observa-se sobre a região irradiada, ora uma simples depilação, ora reações inflammatórias, cujo grau varia da rubefacção leve á escarificação profunda. Dois medicos Vienenses Schiff e Freund tiveram os primeiros a idéia de utilisar com um fim terapêutico, a ação das ampoulas de Roentgen com a ambição primeiramente muito modesta de fazer cair alguns pêlos. Esta tentativa de tratamento prosseguindo um pouco na aventura, se revela mais eficaz que não o esperava, pois que lhe descobrem uma ação favoravel em uma série de afeções cutaneas, (lupus e mais especialmente sobre o epitelioma). Releva dizer que deve a ciência brasileira os feitos pelo dr. Francisco Pereira das Neves, presidente do Foto Club Brasileiro, a quem cabem as glórias da iniciativa no Rio de Janeiro em 1896, fim do mês de Janeiro nos Laboratórios de Física da Faculdade de Medicina do Rio, confiado á direção do eminente catedrático de Física, de saudosa memória, dr. João Martins Teixeira.

\* \* \*

Neste mesmo ano surgiu a distinta tésede doutoramento do aluno dessa Faculdade, Adolfo Carlos Lindenberg, cujo titulo de seu bem elaborado trabalho foi “Dos raios X no ponto de vista médico-cirúrgico”. Observação pessoal do autor da tésede: “**Pesquisa de uma agulha** — A Sra. X diz que em meados de Agosto, apoiando a mão por sua face palmar sobre um móvel, sentiu vivas dores, verificando ter sido ferida por uma agulha. Fazendo diversas tentativas para extraí-la, partio-a ficando um fragmento no interior das carnes. Nos primeiros dias, sentiu dores vivas que depois se apagaram para se repetirem, muito mais brandamente, com grandes intervalos. Confiado aos cuidados do Dr. Pereira das Neves procedu este a pesquisa radiografica. O tempo de exposição — 15 m. A distância 30 cm. Revelada a imagem,

obtem-se um radiograma lindo do esqueleto, do qual nenhuma particularidade escapou á radiação. Da agulha, porém, por mais cuidadosamente que examinássemos a prova, nenhuma indicação havia, donde concluimos que tínhamos sofrido um processo de oxidação, sendo posteriormente absorvida, ou então que fora desviada para um ponto mais distante.

Os fenomenos dolorosos deviam correr por conta de um processo irritativo, provocado pela passagem da agulha ou de reumatismo, de que se queixa a paciente”.

#### Observação :

“Tumor da côxa de uma criança. Na enfermaria a cargo do Sr. Prof. Barata Ribeiro dá entrada a 21 de Setembro o menor Agostinho, de 3 anos, brasileiro, pardo. Acusa na côxa um grande tumor, cujo principio data de tres meses e hoje já invade o abdomen. O tumor apresenta uma superfície regular; duro, ausencia de flutuação e de dôr. A articulação do joelho está completamente livre e a perna move-se com a máxima facilidade. Estado geral ótimo. O professor da cadeira faz o diagnóstico de osteosarcoma. No sentido de orientar-se sobre o maior ou menor comprometimento do esqueleto, intercede junto aos Srs. Prof. Martins Teixeira e Dr. Pereira das Neves, para que se procedesse a um exame radiografico da parte. Deste trabalho encarrega-se o Sr. Lino Macedo. O doentinho é deitado de maneira que a côxa repouse em toda a sua extensão sobre a chapa, e cloroformizado pelo prof. Barata Ribeiro. Mesmo assim, foi impossivel evitar que no correr da experiência o paciente se movesse.

A distância — 35 cm. A exposição  $1\frac{3}{4}$  de horas. —Pelo exame do radiograma, nota-se que o esqueleto da perna está muito sentido, o da côxa muito menos, percebe-se porém, que até o terço superior ele não está comprometido. Daí para cima, onde o tumor é muito mais espesso (15 cm. mais ou menos), nada se percebe do osso, sendo, pois muito possivel que aí esteja seriamente afetado.

\* \* \*

Ainda como subsidio a historia do emprego dos Raios Roentgen, á Medicina e á Cirurgia cumpre-nos informar que em 1903 instalei na Capital do Rio Grande do Sul em meu Gabinete de Eletroterapia um aparelho de Radiologia Médica.

Fomos paulatinamente ampliando e aperfeiçoando a aparelhagem e tambem fiz viagens de estudos a respeito, por diversas vezes ao Rio e São Paulo, seguindo em meados do ano 1908 para França, onde me demorei um ano em cursos de aperfeiçoamento, além de mais tarde ir ás Republicas do Prata observar as instalações mais modernas no genero.

Fomos encarregados do Curso complementar de Física Biológica, como especialista em eletro-radiologia, e professor fundador da Faculdade Livre de Medicina e Farmacia de Pôrto Alegre.

Assim, pois, davamos aulas praticas e especialmente de eletro-radiologia aos alunos do Curso de Medicina e de Farmacia, no curto

período de 4 meses e nos anos de 1905 e 1906 em meu Gabinete de Eletroradiologia.

Releva informar que o Dr. Becker Pinto quasi contemporaneamente havia adquirido uma instalação de Radiologia para uso de sua clínica particular.

\* \* \*

Redard e Laran em 1900, quatro anos, após a importantíssima e promissora descoberta dos Raios Roentgen deram á publicidade um luxuoso atlas, com interessante coleção de radiografias, constituindo o atlas de radiografias em cirúrgia infantil e ortopédica.

Na sua introdução declaram que “o estudo no vivo, deformações, afeções ósseas e articulares, observadas em cirúrgia infantil e ortopédica não pôde atualmente, na maioria dos casos, ser feito sem o concurso da radiografia”.

“Julgamos pois, util, representar em nosso Atlas os principais especimens, provas que temos colhido no individuo, dando sobretudo nossas imagens radiograficas dos desvios do raque, das osteo-artrites e luxações congenitas do quadril.

“Melhor que a radiosopia que é verdadeiramente muito pouco util para o estudo das afeções cirúrgicas profundas, a radiografia dá uma representação exata da configuração das deformidades, das lesões dos óssos e das articulações, mesmo quando elas estão situadas profundamente.

Algumas vezes, é verdade, as informações fornecidas são incompletas; as lesões, a situação e a posição dos óssos não são exatamente representadas.

“Devemos muitas vezes interpretar as provas obtidas.

“Os erros são todavia muito raros e si as provas radiograficas são boas, si as compararmos com as do lado normal, se obtem noções exatas sobre a configuração das partes profundas, inacessivel aos nossos meios de investigação habituais”.

\* \* \*

Foi ainda no mesmo ano, isto é, de 1900, que se realizou o Primeiro Congresso Internacional de Eletrologia e de Radiologia reunido em Paris, onde Destot, de Lyon, apresentou uma comunicação intitulada: “de la radiografie des fractures mécomues”.

Devo falar apenas de algumas afeções cirúrgicas para não me alongar sobre esta modesta contribuição e assim transcrevo ainda o que Redard e Laran escrevem a proposito das osteo-artrites tuberculosas e coxalgia: “a radiografia, permitindo fazer um verdadeiro estudo anatomo-patológico no vivo, é de muita utilidade e empregada, como elemento de diagnóstico e tratamento em diversos períodos das osteo-artrites tuberculosas.

“Desde o ano de 1897, subtemos a radiosopia e a radiografia todas as osteo-artrites que se apresentaram a nossa observação.

“Insistem sobretudo na utilidade da radiografia no diagnóstico e no tratamento da coxalgia, particularmente da coxalgia incipiente.

“Nesta afeção, com efeito, a tuberculose se localisa em uma articulação profunda, coberta de volumosos musculos.

“A coxalgia é muitas vezes confundida com as diversas variedades de contracturas do quadril, com a luxação congênita do quadril e com a côxa-vara. Apresentaram uma memoria sobre este assunto ao Congresso para o estudo da tuberculose, reunido em Paris e em agosto de 1908.

“Os caratêres principais das osteo-artrites tuberculosas e da coxalgia, estudados pela radiografia, estão pela maior parte indicados nas estampas.

“**Osteo-artrites tuberculosas em geral.** Estas lesões são representadas em radiografias — localizadas e difusas, assestando-se na sinovial ou nos ossos e o mais das vezes, nas partes fibro-sinoviais e nos ossos”.

E por fim estes autores passam a estudar as radiografias das scoliôses, do Mal de Pott, das afeções cirúrgicas e das luxações congênitas do quadril.

Deixo de transerever estes estudos radiológicos por não comportar esta resumida contribuição.

\* \* \*

Dando mais informes a respeito de outros atlas radiográficos, lembramo-nos do de Albert Schoenberg (de Hamburgo), excelentes guias para anatomia radiológica do corpo humano, inteiramente indispensáveis aos especialistas.

Tambem Antoine Bécélère, Grashey e Jaugeas (de Paris) deram a publicidade em 1908 um magnifico atlas de radiografia do homem normal; em 1927 Haret, Dariaux e Quénu outro excelente atlas de radiografia óssea em dois volumes (radiologia do esqueleto normal e radiologia das alterações do sistema ósseo), e finalmente tem-se para citar apenas, um importante — Atlas de Roentgen — diagnóstico das doenças internas por Franz Groedel (de Bad. Nauheim) com uma escolhida e numerosa colaboração de professores das universidades Alemãs e Americanas, publicado em 1909.

Como remate deste trabalho, de feição resumidamente histórica e demonstrativa pelo grande auxilio prestado á ortopedia e a traumatologia, como especialidade de alguma forma social e altruistica, complicada porque tambem visa a difficil cirurgia infantil.

Cumpre-nos informar da existência de importantes Jornais, Arquivos e Revistas de Radiologia e de Eletro-radiologia alemãs, americanas, francesas, inglesas, belgas, suissas e espanholas, bem como Boletins das Sociedades respectivas destes paizes para difundir os conhecimentos e para fazer propaganda de seus extraordinários progressos e beneficios prestados ás ciências medico-cirúrgicas.

\* \* \*

A 22 de Setembro de 1896 fez-se no laboratório de Física da Faculdade de Medicina do Rio, a primeira aplicação dos raios X á medicina clínica do Brasil. Seguiu, neste mesmo ano para a Europa, o catedrático de Clínica Propedêutica, Prof. Alfredo Thomé de Brito, da Faculdade da Baía, comissionado pelo Governo para estudar o processo e suas aplicações á medicina. Assistimos, no mês de Junho de 1897, na Clínica Propedêutica desse notavel catedrático, observações radiológicas auxiliadas pelo seu distinto chefe de clínica e atual catedrático aposentado, Professor João Fróes.

Alguns investigadores brasileiros ensaiaram os raios de Roentgen, como Francisco Fajardo, Esteves de Assis e Orzimbo Ribeiro. Apareceram, por esta época, trabalhos a respeito da genial descoberta de Roentgen, que têm prestado á humanidade extraordinários benefícios, sendo seus progressos assombrosos: Na Revista dos Cursos da Faculdade do Rio os estudantes Henrique Duque Estrada, na Revista Acadêmica, Eugenio Hertz, na Revue Médico-Cirurgicale, do Catedrático de Clínica da Escola Politecnica do Rio, notavel professor Alvaro de Oliveira, e, finalmente, o snr. Fernando X, publicaram uma série de artigos no Diário Popular de São Paulo.

O eminente cirurgião Dr. Edmundo Berchon foi o primeiro no estado do Rio Grande do Sul (cidade de Pelotas), que importou uma instalação de radiologia para o seu serviço de clínica particular no ano de 1896.

\* \* \*

Resumindo o papel da radiologia nesta Clínica Cirúrgica especializada, é mister vos dizer que, com o advento dêsse importante instrumento de exploração, abriu-se novos horizontes á Cirurgia Infantil e á Ortopedia. (1) Esta nova ciência de Roentgen dotou de maneira tal que a fez incluir na Patologia, ampliando mais o capítulo da sintomatologia, com syndromos novos e bem precisos, diagnósticos, prognóstico e tratamento das doenças em geral, cirúrgicas e ortopédicas. E' um poderoso e admiravel instrumento de investigação que se legou á medicina, não só como meio de observação subsidiária como tambem uma documentação necessária, por isso que não podemos dela prescindir e não devemos despreza-la. A radiologia faz, sem exagêro, uma devassa do organismo tal como se procedesse a uma disseção, em suma, a uma autópsia "in vitam", perdoe-nos a comparação. Não deixa, portanto, de se admitir a hipótese de que, com a descoberta dos raios de Roentgen, não ha mais mistérios a desvendar-se no corpo humano. Tal é o seu benefício, que vai prestando á humanidade, tal têm sido os seus aperfeiçoamentos no campo experimental, no campo da técnica, que nos faz pasmar, que nos deixa maravilhado.

