

# Relatorio sobre Osteo-myelites

*Continuação*

Pelo Prof. Frederico G. Falk.

## 9.º Congresso Medico Brasileiro

**Indicação operatoria.** É ainda hoje o ponto mais contravertido do assumpto. Devemos intervir a todo transe ou, ao contrario, contemporizar, tal qual o preceito recommendado aos parteiros? Eis a questão.

Para o clinico de hospital, o problema raramente offerece difficuldades, pois, em mais de 90% de casos, tratar-se-á de processos chronicos (fistulas, sequestros); nos outros, quasi sempre de processos agudos, com o abcesso sub-periostico já constituido.

De modo bem diverso sóem apresentar-se os casos da clinica particular, onde muitas vezes os acompanhamos desde o seu inicio. Si o diagnostico, nos primeiros dias, já nos pôde causar sérios embaraços, a indicação da respectiva therapeutica torna-se uma questão da mais alta responsabilidade.

Estudemos, porém, a questão por partes, de accordo com as fórmias clinicas que estabelecemos.

Na osteo-myelite super-aguda em que os microorganismos circulam livremente no sangue e ainda não tiveram tempo sufficiente para localizar-se, de modo pronunciado, na medulla, nada se pôde esperar da trepanação do osso, segundo Lexer e outros.

Nos poucos casos aqui operados, o estado geral dos pacientes não foi influenciado favoravelmente, tendo a morte sobrevindo dentro de 5 a 8 dias. Em um delles, operado pelo saudoso collega Wallau, a medulla apresentava apenas ligeira hyperemia e em zona muito restricta.

Estes doentes, victimas da infecção geral por germens muito virulentos, acham-se em estado de verdadeira toxemia.

Si a therapeutica não nos ensinar um dia o modo de combater essa grave infecção geral, os doentes deste grupo fatalmente continuarão condemnados á morte.

Nas osteo-myelites agudas já o prognostico torna-se muito mais favoravel, si bem que ainda haja uma certa porcentagem de mortalidade, em geral por septicemia. Como a marcha desta fórmula não costuma ser tumultuosa, dispomos de

tempo sufficiente, para lançar mão de todos os recursos. Mas, por mais que se faça, já nos damos por felizes, si conseguirmos conservar a vida do doente e levar o processo ao estado chronico, em que, nem por isso, o paciente estará a coberto de complicações, ás vezes mortaes.

Relativamente raros são os casos de cura durante o estado agudo. Observa-se isto mais frequentemente na infancia e nos casos em que o foco medullar é muito pequeno, de modo que possa haver absorpção do pús, dispensando a trepanação do osso. Tambem na falta de sequestros, a marcha será muito abreviada.

Na osteo-myelite aguda podem apresentar-se os seguintes estados differentes:

- 1) ausencia de pús;
- 2) abcesso sub-periostico;
- 3) abcesso sub-periostico, com abcesso medullar.

As indicações para a intervenção variam, de accordo com estas 3 fórmias, mas tambem, conforme a opinião individual dos cirurgiões.

É assim que Garré, Lexer, Enderlen, Schmieden e outros são pela trepanação precoce, logo que o diagnostico estiver estabelecido, mesmo antes da formação do abcesso sub-periostico. Tambem entre nós, o Dr. Berchon é partidario intransigente da drenagem precoce do osso, esperando depois algum tempo, para fazer a intervenção radical. Não resta duvida de que este modo de proceder seduz, porque nessas condições a trepanação crêa uma verdadeira valvula de segurança, mas, na opinião abalizada de outros autores, o methodo não dá os resultados que se esperavam.

Os outros cirurgiões dividem-se em dois grandes grupos: Uns esperam pela formação do abcesso, para então abrir-o largamente e ficar na expectativa. Os outros procedem do mesmo modo, accrescentando immediatamente a abertura do osso.

Hildebrand, Borchardt, Perthes e Stick fazem parte do primeiro grupo. Sómente nos casos em que, após a abertura do abcesso, verificam a sahida de pús pelos

canaes de Havers, procedem elles á abertura immediata do osso.

