

Relatorio sobre Osteo-mylites

Pelo Prof. Frederico G. Falk.

9.º Congresso Medico Brasileiro

Designado pela illustrada Comissão Organizadora do 9.º Congresso Medico Brasileiro para escrever um relatorio sobre osteo-mylites, venho desempenhar-me dessa, honrosa mas difficil incumbencia, apresentando um trabalho baseado em casos observados unicamente em nosso Estado, dando-lhe assim um cunho regionario. Dest'arte estaremos habilitados a fazer estudos comparativos com o que se observa em outros Estados do Brasil e quiçá em paizes estrangeiros.

Nascido e creado, até certa idade, na região colonial do nosso Estado, sempre tive compaixão desses entes infelizes que, pela ausencia de tratamento adequado, ao menos naquelles tempos, arcavam com as consequências de seu mal, ás vezes por uma longa vida afóra. Mais tarde, como medico e cirurgião, cada vez mais me sentia attrahido por esses casos, votando-lhes toda a minha dedicação.

Penso poder abster-me de uma descripção das osteo-mylites em geral. Acho, porém, de toda conveniencia dizer algumas palavras sobre sua divisão, sua etiologia, pathogenia e idades preferidas, ás quaes, durante este trabalho, amiudadamente te-rei necessidade de referir-me.

Para os que seguem outra orientação, devo ainda mencionar que, deste trabalho, excluo por completo as affecções osseas de origem tuberculosa e luetica que viriam perturbar a clareza de minha exposição e que, em geral, constituem capitulos especiaes na cirurgia.

Entre as muitas descripções da osteo-mylite, agrada-me sobretudo a de Marwedel, pela sua clareza e simplicidade. Seja permittido transcrever um resumo da introdução ao seu estudo, e o qual me servirá de ponto de partida e de guia na confecção deste trabalho.

„A osteo-mylite póde ser:

- 1) primaria, quando a infecção da medulla é directa, como, p. ex., em fracturas expostas;

- 2) secundaria, quando os germens são transportados, por via hematogenica, de um fóco primitivo para a medulla.

A osteo-mylite secundaria póde apparecer, em consequencia de um furunculo, de um anthraz, de um panaricio, de um phlegmão de uma angina ou de uma erysipela (staphylococcus e estreptococcus).

Póde tambem ser determinada por uma pneumonia (diplococcus pneumoniae, raras vezes diplobacillo) e pela febre typhoide (bacillo de Eberth).

O seu apparecimento não depende da extensão do fóco primitivo, podendo lesões minimas servir de porta de entrada aos microorganismos. Não raro, estas lesões já se acham completamente cicatrizadas, quando a osteo-mylite se installa, de modo que poderão ter passado despercebidas. D'ahi muitas vezes a difficuldade na pesquisa da séde primitiva da infecção.

Geralmente o processo começa pela extremidade da medulla ossea e que corresponde á metaphyse de Kocher, isto é, ao limite entre diaphyse e epiphyse. E' nessa região, onde a circulação sanguinea da medulla é mais lenta, que os germens se depositam e proliferam, produzindo a inflamação e a suppuração da medulla, do tecido osseo e finalmente do periosteo.“

Para a feitura deste trabalho, utilizei-me em 1.º lugar dos livros de registro de nossa Santa Casa, onde, num periodo de 26 a 35 annos, conforme as enfermarias, consegui reunir 340 casos. Depois recorri á opinião abalizada de distinctos collegas, muitos dos quaes tiveram a bondade de responder ao questionario que lhes apresentei, de accordo com certas conclusões a que minha estatistica me tinha conduzido.

Finalmente servi-me também, si bem que em grão modesto, de minha experiência própria de 30 annos de serviço hospitalar, de modo que, com a collaboração dos collegas, disponho de um total de 630 casos, tendo excluído todos aquelles, sobre os quaes apenas recebera informações vagas.

Etiologia. Já em 1887 Kraske dizia: „Todo o microorganismo com propriedades pyogenicas póde produzir osteo-mylite typica.“ Esta asserção confirmou-se plenamente, e é assim que, ao lado dos germens já citados, ainda podemos collocar o gonococco, o coli-bacillo e provavelmente o bacillo do paratypho.

Na literatura encontrei dois casos de osteo-mylite, produzida pelo gonococco. Também no registro da Enfermaria Dr. Protasio acham-se os seguintes apontamentos, em relação a uma doente: I. F. M., branca, com 23 annos, natural deste Estado, apresentando arthrite gonococcica do joelho, com invasão da tibia. Resecção do joelho, com raspagem da tibia. Cura.

Segundo Strümpell (1926), as affecções post-typhicas dos ossos são raras, localizando-se de preferencia nas costellas e nas tibias.

Quinke foi o primeiro a descrever uma *spondilitis typhosa*, com symptomas secundarios de compressão das raizes nervosas.

E. Fraenkel demonstrou a existencia de pequenos focos de bacillos de Eberth, na medulla das vertebrae, com necrose circumscripta. Strümpell é de opinião que este facto serve para explicar as ostealgias de que alguns typhosos se queixam.