Não temos o direito de fazer sofrer uma criança para adquirir

---

1) Leonard (notavel radiologo americano, declarou no XVII Congresso de Medicina de Londres que "a Anatomia, a Fisiologia, a Patologia e a sintomatologia vivas devem ser escritas, e isto será possível somente quando os resultados do estudo do doente "in vivo" pelo método radiológico quando forem completas".



noções hipotéticas de uma fratura ou mesmo transformar uma fratura sub-periostica ou incompleta que, tirada com dispositivo de aparelhagem e de boa técnica se evitará a reprodução da decalagem tão freqüente na mobilização por ocasião de se radiografar o paciente.

Ombredanne declara com sua autoridade de mestre que: "desde os progressos da radiografia, se encontra com uma extrema freqüências, qualquer que seja a sua forma".

cia a spina bifida oculta nas crianças afectadas de pés tórtos congê-

\* \* \*

A radiografia, teve seus detratores e teve seus entusiastas. E' mistér, contudo, se colocar em um meio termo, não sendo um sistemático ou nenhum exclusivista. Recordamo-nos bem que em nossa recente viagem de estudos de aperfeiçoamento no Serviço do Professor Ombredanne (de Paris), secção d Ortopedia, ter ouvido de seu eminente assistente e colaborador Lance declarar: Quando se observava uma radiografia da coluna vertebral, Mr. Ménard considerava a radiografia: "le royaume des ombres". Acreditamos nas palavras de Lance, bem valiosas para nós, a respeito, fazendo comtudo comentários sôbre o sentido de Ménard, diremos com Belot: ao film e ou á pantalha não se deve supôr que apresentem o diagnóstico; nela se representam sombras mais ou menos confusas, que cumpre interpretar; o problema é muitas vezes difícil de resolver e reclama uma boa educação médica. Nem sempre é fácil de interpretar uma radiografia, maximé da coluna vertebral, quando não é tirada com técnica precisa, daí a dificuldade da interpretação e acresce ainda que as informações laboratoriais gozam tambem das mesmas falibilidades".

A escutar outros, acreditamos que é um método de precisão científica absoluto, enquanto que é preciso fazer radioscopias e radiografias e obter do laboratório radiológico provas nítidas e obter informação escrita pelo técnico, convenientemente interpretada,, afim de cotejar com o caso clínico em fóco, por isso que, deveis saber; haver radiologistas cometer êrros e muitas vezes bem grosseiros.

Do contrário, o clínico pôde chegar por simples conclusões de que esta investigação é de valor relativo em face da clínica.

E' preciso saber lêr uma radiografia. Tambem é mistér nas aplicações médicas das radiografias e é evidente portanto, que o técnico seja medico por motivo dos conhecimentos anatomicos dos pontos de ossificação da criança. E a radiografia veio esclarecer a aparição dos pontos primitivos, dos pontos complementares, da aparição dos pontos complementares e da soldadura tambem dos pontos complementares, tornando-se dest'arte uma colaboradora incomparavel para o anatomista, na fase da ossificação, isto é, da osteogenése.

Assim, pois, é de grande relevancia, portanto, que o clínico tambem saiba lêr uma radiografia, descontando as causas de êrro e tirando as suas conclusões de parceria com a sintomatologia, nunca desprezando, todavia, o caso clínico. A radiografia pôde nos fornecer dados seguros. Todavia, não se deve pedir mais do que ela nos pôde informar.

Um dos seus principais papéis é aproveitar para o diagnóstico dos casos de nossa clínica especializada: o diagnóstico dos descolamentos epifisários e o seu controle, o das luxações e o seu controle, o da fratura e seu controle, não esquecendo que deveis vos lembrar haver alguns aspéto insólitos da ossificação, os quais pódem ser tomados por fraturas. Ainda no tratamento, o contróle nas intervenções de cirúrgia ortopédica tem o seu valor; o valor diagnóstico da luxação congênita da anca e seu tratamento por manobras externas, acompanhando sessão por sessão, nos seus diversos atos, a marcha dessa manobra. Releva também vos dizer que o diagnóstico desta luxação congênita, se torna indispensável á radiografia que firma o diagnóstico, suspeitado, apenas de luxação.

O diagnóstico das tuberculosas ósseas e artrites tuberculosas, cujos sinais radiográficos são abundantes elementos semiológicos, devendo-se, por via de regra, contrólar-se a sua marcha e o seu tratamento para informar a família, si a doença entrou em convalescença ou si o caso é considerado clinicamente curado.

No raquitismo a radiografia sóbe de ponto, e de tal modo, que, os clínicos criaram uma **anatomia radiológica para esta distrofia óssea adquirida**; como sabeis, existe os três tipos elementares de deformação, raquítica: **nodosidade, infiltração diafisaria e inflexão justa epifisária** apresentam por sua vez, uma variedade de importantes sinais radiográficos, como sejam descalcificação, aspéto do bordo inferior da diafase voltada para a epífise, muitas vezes recortada em forma de cúpola ou teto (figueira pagode, pitoresca comparação).

Devem ainda ter conhecimento que ha uma série de distrofias ósseas, que pela mór parte eram tiradas do quadro das artrites tuberculosas com as quais eram antes confundidas (2). Assim, pois, os exames clínicos não nos podem orientar para um diagnóstico provavel sem provas radiográficas e langareis mão dessas provas para completar o exame do paciente, formulando então o seu diagnóstico, tais sejam as seguintes: a osteocondrite epifisária do femur, que é uma côxa plana e correntemente conhecida por doença de Leggs, Calvé, e Perthes, a respeito da qual, declarou o Prof. Mouchet: "La clinique n'est presque rien dans l'ostéocondrite, la radiographie est tout, la radiographie est la clef du diagnostic".

A afeção de Lannelongue-Osgood-Schlatter, em que a radiografia é elemento precioso na verificação da falta de solução de continuidade da tuberosidade anterior do tibia, ou por ausência ou arrancamento traumático da tuberosidade tibial, que se caracteriza melhor por uma apofiolise tibial anterior, á semelhança da epifiolise da côxa vara, a doença de Koeller, dita escafoidite társica das jovens crianças, aspéto do escafoide como um disco biconcavo, notavelmente achatado de diante para trás, de contornos irregulares, recortado ou dentado, parecendo o tecido fortemente condensado de maneira tal, a lembrar pela

2) Osteocondrite da anca, artrite juvenil na anca, escafoidite tarsica, apofiolise tibial, epifiolise vertebral dolorosa dos adolescentes e muitas outras.

sua opacidade, corpos metálicos. Esta modificação característica da escafoidite, não é revelada sinão pela radiografia. Os sinais clínicos são vagos e pouco acusados pelo que a frase também aforismática de Mouchet é bem sugestiva: "La clinique n'est presque rien, la radiographie est presque tout".

E a verificação da séde dos projetis por arma de fogo, corpos estranhos no aparelho digestivo, cálculos do aparelho genito-urinário e os da vesícula biliar.

Por via de regra, uma exploração radiológica é indispensável para o diagnóstico do cisto ósseo, que veio contribuir eficazmente com seus clichês radiográficos de tal maneira a se dizer, haver uma **anatomia radiológica dos cistos ósseos**, como, afirma também, de uma **anatomia radiológica do raquitismo**.

E de outros mais, tumores ósseos?

Quantas e quantas vezes, temos verdadeiros achados pela radiografia, em casos de certas doenças que não suspeitavamos, verbi gratia: epifisiolise, raquitismo, spina bifida occulta, costelas supranumerias, vertebrae complementares e hemi vertebrae nas escoliôses congênitas, como elemento precioso ao diagnóstico desta importante deformação, as cavernas pulmonares mudas, os pleurises interlobares e outros com processos morbidos, os aperfeiçoamentos da aparelhagem radiográfica que presentemente são assombrosos, chegando-se a estabelecer mesmo uma cirurgia ortopédica desconhecida dos nossos antepassados. A radiografia estereoscópica, a tomografia, a craneografia, a artrografia na luxação congênita do quadril, de Böhm e Tennenbaum (da Alemanha) e Giraudi (da Italia) e Mutel (da França).

Leveuf e Bertrand esereveram em 1937 que "a artrografia na luxação congênita do quadril prevê um processo de investigação cheio de interesse e que merece ser difundido em razão de sua facilidade e de sua inocuidade".

A encefalografia sob modalidades diversas: a pneumografia, a ventriculografia de Dandy, a encefalografia e a arteriografia combinada de Sohr e Jacob, (da Alemanha), a mielografia por insuflação, de Josefson e Jacobs, a opacificação de Sicard e de Forestier (da França), a angeografia de Sicard (de Paris) e a de Egas Muniz, de Lisboa, a arteriografia retrograda de Mario Kroeff, do Rio, e a arteriografia ascendente de Saito e Kamikava (do Japão) e outros meios mais de exploração.

\* \* \*

Culminam, como se tem observado em suas novas orientações á radiologia e com seus progressos assombrosos. Ainda no I Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia de São Paulo, declarava Carlos Osborne do Rio: "não ha Ortopedia e Traumatologia sem radiografia. Logo os presados colégas hão de estar interessados ao que se passa na rotina radiológica como também nos seus progressos e

evolução. Eis porque, me proponho no momento, focalizar o problema das radiografias de alta precisão”.

O prof. Cadénat, de Paris, chama a atenção recentemente que, para as osteotomias se necessita de uma prática segura e controlada pela radiografia feita com técnica especial.

\* \* \*

Transcrevendo-se as suas considerações a respeito: "Bem compreendida então toda essa sintomatologia que acompanha a luxação patológica, o diagnóstico, salvo casos excepcionais, não é difícil. O exame do doente e sempre um exame posterior aos Raios X, permitem nos casos, exemplificando-se, *verbia gratia*: "a luxação patológica da côxa-femural" como bem declara Jorge Glasner, assistente do Professor Barros Lima (do Recife) (1).

Transcrevendo-se as suas considerações a respeito: "O exame do doente é sempre um exame posterior aos Raios X, permitem na maioria das vezes um diagnóstico definitivo. É claro que nos referimos a esta facilidade do diagnóstico relativamente às luxações recentes. Naquelas antigas, a confusão com os outros tipos de luxação se estabelece, e os comemorativos tem um valor muito relativo ou melhor, não nos permitem um diagnóstico retrospectivo de certeza.

É preciso não esquecer em relação a isso que o diagnóstico de luxação patológica, sómente poderá ser feito quando as superfícies ósseas não apresentem destruição que possam dar em resultado, deslizamentos uma sobre a outra. Ora, nas luxações patológicas, essas destruições são comuns, posteriormente ao acidente, e nós não podemos afirmar só pela anamnese, que numa antiga houvesse conservação de superfícies articulares compatível com o tipo de luxação que estudamos. Posto isto, todo estudo do diagnóstico deve se referir às luxações recentes.

A anamnese, o exame clínico, o exame radiológico são os elementos de que podemos lançar mão no sentido de conservarmos ou afastarmos um diagnóstico de luxação patológica.

É necessário notar no entanto, que estes três elementos devem marchar lado a lado na evidencição de tal diagnóstico. Um exame clínico, por si só, é de um valor precário; o estado das superfícies ósseas não será revelado de forma suficiente. Um exame radiológico isolado, por sua vez póde trazer erro no diagnóstico. "*Il est nécessaire d'attirer l'attention sur les difficultés de l'interprétation exacte des radios ossenses. Les contours apparents de l'os sur la radiographie ne correspondent pas toujours aux contours réels des os. (Le Fort.)*" Ponto delicado este referente ao diagnóstico entre a luxação patológica e pseudo-luxação, em alguns casos. Um exame clínico não nos póde dar a ultima palavra, mesmo acompanhado de uma anamnese muito bem feita. O exame radiológico é então o elemento de maior prestígio, e o que nos permite na maioria das vezes um juízo tanto quanto exato,

(1) Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia Junho de 1939.

ainda que sem valor absoluto, já criticado por Le Fort. Na verdade, o tecido ósseo, pôde em certas ocasiões, e por influência de processos morbidos, apresentar em certas zonas, modificação em sua densidade a ponto de tornar absolutamente enganosa na imagem radiográfica. A este respeito, Delchef se refere a um caso em que pôde observar numa radiografia: uma pequena lesão do cólo, uma atrofia do nucleo cefálico, e uma destruição ao nível do tecto cotiloidêo, cujo limite anterior havia desaparecido; sinas radiográficos que levariam ao diagnóstico de pseudo-luxação. Tratava-se na realidade de uma luxação patológica coxalgica, o que ficou evidenciado pelos sinais clínicos no momento da redução”.

Ouviram dizer algumas verdades principais ou supostas tais, quiçá assim ditas, aforismas. Temos ainda, que vos declarar em uma palavra apenas da minha orientação, atenta ao curso da vida trepidante e de nosso progresso intensivo, a clínica precisa armar-se de elementos de exploração mais eficientes para fazer um diagnóstico seguro e mais rápido, para o que não será demais, além de dispor o clínico de suas seringas de injeções, pequeno arsenal cirúrgico, aspirador de Potain, termo-cauterio de Paquelin, se fará mistér também adquirir um aparelho de radiografia transportável — precioso instrumento de exploração.

Setembro de 1939.

Na

# SIFILIS

em todas manifestações Cutâneas — Viscerais ou Nervosas  
em Adultos e Crianças.

# NATROL

(Tártaro-bismutato de sódio)

Espirilicida enérgico, hidrosolúvel, atóxico, indolor á injeção

Empôlas de 2 c. c. = gr. 0,038 Bi.

Magníficos resultados nas anginas agudas não específicas.

Imunização fácil e rápida, sem  
qualquer inconveniente, contra  
o estafilococo e germens de as-  
sociação habitual.

## Orolevina

Granulado e comprimidos

Fórmula racional para as esta-  
filococcias cutâneas —

— furunculoses, impetigo, pioder-  
mites —

Colites — Enterites — Colibaci-  
doses — Pielites — Eczemas —

Constipação habitual.

Granulado e comprimidos de  
fermentos ativos (*sacharomyces*  
*cerevisiae* e *b. acidófilo*) e ger-  
mens mortos.

## Fitocidol

(lação-antimicótica)

Substâncias fungo-parasiticidas  
de comprovada eficácia em mu-  
tas doenças da pele, em veicúlo  
alcoólico.

Epidermofcias (dartros, impin-  
gens, etc.)

Tinhas

Onicomicoses

Eczemas secos

Psoríases

Líquens

Ptíriase versicolor

Lesões cutâneas conhecidas co-  
mo manifestações de "ácido  
úrico" localizadas de preferên-  
cia nos pés.

Em aplicações locais.

Carlos da Silva Araujo, S. A. — Rio de Janeiro — C. postal, 163  
Agente em Porto Alegre: Fausto Snaat'Anna — R. Andrade Neves, 91  
Agente em Pelotas: Bohns Irmãos — R. Mal. Floriano, 115

## Moléstia Osteogênica

por

E. J. Kanan

Docente-livre de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de  
Medicina da Universidade de Porto Alegre

A Moléstia Osteogênica é caracterizada pela presença de ex-  
crescências ósseas e cartilaginosas ao nível dos ossos, geralmente nas  
proximidades das cartilagens de conjugação dos ossos longos, cujas  
extremidades podem estar aumentadas de volume.

Todo o esqueleto pode ser séde dessas formações osteocartilagi-  
nosas.

As lesões são constituídas por exostoses, condromas e hiperos-  
toses, de aspeto, forma e volume variados.

Aumentam de volume durante o período de crescimento, poden-  
do continuá-lo depois, independentemente. Há casos de regressão em  
que desapareceram as exostoses. Podem estas ultimas sofrer uma de-  
generação condromatosa, e até uma degeneração maligna ulterior-  
mente, si bem que o fato seja raro a-pesar-de possível.

A exostose pode ser única ou então surgir sob uma forma múl-  
tipla.

Assume, às vezes, um carater hereditário dominante. Tanto nos  
casos isolados como nos de carater hereditário o aspeto clinico-radio-  
lógico é o mesmo.

Não parece haver predominância do sexo masculino como ates-  
tam alguns autores, porque, em 24 casos atentamente estudados por  
Erikson e Fredbärj, havia uma supremacia feminina, invalidando a  
opinião clássica.

Raramente evidenciadas ao nascimento, tornam-se aparentes  
geralmente durante os primeiros anos de vida.

Silenciosas durante muito tempo, são capazes doutra parte de  
causar deformações dos membros e perturbações funcionais, cuja gran-  
deza é variavel segundo a fórmula, o volume e aspeto anatômico. Daí  
ser variavel o seu prognóstico.

Pelas variadas denominações que dão a essa distrofia óssea  
(exostoses cartilaginosas hereditárias múltiplas, discondroplasia, con-  
drodisplasia deformante hereditária, exostoses múltiplas de cresci-  
mento, exostoses osteogênicas, osteocondromas múltiplos congênitos,  
osteodisplasia exostósica, aclasis diafísica ou metafísica, etc.) se pole  
avaliar a divergência dos autôres no problema etiopatogênico, não  
completamente elucidado até agora.

Virchow, e mais tarde Tilman, Schor, Kranz, Volkmann, etc.,  
apontam o raquitismo como fator etiológico das exostoses, em virtude

das suas deformações serem semelhantes às das do raquitismo. Em contraposição, Frangenheim, Sonnenschein, Herzfeld, Nasse, Schmidt, Pels-Leusden, negam-no, admitindo quanto muito uma simples coincidência do raquitismo e das exostoses.

Foram invocadas as infecções e as intoxicações como prováveis causas determinantes da Moléstia Osteogênica. Entre as primeiras estavam a febre tifoide, a infecção estafilocócica, a tuberculose e a sífilis; Poncet e Pissavy admitem uma predisposição tuberculosa hereditária. Entre as últimas, as intoxicações pelo fósforo e pelo arsênico.

Para alguns, as alterações circulatórias e mecânicas, o traumatismo, seriam elementos causadores das exostoses. Outros acreditam ser uma alteração do sistema nervoso ou um fenômeno teratológico.

Por último, está a teoria glandular, que explica a origem dessas lesões es numa alteração das glândulas endócrinas. Uns acreditam ser uma hipofunção da tireoide (Edberg, Ritter, Pannemborg, etc.), outros uma hipertrofia do timo, (Ledoux e Cottet), outros ainda uma perturbação da hipófise. Há, também, os que admitem uma lesão pluriglandular, como Epifanov e Vinckickij que apresentaram casos com uma perturbação de hipofunção da tireoide, da hipófise e das glândulas genitais.

Para Schram as exostoses seriam um sintoma e não uma moléstia.

Diversas são as hipóteses que procuram explicar o mecanismo de produção dessa osteodistrofia.

Virchow admite a existência de núcleos cartilagosos, sequestrados no tecido ósseo, e que posteriormente dariam origem às exostoses, como podem nascer das expansões laterais da cartilagem de conjugação.

Para Cohnheim as exostoses provêm de elementos germinativos supérfluos e disseminados por todo o esqueleto.

Potel considera essa afecção como uma malformação congênita, causada por núcleos cartilagosos heteroplásticos.

Salmon verificou nos membros de embriões ectomélicos, que a cartilagem de conjugação se fragmentava em ilhotas cartilagosas isoladas por um tecido fibroso. Marchand e Lippert são de opinião que esses núcleos são originários da cartilagem de conjugação. Também Sonnenschein e Ehrhardt pensam ser uma alteração cartilaginosa a causa das exostoses.

Hoffa considera a ossificação precoce das cartilagens de conjugação, como a causadora não só das exostoses como do encurtamento dos membros. Doutro lado, Bückmann admite a idéia de ser ao contrário um retardamento dessa ossificação, o elemento capaz de formar essas alterações. Entretanto, Pels-Leusden e Schmidt negam qualquer coparticipação da cartilagem conjugal no aparecimento das exostoses, para este último elas seriam produzidas por ilhotas cartilagosas, nascidas sob a influência do raquitismo.

Scherer acusa o periósteo como capaz, graças à sua atividade incessante, de originar as exostoses.

Ollier considera-as como uma discondroplasia. Ombrédanne vai



além e explica a Moléstia Osteogênica como uma perturbação do desenvolvimento da cartilagem de conjugação. A exostose seria uma anomalia do ordenamento no sentido da direção; a hiperostose uma anomalia do ordenamento no sentido da forma ou volume; e o condroma uma anomalia de qualidade.

Murú Jansen, apoiado por Keith e Wahren, emite a opinião de que ha "uma perturbação nas relações existentes entre o crescimento ósseo e os processos formadores que concorrem a esse crescimento". Para Murú Jansen existe pelo menos seis processos, encarregados na elaboração definitiva da forma e da estrutura do osso: 1) a reabsorção; 2) a tubulação (transformação da metáfise); 3) a cancelação (formação do tecido esponjoso); 4) a divisão das células; 5) o aumento das células; 6) a diferenciação das células. Qualquer alteração de um ou mais processos, quer no sentido da aceleração, quer no sentido do retardamento, é capaz de causar deformações ósseas variadas. A essa alteração deu o nome de **dissociação**, considerando de maior importância a dissociação por retardamento.

Muitas vezes está ela em relação com uma alteração da circulação sanguínea e sob dependência do fator hereditário. Uma lesão dos elementos centrais do sistema nervoso simpático seria a causa das perturbações do crescimento (Eriksson e Fredbärj).

A Moléstia Osteogênica é, também, uma das osteodistrofias, cuja etiopatogenia continua prendendo a atenção dos homens de ciência. Dia chegará em que será elucidada completamente, graças às numerosas contribuições que surgem dia a dia nêsse sentido.

O caso, cuja observação se segue abaixo, é curioso pela multiplicidade das localizações das excrescências osteocartilaginosas, em que se notam no mesmo indivíduo todos os tipos das lesões da Moléstia Osteogênica, em quantidade e qualidade muito raro de se encontrar.

### OBSERVAÇÃO

Jacó S., 49 anos, branco, solteiro, brasileiro, agricultor. Reside em Barão do Triunfo, município de São Jerônimo, (Guaíba — R. G. do Sul). Entrou em 8 de julho de 1938 à 16.<sup>a</sup> Enfermaria da S. C. de Misericórdia. Leito 13 — Papeleta 6665.

Baixou por sentir dores muito fortes em todo o membro inferior direito.

#### ANAMNESE. —

Há um ano e meio, mais ou menos, resvalou, sem contudo chegar a cair, numa poça dagua fria. Sentiu, desde então, kuma dor que se localizára ao nível da região glútea direita, e do tornozelo do mesmo lado. De sete a oito meses para cá, porém, estas dores começaram a aumentar e a se estender a todo o membro, a ponto d não o permitirem trabalhar mais.