Nos poucos casos de osteo-mylite post-typhica de costellas, observadas em nosso hospital, infelizmente não houve pesquisa bacteriologica. Em compensação, o Dr. E. von Bassewitz encontrou o bacillo em dois casos de sua clinica, sendo um de affecção de costella e o outro do esterno. O Prof. Blessmann tratou de um caso de affecção post-typhica do femur, em que só foram encontrados o estaphylo e o estreptococco.

Segundo Feer (em Pflaundler e Schlossmann), não é raro, sobretudo na primeira infancia, sobrevir uma osteo-mylite, 15 dias após uma pneumonia lobar. No foco encontra-se o pneumococco em cultura pura. Outras vezes, o processo origina-se de uma otite média, de origem pneumo-

coccica. O prognostico, nesses casos, seria bastante benigno.

Recorrendo ás luzes do Professor Pereira-Fº, para obter algo a respeito dos nossos casos de osteo-mylite, delle obtive a informação de ter encontrado sempre o estaphylococco associado ao estreptococco, sem nunca ter conseguido isolar outro germen.

Em relação ao penumococco, um facto de certa relevancia elle me ponde relatar. E' que, em todos os casos de otite média que chegaram ao seu conhecimento, elle conseguiu demonstrar a existencia do pneumococco, quasi sempre em cultura pura.

Ora, si o pneumococco se apresenta com esta frequencia nas otites médias que, por sua vez, podem, por via sanguinea, fazer despertar uma osteo-mylite, impõe-se forçosamente a pergunta, si não será elle o principal responsavel pelas mastoidites. E' uma questão de logica, cuja solução depende da bacteriologia.*)

Quanto ás causas predisponentes, como sejam idade, raça, sexo, profissão etc., dellas me preocuparei sob as respectivas rubricas. Aqui apenas quero alludir á influencia do traumatismo.

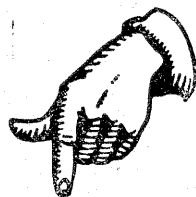
Longe de ser causa efficiente, como outrora se pretendia, o traumatismo contudo não deixa de representar papel saliente na installação da osteo-mylite. Grande parte dos nossos doentes accusa a precedencia de um traumatismo, sobre a região affectada. Si bem que possa haver méra coincidência, o facto se reproduz com tal frequencia que deve merecer nossa attenção.

Experimentalmente foi mesmo demonstrado que, injectando-se uma cultura de estaphylococcos sob a pelle, elles vão localizar-se no ponto do systema osseo que préviamente havia sido traumatizado. Uma quéda, uma torsão, um entorse juxta-epiphysario precedem muitas vezes o apparecimento da molestia (Ollier). Deve admittir-se que o traumatismo tenha produzido uma extravasação de sangue, contendo microbios virulentos (Pertick).

Pathogenia. Todos os autores concordam em que o retardamento da circulação sanguinea, na extremidade da medulla, representa o factor responsavel pela fixação dos microorganismos ahi. Para

*) Segundo a opinião de Hallé, chegada a meu conhecimento, depois de realizado o Congresso, o facto tem sido verificado na França.

A MARAVILHOSA AGUA MINERAL NATURAL



V. S. não
deve tomar
agua de pro-
cedencia
duvidosa...



Consulte o seu medico

sobre as qualidades da maravilhosa agua mineral natural „LAMBARY“, indicada nas molestias do figado, rins, estomago, intestinos; ideal como agua de mesa.

Tomando a agua mineral „LAMBARY“ V. S. sabe que bebe a melhor agua mineral do Brasil, engarrafada em seu estado natural; sem gaseificação nem supergaseificação; isto é, tal como são da fonte.

Esta maravilhosa fonte é uma riqueza que pertence ao Patrimonio Nacional e é fiscalizada directamente pelo Governo do Estado de Minas Geraes.

Caso o vosso fornecedor ainda não possua este artigo podeis pedir-o pelo

Telephone No. 5.247,

que vos será fornecido em domicilio sem mais despesa.

Escriptorio: — Rua dos Andradas No. 293

Telephone No. 4.377

PORTO ALEGRE

MINORATIVAS PASTILHAS

SANTO REMEDIO PARA AS DOENÇAS
DO FIGADO E PRISÃO DE VENTRE

Opiniões de dois Medicos eminentes:

„Receito todos os dias, como regulador do ventre, nos casos de constipação habitual e rebelde, as pastilhas intituladas „Minorativas“, que, como indica o seu nome, produzem um leve effeito, sem colicas e ordinariamente unico.“

MIGUEL COUTO.

„Attesto que tenho empregado na clinica as pastilhas „Minorativas“, colhendo os mais proveitosos resultados no tratamento da prisão de ventre.“

Dr. MARIO TOTTA.

Representante n'esta cidade: **Fausto Sant'anna** — Rua 15 de Novembro, 27

Laboratorio Medico do Dr. Pereira Filho

Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia Pathologica — Reconhecimento dos parasitos vegetaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina anti-gonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-typhica.

Secção de Sorologia — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — (diagnostico do kysto hydatico).

Reacção de Abderhalden.