Sempre gozou boa saude. Tivera diversas gripes. E' sujeito frequentemente a resfriados. E, aos 42 anos de idade, contraiu o saram-

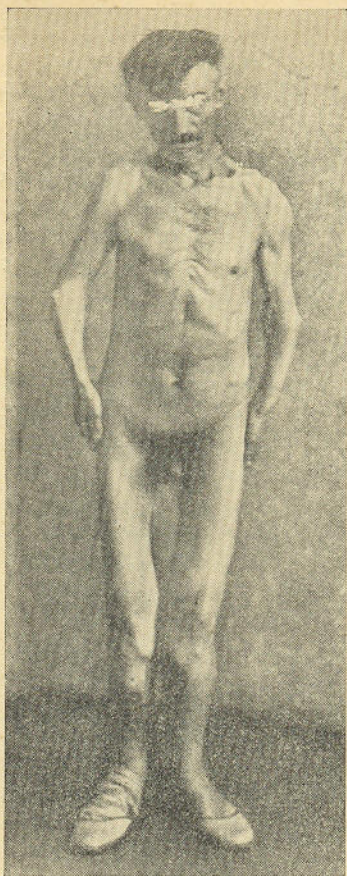


Fig. 1

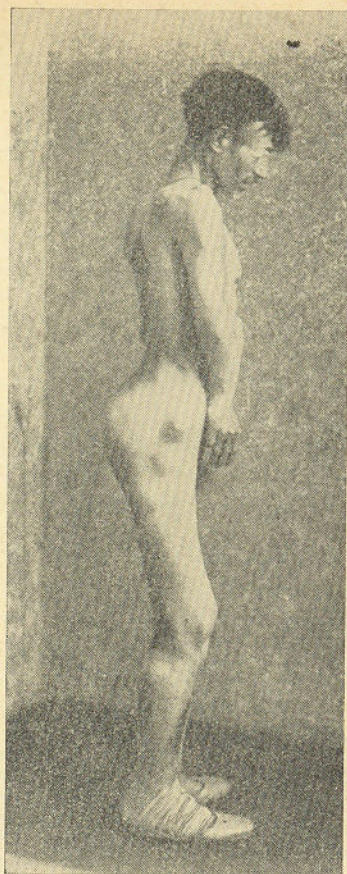


Fig. 2

po. Abusa do fumo, e faz pouco uso de bebidas alcoólicas. Nega passado venéreo.

Desde muito criança, porém, notara a existência de vários tumores espalhados pelo corpo, aos quais não ligára muita importância porque não lhe incomodavam o trabalho.

Nada há de importante sobre os seus antecedentes hereditários e familiares, e nega, tanto quanto alcança a sua observação, que tenha tido parente com a mesma afeecção.

#### EXAME OBJETIVO —

As fotografias são bastante elucidativas (figs. 1, 2, 3, 4). Serão descritos somente os pontos mais interessantes.

Indivíduo de estatura um pouco abaixo da mediana. Um pouco pálido e magro. A posição erecta é anormal e a sua marcha é defeituosa, em virtude da dor e das deformidades que apresenta.

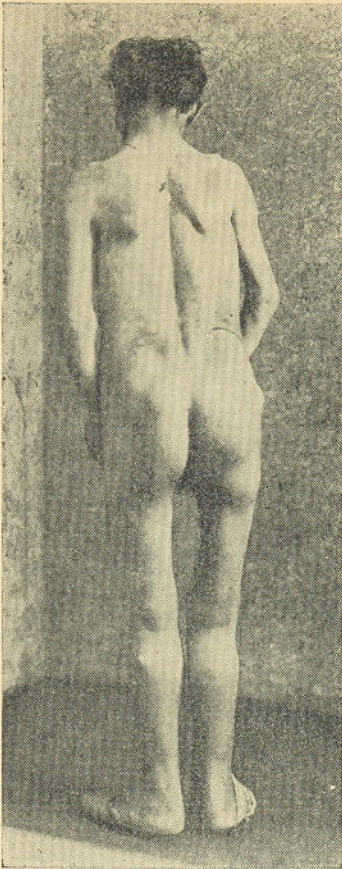


Fig. 3

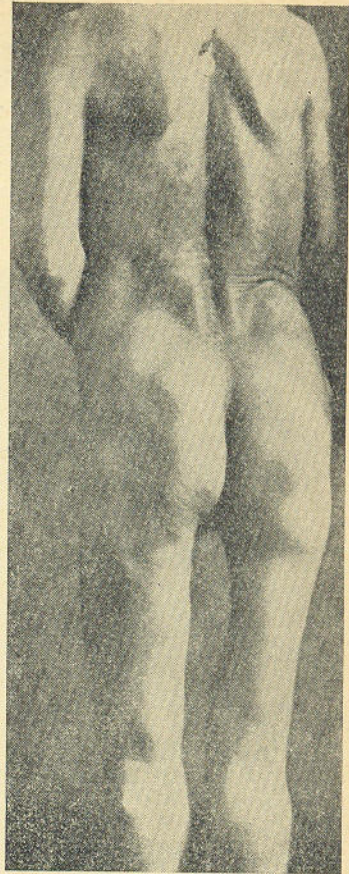


Fig. 4

Chama a atenção a existência de múltiplos tumores espalhados pelo corpo todo. São de consistência dura e de origem óssea, indolores, de tamanho e forma vários, desde o de ervilha até o de ovo de avestruz e mais, uns arredondados, oblongos, e outros ponteados, etc. A pele que os cobre é de coloração normal e livre, com exceção dos da região glútea e da panturrilha do lado direito, onde a pele está aderente e de coloração pálido-arroxeadada.

a) **Cabeça.** — O diâmetro bitemporal é quasi igual ao do frontooccipital. Não apresenta nenhum tumor.

b) **Região cervical.** — Ligeira escoliose cervical de convexidade esquerda. Fossa supraclavicular esquerda muito profunda.

c) **Torax.** — Assimetria torácica; hemitorax esquerdo retraído. Omoplatas salientes. A amplitude da excursão torácica quasi nula. A palpação revelou a existência de algumas costelas deformadas, rugosas, com pequenas saliências. As omoplatas, com o bordo espinhal projetado para trás, determinam uma fina crepitação quando mobiliza-

das sôbre a parede torácica. As clavículas apresentam-se com a superfície espessa e rugosa, as curvaturas do sternalo acentuadas, e com a extremidade externa aumentada de volume. Pela ausculta tem-se a impressão que os pulmões não respiram. O diametro torácico na altura mamilar acusa: na inspiração — 81 cms. — na expiração 82,5 cms.

d) **Coluna vertebral.** — Acentuada lordose lombar.

e) **Bacia.** — Bacia em anteflexão. Varios tumores. Destaca-se, um, no lado direito, volumoso, do tamanho dum ovo de avestruz, in-

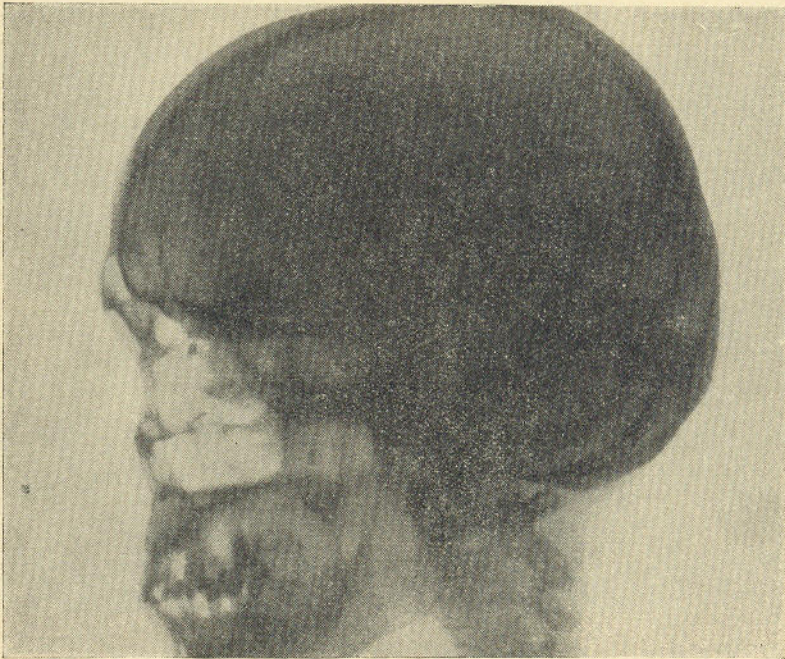


Fig. 5 — Radiografia da cabeça

Não se notam exostoses; parece ser a unica parte do esqueleto que se encontra indene. Examinada ao negatoscopio a séla turcica se apresenta deformada.

dolor, coberto por uma pele normal. Os músculos da região glútea direita estão contraídos, como que comprimidos por um volumoso tumor; nesse ponto o paciente acusa dor espontânea e provocada pela palpação; a pele adere aos planos subjacentes. No lado esquerdo há um pequeno tumor duro e indolor, menor que o do outro lado.

f) **Membros superiores.** — Curtos e deformados. Notam-se pequenos e grandes tumores, fazendo saliência através duma pele normal. Musculatura boa. Os movimentos do braço são normais. Cotovelos aumentados do volume e deformados pela presença de tumores; movimentos de flexão e extensão perturbados em certos limites, sendo mais para o lado direito que o do esquerdo. Antebraços arqueados anteriormente, em posição média, com os movimentos de pronosupinação



*Um importante progresso  
no tratamento oral  
da blenorragia*

**ALBUCID**

Derivado desintoxicado da sulfonamida de tolerancia perfeita e grande actividade. Segundo a experiencia clinica, um unico tratamento de 5 dias é sufficiente para se obter a cura da blenorragia em 90% dos casos.

O Albucid não produz efeitos prejudiciaes.

Emballagem original:

Tubo de 20 comprimidos de 0,50 gr.

**Sociedade Anonyma Schering**  
Caixa Postal 540, Rio de Janeiro



*A MARCA QUE  
GARANTE A QUALIDADE  
E ASSEGURA BONS  
RESULTADOS*

OS produtos que trazem o nome NESTLÉ têm assegurada a excelência da qualidade porque são obtidos da matéria prima de pureza absoluta, manipulada de acordo com os processos técnicos-científicos mais modernos.

Milhares de observações clínicas atestam os ótimos resultados obtidos com o emprego dos leites em pó NESTLÉ — Nestogeno, Lactogeno, Molico e Eledon, na alimentação infantil.

**NESTLÉ**



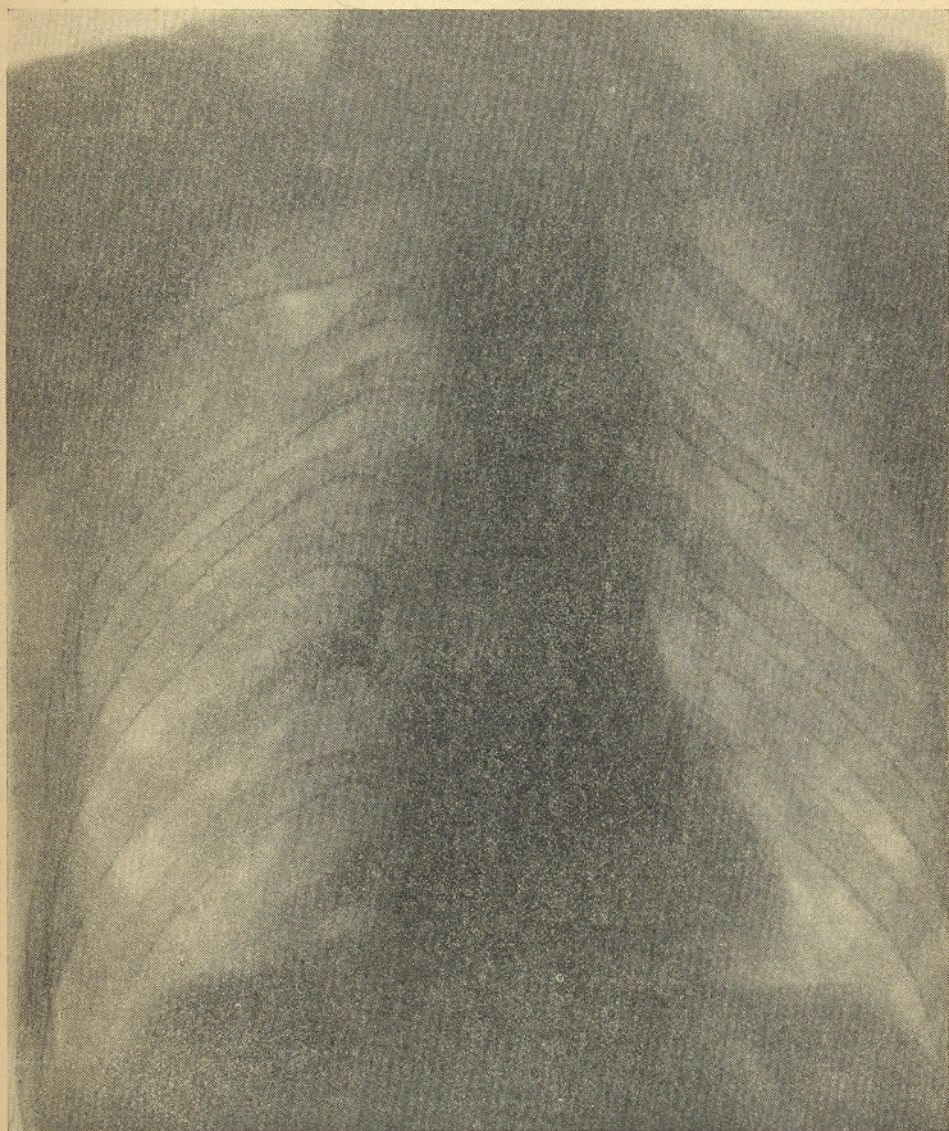


Fig. 6 — Radiografia do torax

As costelas apresentam-se alteradas na forma e estrutura, vendo-se algumas exostoses de regular tamanho que avançam sobre as outras, acarretando maior deformação e prejudicando a expansão torácica.