TELEPHONE N.º 813

Rua Pinto Bandeira N. 3, **Porto Alegre**

interpretar este phenomeno, encontrei duas theorias que aliás se contradizem. Passo a expô-las de modo succinto.

E. Hobo (Acta scholae med. univers. imperial, Kioto), em artigo ricamente illustrado, mostra como os microorganismos tendem a accumular-se na extremidade da medulla, onde a circulação é mais lenta. Segundo sua observação, este retardamento da circulação se daria principalmente nos capillares venosos, como p. ex. no figado, no baço e sobretudo na medulla ossea.

Os da medulla seriam torcidos sobre seu eixo, formando curvas e apresentando assim condições excepcionalmente favoráveis á fixação dos microbios pyogenicos da circulação, sendo ao mesmo tempo muito precarias as condições para a phagocytose.

A. Nussbaum, de Bonn, pretente explicar o retardamento da circulação medullar, ao nivel das metaphyses, pelo facto das arterias ahi serem terminaes.

Frequencia. Devo confessar que, si, ao iniciar minhas pesquisas, me tivessem inquirido a respeito da frequencia da osteo-mielite, de prompto e mui conscienciosamente teria respondido tratar-se de uma das molestias mais frequentes em nosso Estado. Não pequena foi, pois, minha surpresa, quando, para o nosso hospital, encontrei em 41053 enfermos recolhidos aos diversos serviços de cirurgia, apenas 340 casos ou sejam approximadamente 0,83%.

Com esta conclusão concordam quasi todos os collegas por mim consultados (Professores Sarmiento, Olinto, Paula Esteves, Moysés, Blessmann e Nogueira Flôres, Drs. José e Francisco Mariano, Alex. Snel, Emilio Welcke, von Bassewitz, Alfeu Bicca, Wolffenbüttel, Dutra, Rohardt, Sparvoli, K. Schinke.)

O Professor Olinto, quando director do serviço de pediatria da Santa Casa d'aqui, assim se exprimia em seu relatorio de 1900: „Outra molestia que occupa seguidamente a attenção dos especialistas europeus e da qual, entretanto, não tenho registrado um só caso ha muitos annos, é a osteo-mielite aguda dos adolescentes.“

Em carta do Rio, de 6 de Setembro do corrente anno, o collega, depois de reproduzir aquelle trecho, accrescenta: „Essa primeira impressão da raridade ahi da osteo-mielite na creança perdura até hoje no meu espirito, admittindo mesmo a possibilidade de me terem passado desperce-

bidos alguns casos mais obscuros, o que aliás tem acontecido a profissionais de grande competencia (surpresas de autopsia).“

Convém accentuar que o Prof. Olinto se refere unicamente aos casos de osteo-mielite *aguda*.

O Prof. Nogueira Flôres (Pediatria Cirurgica), actualmente director do Ambulatorio Cirurgico para Creanças, é da mesma opinião, tendo visto um unico caso em 3 annos.

O Dr. von Bassewitz, com 32 annos de pratica em nosso Estado, entre elles 17 na fronteira uruguaya e na campanha, igualmente opina pela raridade dessa entidade morbida, lembrando-se apenas de 13 casos.

O Dr. K. Schinke (Novo Hamburgo) viu apenas 18 a 20 casos, em 13 annos.

O Dr. W. Rohardt (Rio Grande) admira-se da raridade da osteo-mielite entre nós, quando, nos tempos em que era assistente do velho Esmarch, em Kiel, teve occasião de verificar o contrario por lá.

O Dr. Snel (Estrella) forneceu-me a estatistica de sua clinica de 12 annos, comprehendendo 3675 casos cirurgicos, entre elles 49 de osteo-mielite (1,6%). Declarou-me, porém, o collega que estes casos não representam unicamente os do municipio da Estrella, sendo em grande parte provenientes de localidades bem diversas, de modo que tambem elle considerava a molestia bastante rara.

O Dr. Krekel (Cahy) gentilmente poz á minha disposição o registro de sua clinica, a qual abrange os dois vastos municipios de S. Sebastião do Cahy e de Montenegro que, em outras épocas, figuravam entre os que maior contingente de osteo-mielites forneciam ao nosso hospital. Era elle um dos poucos collegas que consideravam a molestia muito frequente na zona colonial. No emtanto, entre os 945 pacientes de affecções cirurgicas registrados, a osteo-mielite, após estorno dos casos repetidos, apparece 21 vezes, o que nos dá a proporção de 2,22%.

Não resta duvida de que a porcentagem é quasi o triplo da que calculei para a Santa Casa, mas nem por isso a molestia póde ser julgada frequente ahi.

O equivoco do collega facilmente se explica. Os motivos são os mesmos que me tinham induzido a mim em igual erro, antes de consultar os algarismos. E' que,

nas estatísticas, muitos nomes se repetem duas, tres e mais vezes, pela necessidade dos pacientes se sujeitarem a novo tratamento, em consequencia das reincidencias. De outro lado, elles costumam permanecer nas enfermarias, por longos mezes e mesmo annos, deixando-nos assim a impressão da multiplicidade dos casos, quando de facto são os mesmos.

O Dr. B. Tacchini (Bento Gonçalves) informa que, em 16 annos, tratou approximadamente de 90 doentes de osteo-mielite, motivo pelo qual elle considera a molestia bastante frequente nas colonias italianas. Faz-se mister, porém, ponderar que a sua média annual não chega a 6 casos, numero relativamente pequeno, em attenção á extensão de sua clinica. Ainda mais, pela insufficiencia de tempo não pude informar-me, si a sua relação está isenta de casos repetidos, pois foi este o criterio que adoptei para a minha estatística.

Estava meu relatorio concluido, quando tive o prazer de receber de Pelotas valiosissima contribuição, cuja demora se explica por prolongada ausencia do venerando collega Dr. Berchon.

E foi assim que tive necessidade de refundir, em ultima hora, parte do meu trabalho.

Em collaboração com os collegas Brusque e Darcy Xavier, o Dr. Berchon organizou uma lista de 79 casos correspondentes ao ultimo decennio, chegando á mesma conclusão dos Drs. Tacchini e Krekel, isto é que a osteo-mielite é bastante frequente entre nós.

Ora, podem fazer-se as mesmas objectções já expendidas acima. A média annual de Pelotas não chega a 8. Não sei, si na estatística figuram casos repetidos, pois, em logar dos nomes, os collegas apenas collocaram as iniciaes. Finalmente, e isto é de grande valor, a Santa Casa daquella cidade é um dos mais vastos hospitaes do Estado, magnificamente installado, em contacto facil com populosa região colonial, e, pela estrada de ferro, com todo o sul da nossa campanha. Até alguns uruguayos são encontrados na estatística. Finalmente accrescente-se a isso o justo renome de que gozam os cirurgiões de Pelotas, e teremos assim a explicação da relativa frequencia da molestia ahi. Para avaliar-se esta frequencia teria sido preciso calcular a sua porcentagem

sobre o total dos casos chirurgicos daquelle hospital, no mesmo periodo.

Do que acabo de expôr, julgo-me autorizado a considerar a osteo-mielite pouco frequente no Rio Grande do Sul, apesar de valiosas opiniões em contrario.

Distribuição. Muito de proposito não falo em distribuição geographica, porque me falta base para affirmar, p. ex., a influencia das condições climatericas sobre o apparecimento dessa molestia. Por emquanto, fique consignado que ella é bastante frequente na região colonial, mais rara no campo e muito mais rara nas cidades.

Si da estatística da Santa Casa excluíssemos os casos provenientes do interior, muito pouco restaria para Porto Alegre.

Dois collegas do Rio Grande, que ahi clinicam ha 10 e 15 annos respectivamente (Dutra e Sparvoli), só tiveram conhecimento de 9 casos, ao passo que em Pelotas que tem contacto mais intimo com a colonia e a campanha, a frequencia é consideravelmente maior.

Ainda a este respeito veja-se a rubrica *profissão*.

Osteo-mielites primarias. Dão-se por infecção directa da medulla, portanto em fracturas expostas, em amputações e resecções (das costellas, p. ex., em empyemas pleuraes e abcessos do figado, pelo contacto directo do pús). Na maioria dos panaricios osseos, a infecção, oriunda das partes molles, tambem se dá de modo directo, havendo apenas inversão na ordem dos elementos osseos atacados (periosteo, osso, medulla).

Varios são os exemplos de infecção directa consignados nos archivos por mim consultados, sobresahindo justamente a osteo-mielite das phalanges. Encontrei alguns casos em côtos de amputação e após resecções, bem como um do antebraço, determinado por ferimento de bala.

Lembro-me ainda de uma operação de Grithi (em molestia de Raynaud), em que sobreveiu uma osteo-mielite da extremidade inferior do femur e da rotula, curada pela raspagem, em curto prazo.

Osteo-mielites secundarias. A este respeito, as estatísticas pouco adiantam. Si é verdade que uma ou outra vez se consegue apurar o fóco primitivo, na maioria dos casos a anamnese é completamente falha.

Pessoalmente conheço um caso de osteo-arthritis da espadua, originada por um furunculo do ante-braço, e uma osteomyelite do humero, em creança de 2 annos, após varicella.

Na Santa Casa acham-se registrados alguns casos de osteo-myelitis post-typhica das costellas, sem exame bacteriologico, e o Dr. von Basewitz observou os dois casos já citados, com presença do bacillo de Eberth. O mesmo collega conhece mais dois casos, com precedencia de abcessos tonsillares.

Quanto ao pneumococco, não me consta ter sido identificado em osteo-myelites, nem tive noticia de affecções post-pneumonicas aqui. Em todo o caso, seria de grande interesse dirigir a attenção nesse sentido, principalmente nas mastoidites.

O Dr. Welcke cita um caso de osteo-myelitis de costella, com um sequestro de 12 cm., datando de um anno. Pela anamnese parece tratar-se de uma affecção post-pneumonica.

Ha 22 annos tratei de um menino, de 6 annos, atacado de peste bubonica (adenite inguinal). Não me recordo, si houve suppuração, tão pouco posso pedir informações, porque o paciente móra na campanha e seus paes já não existem.