limitadíssimos; o antebraço direito é mais curto 1cm. que do esquerdo. Os punhos não apresentam deformidade aparente, sendo possíveis todos os movimentos. As mãos não acusam nenhuma deformação, a não ser uma flexão da 1.<sup>a</sup> falange sôbre a 2.<sup>a</sup>, causada pela cicatriz dum ferimento inciso-contundente.

g) **Membros inferiores.** — Nota-se uma cicatriz de ferimento contuso, ao nível do terço inferior da face anterior da perna direita,

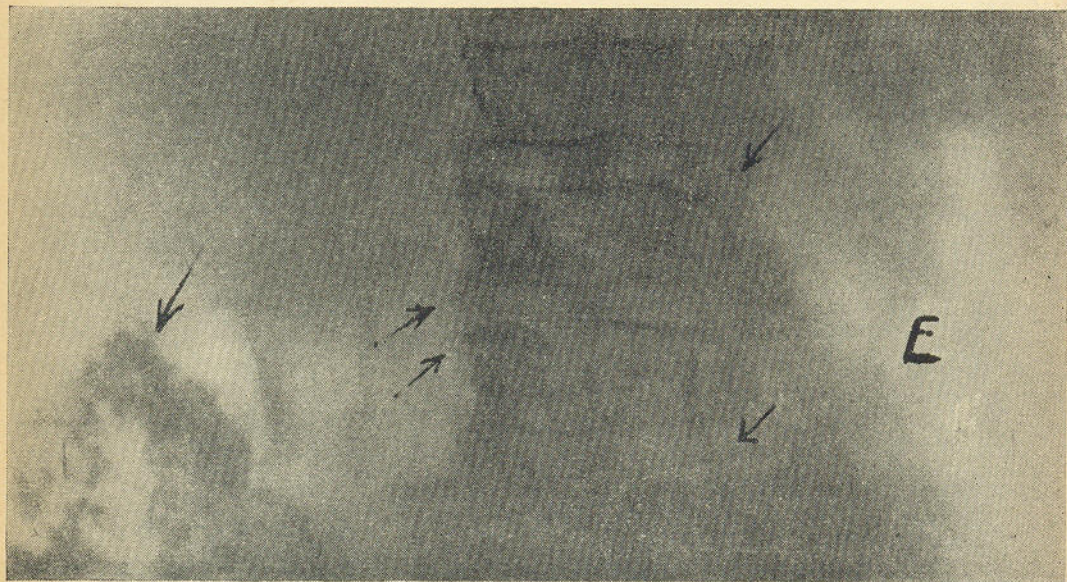


Fig. 7 — Radiografia da coluna lombar

Osteofitos ao nível das 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> vertebrae lombares. Uma exostose em degeneração condromatosa parte do 1/3 posterior da crista ilíaca D.

de coloração marrão escuro, com 20 cms. de comprimento por 15 cms. de largura, datando de 24 anos. Perturbações tróficas da pele da face dorsal dos pés, que se apresenta de côr parda e seca. Tanto pela inspeção como pela palpação observam-se numerosos tumores de origem óssea, apresentando volume e fórma variados. Sem falar sôbre os da extremidade superior e inferior da coxa, na parte posterior da extremidade superior da perna existem tumores duros, que comprimem e propelem para trás os músculos da panturrilha, que por sua vez se apresentam contraturados; a pele se encontra nessa zona aderente aos planos subjacentes. Na face ânterosuperior da perna se vêem tumores de consistência dura, que lhe prejudicam a marcha. Maléolos internos aumentados de volume e salientes para dentro. Pé chato e valgo bilateral. Hallux valgus bilateral. Atrofia muscular da coxa direita; quadriceps hipotônico. Movimentos ativos e passivos possíveis em todo o membro inferior dos dous lados, com exceção para o de flexão da coxa direita sôbre a bacia que se apresenta limitada.

O paciente se queixa constantemente de dor que, partindo da



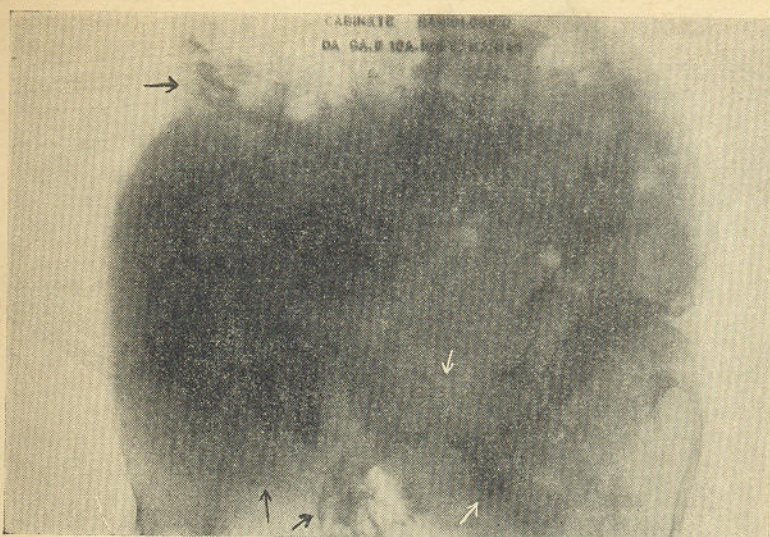


Fig. 8 — Radiografia da bacia

Foi impossível apanhar uma imagem radiográfica mais elucidativa, a-pesar-de várias tentativas infrutíferas. Pelo estudo combinado de diversas radiografias ao negatoscopio, chegou-se ao seguinte resultado: Da fossa ilíaca externa D. parte uma volumosa exostose cilindroide e sessil; sobre a crista ilíaca D. implanta-se uma grande exostose globulosa, em franca degeneração condromatosa; na fossa ilíaca interna D. encontra-se um volumoso tumor globuloso de contornos velados (flous), ocupando grande porção da grande bacia, e que parece ser uma exostose em franca degeneração maligna; na fossa ilíaca interna E. vêm-se duas pequenas exostoses; pubis aumentados de volume (hiperostose), destacando-se do ramo horizontal D. uma volumosa exostose que serve como de anteparo ao orifício obturador; destaca-se da tuberosidade isquiática uma exostose de forma em couve-flôr, e que parece estar sob degeneração condromatosa intensa. Estas são as grandes lesões da bacia, além de outras que podem ser vistas.

região glútea direita, se irradia por todo o membro até a planta do pé. A mais leve palpação desperta a dor, principalmente sobre o trajeto do nervo ciático; a manobra de Lasègue é positiva.

Dos outros órgãos, o que mais interessa em relação ao seu mal, é a atrofia testicular, informando que nunca tivera relações sexuais. O exame clínico não revelou nenhuma perturbação endócrina evidente. O seu psiquismo não pôde ser taxado de atrasado, pois responde com relativo desembaraço às perguntas.

#### EXAME RADIOGRÁFICO.—

As imagens radiográficas revelam a existência das lesões típicas da Moléstia Osteogênica, denominação dada por Ombrédanne.

Exostoses, condromas, hiperrostoses, deformações ósseas, encurtamentos, atrofia, sinostose, tudo isso pode ser apreciado nas figuras que ilustram êsse trabalho.

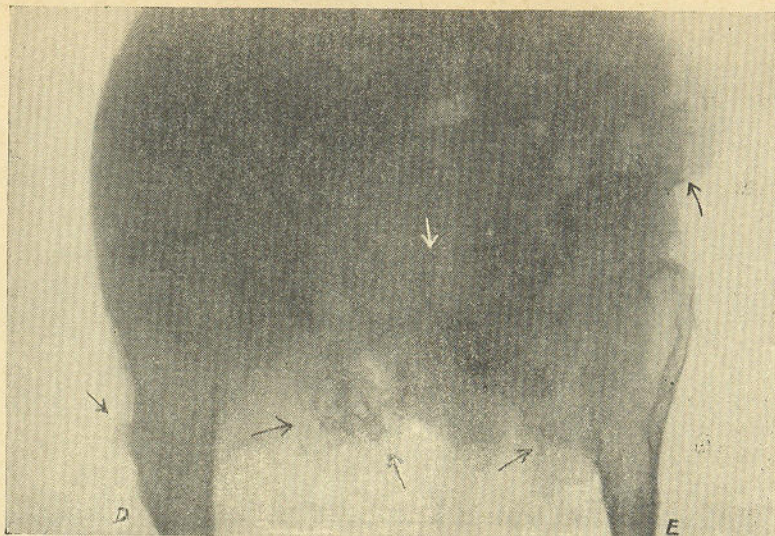


Fig. 9 — Radiografia da extremidade superior dos femurs  
 Hiperostose. Destacam-se da extremidade superior D. pequenas exostoses; no lado E. ha uma maior descalcificação, partindo da parte postero-interna uma volumosa exostose, tomando uma direção ascendente em relação da tuberosidade isquiatica.

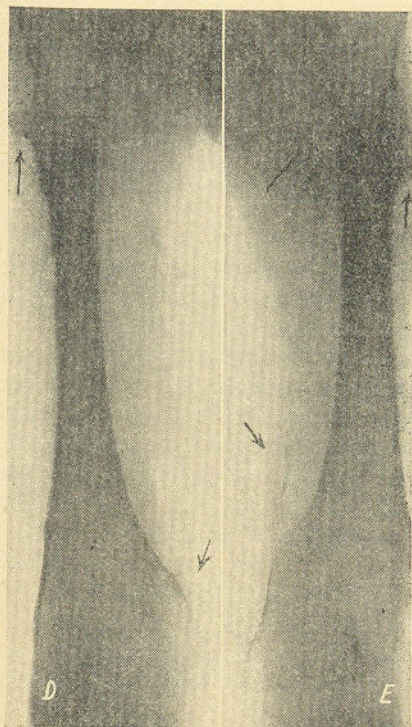


Fig. 10 — Radiografia dos femurs.

Grande hiperostose das epifises inferiores, com duas exostoses (espículas) que nem estalactites, situadas na sua face interna. Sobre a face externa das metáfises superiores partem duas exostoses.

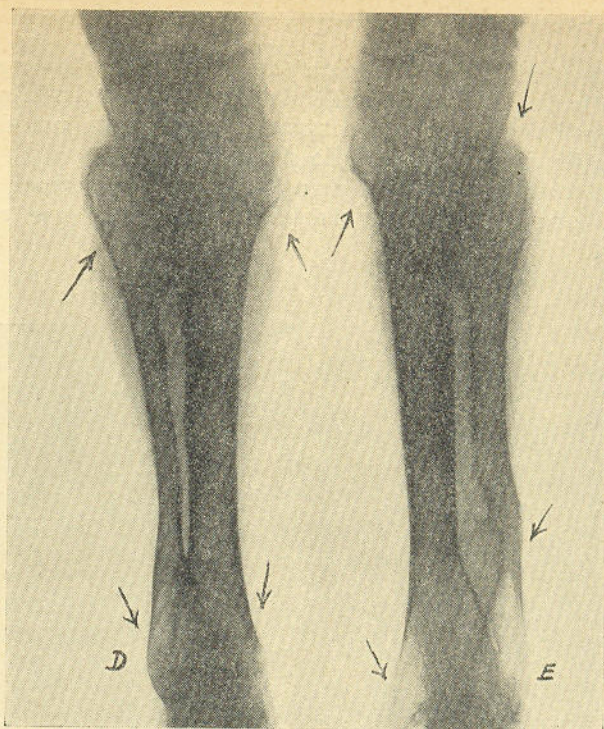


Fig. 11 — Radiografia dos ossos das pernas

Hiperostose das extremidades que se encontram, doutra parte, grandemente deformadas. Partem da face posterior das epifises superiores volumosas exostoses. Sinostose da articulação tibio-peroneira inferior dos 2 lados. Reação periostica do peroneo ao nível do espaço interosseo E.