A molestia foi de fórma muito arrasada, deixando o paciente em estado de verdadeira cachexia. Na convalescença manifestaram-se diversos abcessos metastaticos, entre elles tres do couro cabelludo. Ao abril-os, verifiquei que eram sub-periosticos. Fiquei esperando os acontecimentos.

De facto, ao cabo de um mez, certifiquei-me de que havia sequestros mais ou menos livres, convidando o Prof. Wallau para auxiliar-me na intervenção. Contra toda a expectativa, esta foi de uma simplicidade unica. Por meio de uma espátula estreita, mettida entre os sequestros e a parte sã dos ossos, consegui levantal-os um por um, porque a separação realmente era completa.

Os sequestros eram circulares, de uma regularidade perfeita, um pouco maiores do que as actuaes moedas de 200 rs., e estavam localizados, um no frontal e os outros nos parietaes. A lamina vitrea não estava comprometida, servindo assim de barreira á propagação da infecção ás meninges e ao cerebro.

Não houve exame bacteriologico do pús, sendo pouco provavel que se tivesse encontrado o bacillo da peste, porque aqui elle nunca foi identificado no pús das adenites pestosas, onde sempre são reconhecidos o estaphylo e o estreptococco.

Para o caso, podemos, pois, admittir uma infecção mixta ou secundaria. Contudo, tratava-se de uma osteo-myelitis post-pestosa.

Julgo que, talvez na maioria das osteomyelites em nosso Estado, devemos incriminar como focos primitivos as multiplas lesões a que nossa população rural diariamente se expõe em seus labores, ainda mais, em se sabendo que raramente fazem uso de calçado. Estas lesões ora apresentam reaccão local, ora não. Neste ultimo caso, não se póde propriamente falar em foco primitivo, pois a lesão representa simplesmente o papel de porta de entrada aos agentes pyogenicos.

Idade. Tambem entre nós se verifica que é na adolescencia que a osteo-myelitis se apresenta com maior frequencia. Escudado em 453 casos, organizei a seguinte tabella:

Até	6 annos	18 casos
De 7 a 12 annos	109	"
De 13 a 18 annos	144	"
De 19 a 30 annos	112	"
De 31 a 50 annos	48	"
De 51 em diante	22	"

Rara, pois, na infancia e na velhice, ella mostra sua preferencia pela idade de mais rapido crescimento e mesmo de maior robustez do individuo.

Os doentes mais novos da estatistica, em numero de tres, contavam 3 annos. Nos 22 maiores de 50 annos, apenas em 8 houve compromettimento de ossos longos.

Sexo. Entre os 41053 enfermos da Santa Casa já citados, havia 17465 homens, com 225 casos de osteo-myelitis (1,28%), e 23461 mulheres, com 101 casos (0,43%). A relação, é pois, exactamente de 3:1. Penso que este facto deve ser interpretado, em geral, como resultado da luta mais ardua pela vida, no homem.

Dos 79 doentes de Pelotas, 60 são do sexo masculino e 19 do feminino, o que approximadamente nos dá a mesma proporção de 3:1.

Raça. Sob este ponto de vista, minha estatistica é devéras interessante, demons-

trando a predilecção da osteo-mielite pela raça branca.

Seguem-se, pela ordem de frequência, os pardos, e finalmente os negros. Parece, pois, que a raça negra goza de uma certa immuidade, em relação á molestia. Convém, no entanto, notar que a maioria desses pacientes é oriunda da região colonial, onde o elemento de côr é escasso.

Dos collegas consultados, muito poucos viram osteo-mielite em negros (Krekel, Berchon, J. Brusque, Darcy, Snel, von Bassewitz).

Exceptuam-se os medicos do nosso hospital que naturalmente viram um ou outro dos poucos casos ahi verificados.

Meu material fornece a seguinte distribuição de raças:

Branços	427
Pardos	46
Negros	21
494 casos.	

Si ainda fossemos excluir as osteo-mielites de phalanges, produzidas por esmagamentos e panarícios, o numero de negros ficaria reduzido a 15 casos apenas de affecção em ossos longos (3% sobre o total das o. m.)

Profissão. Em primeiro plano acham-se os agricultores, seguidos de longe pelos trabalhadores de campo. Apparecem depois as profissões as mais variadas, sendo que as mais rudes constituem certa predisposição (traumatismos). E é justamente á maior frequência dos traumatismos, aliada á falta de asepsia e de antisepsia, que devemos, a meu vêr, attribuir o apparecimento mais vulgar do mal, na zona colonial.

Localisações. Por falta de dados precisos, muitos casos devem ser excluidos de minha lista, no que respeita ás localisações. Apresento, pois, os seguintes resultados que só comprehendem ossos longos:

Santa Casa de Porto Alegre		Pelotas	Dr. Krekel	Dr. Snel	Dr. Schinke
Tibia	120 = 44%	46 = 60,5%	6 = 25%	11 = 36,6%	7 = 39%
Femur	96 = 36%	26 = 34,2%	9 = 35%	9 = 30%	6 = 33%
Humero	27 = 10%	3 = 4%	8 = 33%	3 = 10%	2 = 11%
Peroneo	10 = 4%	0 =	1 = 4%	3 = 10%	0 =
Radio	9 = 3,3%	0 =	0 =	3 = 10%	0 =
Cubito	6 = 3%	1 =	0 =	1 = 3,3%	1 = 6,6%
Clavicula	2 =	1 =	0 =	0 =	2 = 11%

Si na estatística do Dr. Krekel figuram mais ossos do que doentes, tem isto sua explicação na multiplicidade das localizações.

E' muito interessante fazer-se um estudo comparativo desses diversos quadros. Por elles vemos a enorme differença que ás vezes se manifesta nas diversas localidades, quanto aos ossos atacados.

Condensando-os agora em um unico quadro, chegamos ao seguinte resultado final:

Tibia	= 190 = 45,45%
Femur	= 146 = 34,9%
Humero	= 43 = 10,25%
Peroneo	= 14 = 3,34%
Radio	= 12 = 2,87%
Cubito	= 9 = 2,10%
Clavicula	= 4 = 0,9%

Donde se vê que, tambem entre nós, a tibia está em primeira plana, quanto á frequência da localisação da osteo-mielite.

Na lista do Dr. Krekel encontram-se dois casos de localisação na omoplata, tendo havido resecção de dois terços do osso em um delles. E' tambem a unica estatística em que o humero se acha representado por cifra elevada (33%) e em que o femur é mais communmente atacado do que a tibia.

Fórmias clinicas. Dispensio-me de penetrar no labyrintho das fórmias clinicas que variam de paiz para paiz, de autor para autor e de escola para escola, e que para o nosso trabalho pouco interesse pratico apresentam. Para ventillar esta questão, seria mister dispôr de material muito mais rico e de registros menos laconicos nas enfermarias.

Na

Therapeutica Arsenical



occupam lugar de destaque os afamados productos „BAYER“:

- | | | |
|----------------------|---|---------------|
| SOLARSON | - Arsenico em combinação organica
caixas com 12×1,2 cc. | } par-enteral |
| OPTARSON | - Arsenico e estrychinina em combinação organica
caixas com 12×1,2 cc. | |
| JUVENINA | - Methylarsinato de yohimbina e methylarsinato de
estrychinina - caixas com 10×1,2 cc. | |
| ELARSON | - Arsenico combinado a lipoides, vidros com 60 comprimidos | } per os |
| FERRO-ELARSON | - Arsenico e ferro combinado a lipoides
vidros com 60 comprimidos | |
| JUVENINA | - Arsenico, estrychinina e yohimbina em comb. organ.
vidros com 50 drageas de 0,1 | |

Efeito surprehendente

RIVANOL



antiseptico pantherapeutico de acção profunda e da superficie.

**Indispensavel na obstetricia, gynecologia,irurgica,
oto-rhino-laryngologia, odontologia etc.**

Eminente effeito especifico sobre os

coccus pyogenicos (estreptococcus, estaphylococcus, gonococcus)

Não irrita de especie alguma o tecido.

Vidros de 10,-25- e comprimidos 20×0,1

Amostras e litteratura na:

A Chimica Industrial „**Bayer-Meister Lucius**“, Weskott & Cia.
PORTO ALEGRE — Rua das Flores n.º 2 — Caixa postal 75 — Telephone aut. 5223



Hemopatol

GOTTAS BI-IODADAS ARSENIADAS
TRATAMENTO ESPECIFICO DA SYPHILIS INFANTIL

AGRADAVEL AO OLFAC TO E PALADAR DAS CREANÇAS.

Desagens — Creanças: de 1 a 2 annos, 2 gottas por dia
 „ de 2 a 5 annos, 8 „ „ „
 „ de 5 a 8 annos, 14 „ „ „
 „ de 7 a 9 annos, 16 „ „ „
 „ de 9 a 10 annos, 20 „ „ „

Creanças: de mais de 10 annos 2 gottas por dia e por anno de idade.

Adultos: 40 gottas por dia;

Esse numero de gottas é tomado por dia, metade pela manhã e metade á tarde, de preferencia com as refeições.

As gottas devem ser dissolvidas em um pouco d'agua.

Este preparado mereceu a honra de ser incluído no receituário do Exm.
 Sr. Dr. FERNANDES FIGUEIRA, o eminente pediatra brasileiro que actualmente
 exerce o cargo de Inspector de Hygiene Infantil no Departamento Nacional de
 Saude Publica.

**Atestado de um illustre
 Medico Rio Grandense:**

„Attesto que tenho
 empregado, com succes-
 so, tanto em minha cli-
 nica civil como hospita-
 lar, o „Hemopatol“ pre-
 parado este que conside-
 ro o mais completo no
 combate á Syphilis e
 suas manifestações.“

Dr. Antonio da Silva Fróes,
 Capitão Medico da Brigada
 Militar do Estado do Rio
 Grande do Sul.

Representante n'esta cidade: **Fausto Sant'anna** — Rua 15 de Novembro, 27

COLITES - DIARRHEIAS NAS CREANÇAS - GAS-
 TRO ENTERITIS - AGNÉ - MELHORA A DER-
 MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-
 TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IN-
 TOXICAÇÃO INTESTINAL.