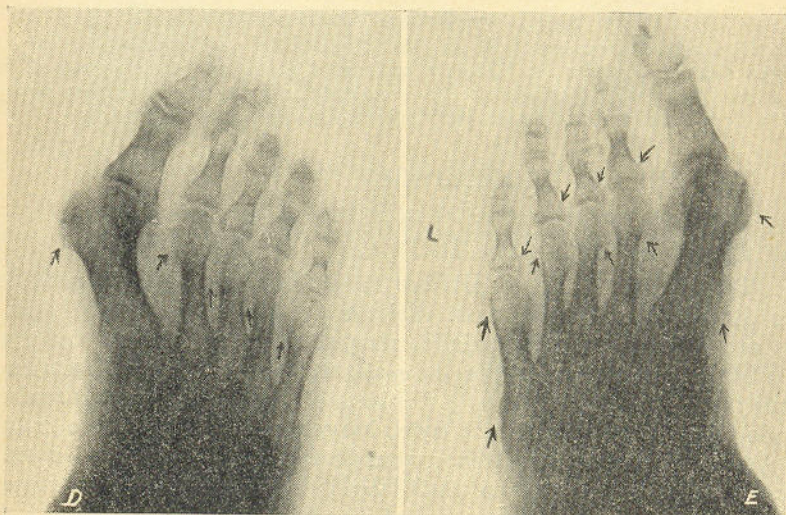


Fig. 12 — Radiografia dos pés

Além do hallux valgus bilateral as cabeças dos metatarsicos estão hiperostosadas, apresentando alguns deles pequenas exostoses. Notam-se, também, alterações de forma e estrutura das falanges.

Algumas exostoses sofreram uma degeneração condromatosa. Ao nível da bacia, a-pesar-de múltiplas tentativas infrutíferas para se obter uma melhor imagem de contraste, parece que um dos tumores está sob a ação duma degeneração maligna.

A sela túrcica apresenta uma conformação anormal, sem se poder afirmar uma alteração de tamanho, visto a imagem radiográfica não ser boa.

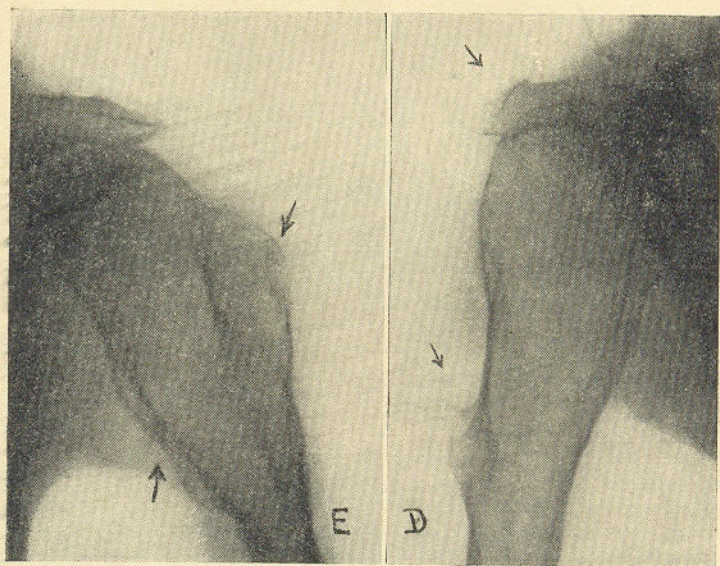


Fig. 13 — Radiografia dos umeros

Hiperostose acentuada. Descalcificação grande. Diversas exostoses. As lesões são mais intensas do lado D., onde se observa uma típica exostose com a forma de cabeça de cogumelo. A extremidade acromial encontra-se aumentada de volume, e servindo de ponto de implantação a uma exostose.

#### EXAMES DE LABORATÓRIO. —

Dosagem da calcemia: 14 miligrs. 425%.

Reação de Roffo: Positiva.

**Resumindo:** E' um indivíduo de 49 anos de idade, com lesões típicas da Moléstia Osteogênica. Parece ser um caso isolado, sem contudo se negar a hereditariedade, porque seria necessário radiografar todos os membros da família do paciente, como medida fiscalizadora. Encontram-se todos os tipos e volumes de exostoses e condromas assentados nas extremidades dos ossos longos, sendo que todo o esqueleto se acha invadido por essas lesões, com exceção da cabeça. Concomitantemente notam-se alterações da forma, tamanho e estrutura óssea, como sóe acontecer nessa osteodistrofia. A nevralgia ciática e a fraca excursão torácica são as complicações funcionais, determinadas pela compressão do ciático e pelas deformações das costelas. A atrofia tes-

ticular, a hipercalcemia, e uma provavel alteração da hipófise, fazem pensar numa disfunção endócrina que tenha contribuído à existência dessa afecção. O paciente apresenta tumores que se acham em degeneração condromatosa e até maligna, como se pode comprovar pelas

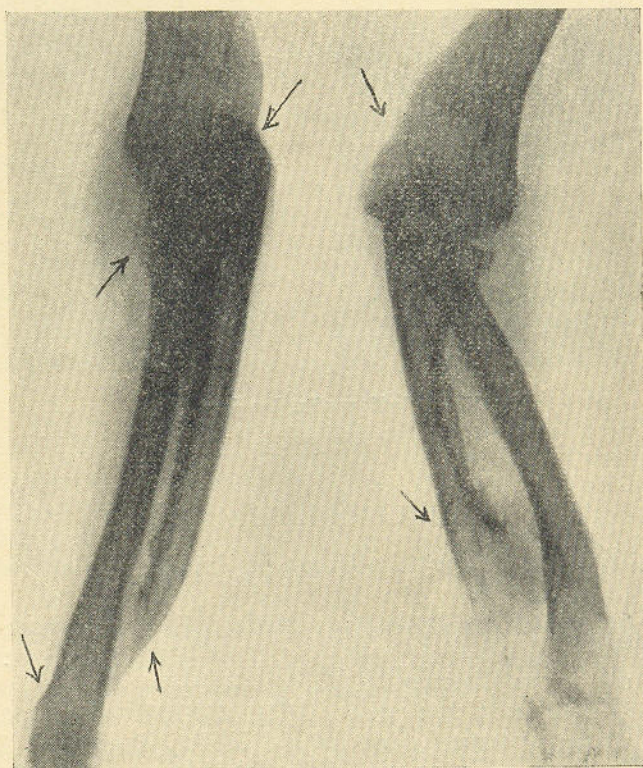


Fig. 14 — Radiografia dos ossos dos antebraços

Lesões típicas. Cotovelos alterados na forma e estrutura óssea. Hiperostose das extremidades inferiores, com formações exostósicas exuberantes; descalcificação; encurtamento; aumento do espaço interósseo; diástasis da articulação radio-cibital inf. dos 2 lados.

imagens radiográficas da bacia, que é a mais afetada, principalmente ao negatoscópio onde são mais evidentes. A reação de Roffo positiva sem corroborar essa asserção.

O interesse dessa observação reside unicamente na multiplicidade enorme das lesões, como raramente é vista na literatura científica.

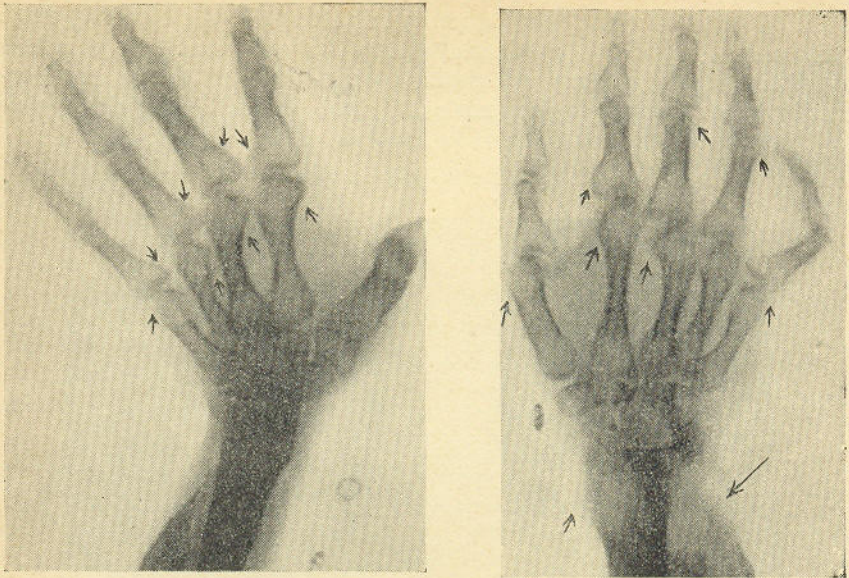


Fig. 15 — Radiografia das duas mãos

Os ossos do metacarpo e falanges acham-se alterados, também, na sua forma e estrutura.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bruno Paggi — *Ortopedia e Traumat. del aparato mot. dez.* 1932, vol. IV, fasc. 6.
2. Rocher et Guérin — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 maio 1933.
3. Polloson — *Lyon Chirurgical*, 1934, 55-57.
4. Samson — *Révue d'Orthopédie*, 1934, 233-239.
5. Canton et Le Querre — *Journal de Médec. Bordeaux*, 1934, 110.
6. Imbert — *Lyon Chirurgical*, 1933, 610-614.
7. Veyrassat — *Révue d'Orthopédie*, 1934, 591-595.
8. Hildmann — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1934, 2311-2313.
9. Mondor et Welti — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.* 1935, n.º 8, 392.
10. Stefanelli — *La chir. degli organi di mov.* vol. XIX, fasc. 6, 600-610.
11. Lunardi — *La chir. degli organi di mov.* vol. XIX, fasc. 3, 276-282.
12. E. Sorrel — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.* 1935, n.º 10, 392.
13. Belot et Simchowitz — *Jour. Radiol. et Eléctr.* jan. 1936.
14. Souza Pereira et Dupertuis — *Préssé Médicale*, 1936, n.º 8.
15. Barret — *Mém. de l'Acad. Chir.* t. 62, n.º 6, 232.
16. Mastromarino — *Archivio di Ortop.* vol. L, fasc. 111, 766-780.
17. Katraúis — *Zentralblatt für Chir.* 1935, 2956-2957.
18. Marcel Fèvre — in *Traité de Chirurgie Orthopédique de Ombrédanne et Mathieu*, 1937, 313-342.
19. John Erikson et Telemak Frebärj — *Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. VI, fasc. I, 1935, 21-76.

*Handwritten signature*

## Tuberculose verrucosa cutis

por

José Gerbase

Docente-Biore de Clínica Dermatológica; Assistente de Clínica Dermatológico-Sifiligráfica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre; Leprologo pelo Centro Internacional de Leprologia

Atualmente muito bem conhecida dos dermatologistas, a TUBERCULOSE VERRUCOSA CUTIS assim denominada em 1886 por Riehl e Paltauf é, ao lado da Tuberculose Coliquativa a que mais se observa entre nós das tuberculoses típicas da pele.

O báculo da tuberculose pode provocar sobre a pele, manifestações várias; entre os elementos capazes de provar a natureza tuberculosa de uma dermatose, somente alguns têm valôr citnífico absoluto. Estes elementos são: a) presença do virus tuberculoso nos cortes; b) inoculações positivas nos animais receptíveis; c) culturas do tecido. As dermatoses apresentando um ou alguns desses caractéres e outros de ordem clínica é que chamamos de Tuberculosas Típicas da Pele. Estas são: a) tuberculose fungosa; b) tuberculose ulcerativa (ulcerações secundárias da pele e das mucosas; cancro tuberculoso primitivo); c) tuberculose verrucosa; d) tuberculose coliquativa (goma tuberculosa, escrofuloderma); e) tuberculose luposa (lupus vulgar).