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO

PREPARADO NO

LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO

PORTO ALEGRE

YGERTUA

Laboratorio Bacteriologico - Serologico e Chimico

da
Pharmacia Sanitas

Porto Alegre, Rua Vig. José Ignacio 82

— Exames de URINA: —

Analyse quantitativa de azoto total, urea, acido
 urico, purinas, chloruretos, phosphatos, glycose,
 etc. etc.

— Exames de SANGUE: —

Analyse quantitativa de urea, acido urico, gly-
 cose, chloruretos, phosphatos, cholesterina seg.
 os methodos minimetricos de Ivar Bang e L.
 Pincussen.

Contagem de globulos vermelhos e brancos.

Formula leucocytaria seg. V. Schilling.

Reacção classica de **Wassermann, Sachs-
 Georgi, Meinicke (M. T. R.) Dold.**

Exames de **escarro, fezes, Exsudatos e
 Transudatos, Pus, Succo gastrico, lei-
 te, etc. etc.**

Exames **bacteriologicos** de todas as moles-
 tias infecciosas do homem e dos animaes.

Director tecnico: Dr. G. Gustine,

Ex-assistente do Geheimrat Prof. Dr. Frosch - Berlin.

Para a clinica geral reputo sufficiente a divisão das osteo-myelites em super-agudas, agudas e chronicas.

Sabe-se que esta molestia, a principio, é quasi sempre aguda, passando lentamente ao estado chronico, deixando por fim de ser molestia, para constituir affecção. Os casos chronicos *d'emblée* são raros.

Para os casos gravissimos que, dentro de pouco tempo, por vezes em 5 a 8 dias, levam o paciente á morte, adopto a denominação de osteo-myelite super-aguda (*osteo-myelitis acutissima* dos allemães, *fôrma typhica* dos francezes), para não confundil-os com os de marcha commum, nos quaes quasi sempre, como já foi dito, ha um periodo agudo.

Muito poucos são felizmente os casos desta cathgoria que se encontram na clinica. Na Santa Casa apenas encontrei um, do qual aliás ainda me lembro bem, pois foi em 1921. Tratava-se de um menino de 9 annos, branco, residente nesta Capital, tendo baixado á Enfermaria Dr. Wallau, no 6º dia de sua molestia (O. m. do femur D). Estado typhoso grave. No mesmo dia foi praticada a abertura de um abcesso sub-periostico, seguida de trepanação do osso. Hyperemia da medulla, pús quasi nenhum. Morte 2 dias depois.

Casos occorridos em domicilio conheço tres que terminaram pela morte, em 6 a 8 dias, apesar da intervenção prompta em dois delles.

O Prof. Moysés narrou-me ainda o seguinte caso: Uma menina de 9 annos, branca, estava sendo tratada como atacada de febre typhoide. Chamado depois o Dr. Dionysio Cabeda, este reconheceu a verdadeira molestia (o. m. da tibia), remetendo a doente ao serviço daquelle distincto cirurgião, onde ella falleceu pouco depois, antes da intervenção. Não se lembra da duração da molestia, mas pôde garantir que ella não excedeu de 15 dias.

Os irmãos Mariano (S. Maria), em 25 annos, observaram 3 casos.

O Dr. von Bassewitz teve dois casos, respectivamente em S. Gabriel e S. Victoria do Palmar. No primeiro tratava-se de uma osteo-myelite do $\frac{1}{3}$ sup. do femur. O inicio fôra tão alarmante que o medico assistente, pela presença de adenites inguinaes e cruraes, diagnosticára peste. A descoberta de pequena collecção sub-periostica, na face posterior da coxa, veio esclarecer a situação. A intervenção foi

feita *in extremis*. Foi um dos casos em que se poude verificar a precedencia de uma amygdalite.

Em S. Victoria tratava-se de um menino de 11 annos, tendo sido atacada uma das tibias. Pre-existencia de abcesso tonsillar. Caso gravissimo de inicio, verdadeiro typho dos membros (Chassaignac), tinha sido classificado de febre typhoide. Entretanto, havia abcesso sub-periostico. Após a intervenção, foi logo invadida a outra tibia. Morte em poucos dias, por septicemia.

Finalmente, merece menção uma fórma rara de osteo-myelite chronica, de diagnostico difficil.

F. Oeldeker, Hamburgò (Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie, tomo 134) chama a attenção para as fórmas protraídas de osteo-myelite chronica que, ás vezes, não são reconhecidas, offerecendo sérias difficuldades quanto ao diagnostico differencial. Trata-se de abcessos circumscriptos, de formação lenta, nas metaphyses dos ossos longos, e que durante muitos annos podem causar incommodos *rheumaticos*, em todo o membro, ou determinar exsudatos nas articulações, sem elevação apreciavel de temperatura. Abertos e curetados os focos, geralmente se consegue a cura.

Tenho noticia de dois desses casos, em que os pacientes, durante annos, foram tratados de *sua sciatica*, até que finalmente o verdadeiro diagnostico se estabeleceu. A intervenção, si bem que abrandasse as dôres, não trouxe a cura completa, visto a respectiva articulação (coxo-femural) já estar compromettida.