Para completar estas noções, faremos superficial consideração sobre o outro grupo que, não apresentando os caractéres acima descritos, oferecem, no entanto, certos dados de probabilidade de infecção tuberculosa, como sejam: a) estrutura histológica tuberculoide; b) reações biológicas; c) coexistência de outras manifestações tuberculosas; d) um determinado aspéto clínico, uma evolução e circunstâncias etiológicas especiais. Estas dados de probabilidade fazem pensar numa estreita relação das dermatoses deste grupo com a tuberculose. Em 1896 Darrier grupou-se sob a designação genérica de TUBERCULIDES. As de séde dermo-epidêrmicas são: a) tuberculides papulo-neeróticas; b) tuberculides liquenoides ou liquen escrofulosorum; c) tuberculides aeneiformes ou acne caqueticatorum de Hebra; d) tuberculides lupoides (sarcoides benignos de Boeck); e) tuberculides eritemato-atrofiantes (lupus eritematoso); f) tuberculides eritematosas (lupus eritematoso exantemático. As de séde hipodêrmica, são: a) sarcoides hipodêrmicos de Darnier-Roussy; b) eritema indurado de Bazin e c) sarcoides nodosos disseminados. A etio-patogenia das tuberculides é ainda hoje muito discutida; para alguns autores, como Nicolas e Gaté as tuberculides são consideradas na sua maioria como síndromes que podem ser causadas pela tuberculose ou outras infecções. O momento não comporta digressão e aqui encerramos as nossas rápidas considerações sobre as tuberculides.

Praticamente, só o báculo tuberculoso humano e o bovino são capazes de provocar a tuberculose verrucosa e outras tuberculosas típicas da pele.

A presença do báculo bovino é verificada sempre que o contágio é de natureza profissional e acomete, via de regra, os veterinários, açougueiros, ordenhadores, esfoladores. O caso citado por Heller apresenta uma particularidade interessante quanto ao contágio: um operário tendo utilizado leite para fazer uma tatuagem, determinou o aparecimento de lesões tuberculosas nos pontos injetados e impregnados pelo leite.

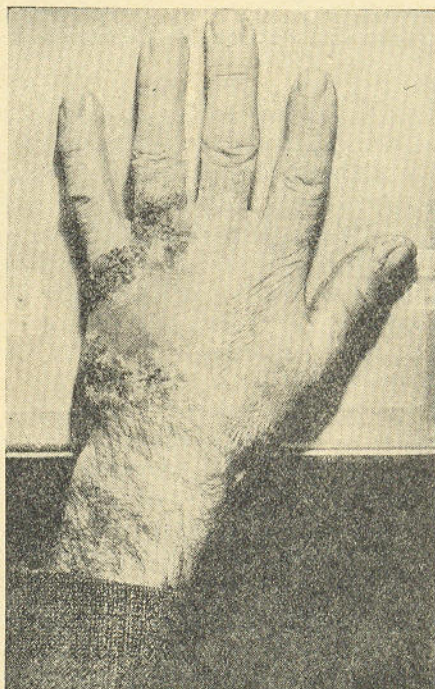


Fig. n. 1

Nos casos em que o contágio se verifica de maneira diferente, é o vírus tuberculoso humano o responsável pela grande maioria das tuberculosas da pele. Stuz pesquisando o báculo em 20 biopsias de tuberculosas cutânea encontrou o vírus em 16 desses casos, percentual, aliás, nunca observado entre nós, pois, todos os casos que temos tido oportunidade de observar o são em maioria "desabitados". O referido autor constatou o báculo tuberculoso humano em seis casos de lupus vulgar e um de tuberculose coliquativa e o báculo tuberculoso bovino foi verificado em seis casos de lupus vulgar e em dois de tuberculose verrucosa.

Jenson em crianças menores de 15 anos, obteve culturas de báculo bovino em 82% dos casos, admitindo que o contágio tenha se dado pelo leite de vaca. Segundo Darier, o báculo humano é encontrado, em media, em 2/3 dos casos de lupus e o báculo bovino em 1/3. Na tuberculose coli-



quativa foi encontrado o báculo de origem humano em 9 casos e o báculo bovino em 4 casos; na tuberculose verrucosa foram constatados 17 casos de origem humana e 15 de origem bovina. Vemos, pois, a importância que pode ter a tuberculose de origem bovina nos países onde o leite é consumido em grande quantidade, principalmente quando não fervido.

A tuberculose verrucosa cutis pode ter como ponto de partida uma inoculação primitiva ou secundária.

“As lesões de primo-infecção só excepcionalmente são observadas. Quando perfeitamente constituídas, realizam, o típico “complexo primário” da concepção de Rank: lesão inicial, “cancro tuberculoso” da pele ou das mucosas e adenopatia satélite, conseqüente á inoculação direta do exterior de bacilos tuberculosos num organismo virgem da contaminação, donde a sua observação quasi só em crianças.” E’ este o caso da tuberculose verrucosa primitiva, representado pelo complexo primário com lesão inicial verrucosa, e é por certo uma forma rara, pois, na grande maioria a infecção tuberculosa primitiva se faz pelas vias respiratórias e, num número também apreciável de casos, pelas vias digestivas.

Como ficou dito, a tuberculose verrucosa primitiva vae-se tornando cada vez mais rara a medida que avança a idade, dado que a maioria dos individuos já contrairam, na puberdade, a infecção por outra via.

A tuberculose verrucosa pode ter, também, como ponto de partida reinfecções exogenas, quer de origem do próprio paciente com lesões primitivas de tuberculose pulmonar, gangliar ou óssea, quer de outras pessoas, quando há um tuberculoso bacilífero no ambiente do doente, como num caso observado e referido pelo meu mestre, Prof. Ramos e Silva e que tive oportunidade de acompanhar. O vírus tuberculoso, pode, ainda, por disseminação hemática, se localizar na pele, oriundo de um foco visceral ou gangliar e constituir uma tuberculose verrucosa, observando-se às vezes esta modalidade de contaminação após febres eruptivas anergisantes, como o sarampo (tuberculose verrucosa post-exantemática).

O caso clínico que motivou esta ligeira nota, tem a seguinte observação:

D. M. branco, brasileiro (Rio Grande do Sul), 47 anos, casado, residente nesta Capital, á rua São Salvador( 71.

Antecedentes mórbidos familiares: sem importância.

Antecedentes mórbidos pessoais: na 1.<sup>a</sup> infância sarampo e coqueluche; blenorragia aos 20 anos e diz sofrer de “bronquite” há dois anos, mais ou menos.

História da doença atual: há ano e meio quando trabalhava em serviços domésticos sofreu um traumatismo no dorso da mão esquerda, aparecendo-lhe posteriormente na parte traumatizada uma “verruga”. Do ponto inicial a lesão foi se extendendo para a região da referida mão, enquanto cicatrizava a lesão primitiva, e assim foi evoluindo até a presente data, observando o doente que “sae pús das lesões”.

Localização e descrição das lesões: apresenta no dorso da mão esquerda, na metade externa, duas placas verrucosas, uma localizada na

porção distal e se estendendo para os dedos mínimo e anular e a outra para a região do punho. (Fig. 1).

Ambas as placas têm um contorno eritemato-cianótico, são de superfície francamente papilomatosa, apresentando fendas em vários pontos. Separando as duas placas nota-se uma zona cicatricial eritematosa, ligeiramente atrófica. No exame do aparelho respiratório feito pelo Dr. Carlos Velho Monteiro foi constatado um processo pulmonar, diagnóstico este confirmado radiologicamente pelo distinto e competente colega Dr. Osorio Lopes, cujo laudo é o seguinte: "Hilos espessados e densos".

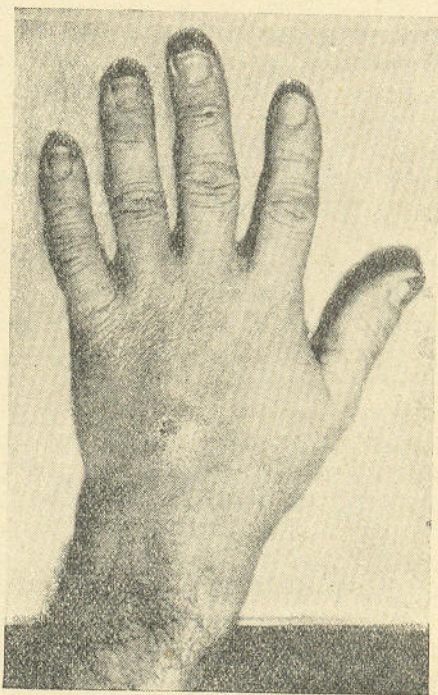


Fig. n. 2

Reticulo radiológico rico e bastante complicado, tanto ao nível das arborescências peri-hilares como no trauma secundário. Notam-se nodulos na intersecção dos tractos peri-bronco-vasculares, que tendem a se dispôr em poligonos.

Processo bilateral, provávelmente cicatricial, do tipo fibro-nodular." Quanto á séde das lesões, há uma predominância nítida para as extremidades, principalmente para as mãos e particularmente para a face dorsal como no caso presente. No entanto, outras localizações pôdem ter as lesões, como seja: face, mucosa do lábio, antebraço, perna, pé e região peri-anal.

Após um periodo de incubação de semanas ou meses, surge no ponto inoculado um pequeno nódulo duro, córneo, hiperqueratósico, limitado

por uma zona vermelha ou violacea. A lesão praticamente é indolor, espontâneamente, sendo sensível á apalpação.

Evoluindo lentamente, a superfície dêsse nódulo se cobre de pequenas saliências e depressões, apresentando ragadias e fissuras de regular profundidade.

Como foi bem observado no nosso caso (Fig. 1) há, às vezes, tendência espontânea para a cicatrização da parte central da lesão, enquanto progride por um ponto da periferia, dando à lesão um aspéto nítidamente serpiginoso. Via de regra, a lesão de Tuberculose Verrucosa é única e apresenta-se com uma placa irregular assentada sôbre uma superfície infiltrada, cujas dimensões variam bastante, atingindo às vezes a palma da mão. Observa-se sempre um halo inflamatório contornando a lesão, formando esta nítido relevo sôbre os tecidos circundantes. Quasi sempre revestida de crostas, as lesões pôdem apresentar pela pressão lateral dos dedos gôtas de pús resultantes da formação de microabcessos.

Às vezes são absolutamente sêcas; em outros casos, ao contrário, elas são secretantes havendo crostas mais ou menos espessas resultantes da dessecação dessas secreções.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

São as micoses verrucosas as lesões que mais se prestam a confusão com as da tuberculose verrucosa, acontecendo o mesmo com os casos de dermatite verrucosa micósica. Estas dermatoses apresentam as mesmas placas verrucosas, papilomatosas, escamosas e crostosas, os mesmos sulcos e ragadias, os mesmos microabcessos intraepidêrmicos dando saída á gotas de pús pela pressão.

O diagnóstico preciso tem que fazer-se pela biopsia (elementos parasitários nos cortes) e pela cultura em meio de Sabouraud.

As verrugas são em geral multiplas e de pequenas dimensões, não têm o halo inflamatório e não apresentam a formação de microabcessos da tuberculose verrucosa.

O liquen córneo tipertrófico é pruriginoso e também não apresenta microabcessos; nas piodermites vegetantes a lesão inicial é pustulosa e não se observa hiperqueratose.

### HISTOPATOLOGIA

O exame histopatológico foi gentilmente feito pelo nosso particular amigo e insigne histopatologista Prof. Valdemar de Castro, cujo laudo é o seguinte:

Aspecto anatomo-clínico: Tuberculose verrucosa cutis?

Aspecto histo-patológico:

Os córtes demonstram que se trata de um processo inflamatório crônico, caracterizado por abundante infiltração linfocitária da derme, que se dispõe em formações foliculares, com presença de células epitelióides

e raros gigantocitos; nota-se também acentuada hiperkeratose epidérmica.

**DIAGNÓSTICO:** O quadro histo-patológico acima descrito, ao lado do aspeto anatomo-clínico verrucoso, permite se chegue a conclusão de TUBERCULOSE VERRUCOSA CUTIS.

(A) Dr. V. de CASTRO.

### TRATAMENTO

Consideraremos o tratamento geral e o local.

O primeiro procurará atender as condições físicas do doente, procurando tanto quanto possível atender o seu estado geral. O nosso paciente fez uso de injeções que tinham por base o óleo de fígado de bacalhau.