Complicações locais. Não são frequentes. Descollamento da epiphyse só encontrei um, na Enfermaria Dr. Wallau (humero E). — Tive conhecimento de 4 fracturas espontaneas, sendo 2 da mesma enfermaria, uma da Enfermaria Dr. Protasio e uma da clinica do Dr. Krekel. No ultimo caso tratava-se da tibia, nos outros, do femur, o que está de accôrdo com a opinião de T. S. Mebane, Boston, de serem justamente esses dois ossos os que mais frequentemente se fracturam, na osteo-myelite.

Quanto ao resultado, dois não quizeram sujeitar-se a tratamento, um foi amputado, e o do Dr. Krekel foi tratado por apparelho de gesso, com resultado satisfactorio. Ainda em relação a este assumpto, diz

Mebane, ter obtido 12 consolidações em 14 casos. Parece, pois, que, antes de lembrar a amputação, convém procurar obter a consolidação por todos os meios, indicando-a sómente, quando elles falharem. Exceptuam-se as affecções das phalanges, em que a desarticulação muitas vezes se impõe.

Invasão das epiphyses houve varias vezes, mas foram rarissimos os casos em que o processo começára por ellas.

As osteo-arthrites foram mais frequentes, tendo sido attingidas as articulações coxo-femural, tibio-tarsica, do cotovello, do joelho e do pé.

Diagnostic. Nada de novo posso apresentar. Apenas quero referir-me ás difficuldades de diagnostico nos primeiros dias, provado como está que a radiographia, antes do decimo dia, não nos poderá fornecer dado algum.

Segundo o Dr. Miguel Sussini, cirurgião-chefe da secção de pediatria cirurgica da Faculdade de Medicina de Buenos Ayres, nenhum dos casos para ahi enviados de 1919 a 1922 tinha sido diagnosticado, antes da formação do abcesso sub-periostico. Elle attribue tal facto, não á ignorancia dos respectivos medicos e, sim, á falta de lembrança por parte delles. Conclue elle muito bem: Suspeitar da osteo-mielite é reconhecê-la.

Para não me estender em demasia, chamo a atenção para as conclusões desse distincto cirurgião, apresentadas ao Terceiro Congresso Americano da Creança, realizado no Rio de Janeiro, em 1922 (Tom. 2º, paginas 613 a 615).

As duas observações, já citadas, do Dr. von Bassewitz illustram bem a difficuldade do diagnostico, nos primeiros dias da molestia.

Para verificar a existencia de um abcesso medullar, Payr (Leipzig) e Körte (Berlim) aconselham a punção exploradora do osso, em casos duvidosos.

Prognostico. *Quo ad vitam*, geralmente favoravel, tornando-se, porém, reservado e mesmo gravissimo, consoante á sua fórma clinica.

Quanto á affecção ossea, sabe-se que ella em geral se caracteriza por sua longa duração, sendo muito sujeita a reincidencias. E si muitas vezes basta uma unica intervenção, de outro lado avultam os casos rebeldes e reincidentes.

Conheço um caso de localizações multiphas, operado 42 vezes, até que finalmente o paciente se restabeleceu de todo. Sei de outro, com localizações no femur, datando de 23 annos. Após intervallos de 3 a 4 annos, novos focos se apresentam. O n.º 3 de minha estatística, entrado para o hospital em 1894, com osteo-mielite do femur, ahi permanece até hoje, á espera da cura. E' verdade que ha muito tempo exerce as funcções de enfermeiro e como tal tem-se mostrado rebelde ao tratamento.

Na opinião de Mebane, 45% dos casos não curados correspondem justamente ao femur. Outro autor affirma que 10% das osteo-mielites do mesmo osso não se curam.

Finalmente precisamos alludir, pelo menos, ao restabelecimento das funcções dos membros affectados. Depende da séde, da extensão e da duração do processo, bem como das possiveis complicações e sequencias (encurtamento, alongamento, encurvamento, ankylose, resecções, amputações etc.)

Mortalidade. Entre os 630 casos de osteo-mielite da minha estatística, acham-se consignados 35 obitos, dos quaes 10 podem ser classificados entre os de fórma super-aguda. A mortalidade, portanto, foi de 5,5%, o que se deve considerar como indice favoravel, em confronto com o que se observa na Europa. Mais tarde veremos, por uma estatística de Rost, que, p. ex., na clinica cirurgica de Heidelberg, ella é de 10,5%.

Quanto á causa immediata da morte, nas fórmas não super-agudas, disponho dos seguintes dados:

Syncope chloroformica	7 casos
Embolia gordurosa (ou syncope chloroformica?)	1 caso
Abcesso cerebral	1 "
Pyemia	1 "
Myocardite	1 "
Tuberculose pulmonar	1 "
Broncho-pneumonia post-operatória	2 casos
Septicemia	7 "
Sem declaração especial	4 "

Sem receio, póde dizer-se que á septicemia é que, em ultima analyse, cabe a responsabilidade pelos obitos, na osteo-mielite.

— Continúa —