O tratamento local poderá ser feito por um dos seguintes agentes físicos: diatermo-coagulação, neve carbônica e raios X.

A diatermo coagulação tem sua indicação em lesões de pequena dimensão, o mesmo acontecendo com a neve carbônica.

Não há dúvida que o melhor tratamento é pelos raios X.

As observações sobre a excelência da radioterapia na tuberculose verrucosa por nós constatada e praticada no Serviço do Prof. A. Fraga na Santa Casa do Rio de Janeiro levou-nos a encaminhar o nosso paciente ao distinto e competente colega Osorio Lopes, para que fosse irradiada a lesão. (1)

Como poderá ser observado (Fig. 2) confirmou-se integralmente o nosso optimismo terapêutico da tuberculose verrucosa pela radioterapia.

1) — Ainda não estavam instalados.

### BIBLIOGRAFIA

PAUTRIER — Tuberculose cutanée. La nouvelle pratique dermatologique.

J. RAMOS e SILVA — Tuberculose ulcerosa secundária. Revista Brasileira de Tuberculose.

JOSÉ BERTACCINI — Formas raras de tuberculose cutânea. Resenha Clínico Científica. Agosto de 1936.

# Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. — Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral. Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localizações microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afecções para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcea — Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069  
SÃO PAULO

# DEXTROSOL

(Glucose — d)

ASSUCAR- NUTRITIVO

DIETA DE SCHIFF,

DIETA DE ARON,

ANTI-FERMENTESCIVEL



REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA 748

CAIXA 2972

CAIXA 3421

PORTO ALEGRE

SÃO PAULO

RIO DE JANEIRO

# GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza orgânica, sobretudo quando houver retenção clorética. Uma injeção diária ou em dias alternados.

SÔRO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratório  
Gross  
Rio de Janeiro

Para a tosse e suas funestas  
consequencias, uzar sómente  
**Peitoral de Angico Pelotense**

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

**NEURILAN**

Poderoso calmante do *systema neuro-vegetativo*.  
Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vagosympathicos, palpitações, insonância, dyspepsia nervosa.

A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua assucarada às refeições.

**NÃO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

Lab. Gross-Rio

# Sociedade de Medicina

## Atas

Ata da sessão da Sociedade de Medicina do dia 8 de Dezembro de 1939.

Sob a presidência do Prof. Florêncio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Couto Barcelos, Francisco M. Pereira, Álvaro B. Ferreira, Gilberto Mangeon, Salvador Gonzales, Mario Assis Brasil, José Felix Garcia, Lupi Duarte, Rubens Maciel, Samuel Barros, Antero Sarmiento, Luiz Fayet, Aleixo Moreira, Orlando Biancamano, Gernot Wiltgen.

Aberta a sessão, foi lida e aprovada sem emendas a ata da anterior.

Com a palavra o Sr. Presidente, que convida ao Dr. Feliz Garcia de Cachoeira, para fazer parte da mesa de trabalhos.

Passa-se a seguir a votação de novos sócios, tendo sido aceitos os Drs. Heitor Guimarães e Cezar Ávila, propostos, respetivamente, pelos Drs. Lupi Duarte e Carlos Carrion.

A seguir pede a palavra o Dr. Salvador Gonzales que solicita á casa um voto de pesar pelo falecimento do Dr. José Brusque, ocorrido na cidade de Pelotas, no dia 5 de Dezembro, traçando em linhas gerais as qualidades pessoais e científicas da grande figura que em vida fôra José Brusque.

A proposta do Dr. Gonzales foi aceita unanimemente, tendo os presentes ficado um minuto em silêncio em homenagem á memória do morto.

Com a palavra o Dr. Mario de Assis Brasil, declarou que vinha comunicar á Sociedade de Medicina achar-se no prélo um livro de sua autoria intitulado: "Como devo cuidar meu filho?".

Depois de outras considerações passa o orador a explicar a orientação que seguiu na feitura do seu trabalho.

"Tratando-se de um livro destinado a ensinar os preceitos fundamentais de Puericultura, diz o Dr. Mario Assis Brasil, julguei de especial interêsse prático esplanar todos os conhecimentos relativos aos importantes problemas da vida diária da eriança, sob a forma de perguntas concretas, com objetivo particularizado.

A cada pergunta formulada procurei dar explicação clara, breve e completamente ao alcance da compreensão popular média.

Pareceu-me que a forma de questionário (perguntas e respostas) contribuiria para tornar mais simples a exposição e mais acessivel a compreensão dos diversos assuntos relativos á higiene infantil.

A literatura médica nacional é rica em publicações sôbre esta matéria, mas o plano que adotei, na feitura do livro "Como devo cuidar meu

filho?"; é, até o presente, inteiramente novo, entre nós. Nestas condições desejo que esta minha declaração conste na ata da Sociedade de Medicina."

Com a palavra o Sr. Presidente, que elogia e felicita ao Dr. Mario Assis Brasil pelo livro que vem de editar.

A seguir o Sr. Presidente concede a palavra ao Dr. Couto Barcelos, inscrito na ordem do dia com o tema: "Prova de resistividade vital".

O Dr. Couto Barcelos descreve com interessantes apreciações o método laboratorial da reação de Zambrani.

Historia uma série de casos clínicos em que a evolução correspondeu aos graus da reação biológica, demonstrando o valor deste método aplicado á clínica.

Ao terminar a sua conferência o Dr. Couto Barcelos foi muito aplaudido por todos os presentes.

O trabalho do Dr. Couto Barcelos foi comentado elogiosamente pelo Prof. Álvaro Barcelos Ferreira e pelos Drs. Salvador Gonzales e Francisco Marques Pereira.

Com a palavra o Sr. Presidente, que felicita ao conferencista pelo seu brilhante trabalho.

Como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra o Sr. Presidente suspendeu a sessão, marcando a próxima ordem do dia, conferência da Dra. Maria Clara Mariano da Rocha, intitulada: "Sôbre um caso de tuberculose ganglio-pulmonar infantil com eritema nodoso".

Pôrto Alegre, 8—12—1939.

*Dr. Salvador Gonzales.*  
2.º secretário.

Ata da sessão do dia 15—12—1939.

Presidida pelo Prof. Florêncio Ygartua realizou a Sociedade de Medicina mais uma de suas sessões ordinárias, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Salvador Gonzales, Luiz Barata, Hugo Ribeiro, Maria Clara Mariano da Rocha, Edith Mariano da Rocha, Mario Assis Brasil, Paulo Louzada, Samuel Barros, Rubens Maciel, Antéro Sarmiento, Orlando Biancamano, A. Coimbra, Carrion, Luiz Rothfuchs, João V. Amaral, Luiz Fayet, Alfredo Hofmeister, Poli Espírito, Cesar Ávila, E. J. Kanan.

Aberta a sessão, foi lida e aprovada sem emendas a ata da anterior.

Como nada constasse no expediente o Sr. Presidente concedeu a palavra á Dra. Maria Clara Mariano da Rocha, inscrita na ordem do dia com o trabalho de sua autoria: "Sôbre um caso de tuberculose ganglio-pulmonar infantil com eritema nodoso".

A Dra. Mariano após relatar uma bem documentada observação do caso clínico, mostrando a incidência de uma primo-infecção tuberculosa, na doente por ela observada, e no decurso da qual surge um eritema nodoso típico, passa a estudar as possíveis relações existentes entre a infecção bacilar e o eritema nodoso.



Extende-se em considerações de ordem geral e particular sobre o assunto, ressaltando a opinião dos clássicos na matéria, para concluir mostrando que a maioria dos autores é unânime em admitir pelo menos na criança uma relação de causa e efeito entre a tuberculose e o eritema nodoso.

Ao terminar a sua conferência a Dra. Mariano da Rocha foi muito aplaudida por todos os presentes.

A seguir o Sr. Presidente põe em discussão o trabalho da Dra. Mariano da Rocha.

Em torno do mesmo teceram comentários elogiosos os Drs. Hugo Ribeiro, Mario Assis Brasil e Salvador Gonzales.

Com a palavra o Sr. Presidente, que se congratula com a casa pela brilhante conferência que terminavam de ouvir e felicita efusivamente a conferencista.

Com a palavra a Dra. Mariano da Rocha, que agradece a todos, os comentários feitos ao seu trabalho.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra, o Sr. Presidente, antes de encerrar a sessão marcou a próxima ordem do dia: "Eleição da nova diretoria".

Pôrto Alegre, 15—12—1939.

*Dr. Salvador Gonzales.*

2.º secretário.

## Notas terapêuticas

Para o tratamento de a dôr e rigidês que acompanham o reumatismo e outras desordens das extremidades, a aplicação do calor é a medida mais util e simples conhecida.

O emprêgo local do calor tem efeito pronunciado sôbre a circulação do sangue e da linfa. Dêle resulta o afrouxamento dos tecidos, o melhoramento do metabolismo, e auxilia na remoção dos vários exsudatos, dos detritos inflamatórios e das bacterias venenôsas que se acumulam nas articulações congestionadas.

A experiência tem demonstrado que não existe aplicação tão efetiva, para a dilatação dos vasos profundos e superficiais, como a Antiphlogistine. A sua qualidade de retêr o calor, unida a sua alta porcentagem de glicerina e outros componentes, faz produzir intensa hiperemia e causa um abundante fluxo de sangue que vem dos tecidos profundos à superfície em tratamento. Assim, pela dilatação dos vasos do sangue e pelo aumento do cambio osmótico local, os produtos patológicos correm em quantidade para dentro do sangue, onde são aniquilados.

Para a dôr, rigidês ou inchação, acompanhada de artrite, nos pulsos, tornozelos, mãos ou pés; torceduras e tensões; na fibrosite da face palmar ou plantar, no tratamento manipulativo dos pés chatos, onde é desejável o afrouxamento dos músculos, o emprêgo da Antiphlogistine é sempre indicado. Amostras e literatura a disposição dos senhores facultativos que requisitarem à Denver Chemical Mfg. Co., 163 Variek Street, Nova York, E.U.A.N.

### ACÇÃO DO DAGENAN CONTRA A INFECCÃO PESTOSA

Paul Durand — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, t. 28, n.º 1, 1 de Março de 1939.

Três séries de experiências feitas com camundongos mostraram o valôr do daganan (sulfamido-piridina) na peste.

O daganan age como protetor na afeccão pestosa. Misturando nos alimentos, foi êle dado na dôse de 15 a 20 mgr. por dia, isto é, Cmgr. 4 a Cmgr. 5 diariamente e por grama de pêso de camundongo. Nos primeiros dias, o próprio animal ingere menor quantidade de alimento, regularizando depois o seu consumo. Caso se use uma dosagem mais elevada que corresponda mais ou menos 60 a 90 mgr. de produto ativo por animal ou 1 mgr. 5 a 2mgr. 25 por grama de pêso, succede então que determinados animais recusam comer durante um ou dois dias. Sômente no fim de 4 a 5 dias é que êles se dispõem a ingerir 4 a 7 gr. de alimento. A maior parte de camundongos, que ingeriram daganan e que sobreviveram após inoculação pouco importante de bâcilos, estava magra.

Inoculados de bâcilos pestosos cinco a seis dias depois do início de tratamento pelo daganan, tratamento êsse prosseguido durante 6 a 17 dias, os camundongos ficaram protegidos no mínimo contra 19.000 doses mortais de bâcilos pestosos. Dos camundongos que receberam de 20 a 300.000 doses mortais, quasi todos sucumbiram. Contudo, em seu organismo, o bâcilo pestoso não pôde ser encontrado, quer pelo microscópio, culturas, quer ainda por inoculações.

Se a ingestão medicamentosa diária for mais fraca (Cmgr.5 por grama e por dia), a ação protetora só se exerce imperfeitamente, ainda mesmo sôbre 300 doses mortais.

A maior parte dos camundongos, salvos pelo daganan da infeccão pestosa, adquiriu imunidade notável contra esta afeccão, imunidade essa tanto mais pronunciada quanto maior haja sido a injeccão infectante primária.

Estes resultados experimentais só pôdem encorajar o emprêgo do daganan na profilaxia e tratamento da peste humana, uma vez que sejam usadas doses suficientes.