Bier, Payr e Küttner deixaram de ser radicalistas, para se limitarem á simples abertura do abcesso. Sauerbruch e Kümmell sempre foram contra a trepanação precoce.

O. Maier, Innsbruck (Archiv für klinische Chirurgie, tomo 132), limita-se á abertura do abcesso, sem tocar no osso. Os sequestros, conforme sua opinião, devem permanecer o maior tempo possível, devendo-se fazer o osso voltar quanto antes á sua actividade.

G. Brandt, Halle (Deutsche Med. Wochenschrift, 1822, nº 29), estribado em 304 casos agudos, subscreeve a opinião de Maier, declarando mais que os abcessos grandes são os mais favoráveis. Admitte a sahida do pús medullar pelos canaes de Havers, de modo que, quanto maior o abcesso, mais efficaz será a drenagem. Sómente, quando a camada cortical do osso fôr muito espessa (em velhos e rachíticos, p. ex.), poderá haver necessidade de trepanação secundaria.

Ainda desejo transcrever as conclusões de alto valor a que chegou Rost, assistente de Clinica Cirurgica da Universidade de Heidelberg. (Münchener Med. Wochenschrift, 1920, nº 52).

Este cirurgião teve oportunidade de acompanhar uma temporada de 8 annos (Prof. Wilms), em que systematicamente se praticava a trepanação precoce. Em 1918, porém, o Prof. Enderlen, ao tomar conta da cathedra, restabeleceu o systema anterior da simples incisão do abcesso e da expectativa. Até 1925, isto é em 7 annos, apenas houve necessidade de trepanação secundaria, doze vezes. Nos outros casos, ella foi sempre tardia.

Rost conseguiu reunir 226 casos, correspondentes a 20 annos, entre elles os operados de Wilms (trepanação precoce durante 8 annos). Suas conclusões têm tanto mais valor, por se tratar da mesma clinica e do mesmo material, proveniente dos arredores de Heidelberg. Portanto convém firmar que absolutamente não podia haver selecção dos casos.

Eis as conclusões de Rost:

Em 70 trepanações precoces, 10 mortes (14%).

Em 156 não trepanados primariamente, 12 mortes (7%).

Estes numeros devem convencer. Mas não é só. Segundo Rost, as complicações, nos casos não trepanados primariamente, foram muito mais raras. Nem sobre os sequestros a trepanação precoce mostrava influencia benefica, pois muitas e muitas vezes elles eram grandes e mesmo totaes, quando, nos casos não trepanados, frequentemente eram de pequenas dimensões.

Portanto, a trepanação precoce que, no inicio, tantas esperanças deixou alimentar, se acha em franco declinio, por não beneficiar, nem o estado geral, nem o local.

O procedimento mais razoavel é ainda hoje a incisão do abcesso sub-periostico e a expectativa. Será feita a trepanação, si o estado geral não se modificar para melhor, ou quando tivermos certeza da existencia de um foco regular na medulla. Do contrario arriscaremos transmittir a infecção a um elemento que, ou ainda não estava attingido, ou o estava em gráo pouco apreciavel.

A questão, em torno da qual hoje se debatem os cirurgiões, é, pois, a seguinte: Qual o criterio para affirmar a presença de um abcesso medullar?

A. Fischer (Zentralblatt für Chirurgie, 1925) escreve que a presença de gotticulas de gordura, no pús do abcesso subperiostico, indica a suppuração da medulla, portanto a trepanação. Ora, já vimos que outros admittem a drenagem do pús pelos canaes de Havers, julgando a trepanação desnecessaria, nesses casos.

Na 49.<sup>a</sup> Sessão da Sociedade Allemã de Cirurgia, realizada em Berlim, em Abril do anno passado, A. Hedri (Budapest) procurou estabelecer o momento preciso, para se praticar a abertura do osso.

Como a radiographia, nos primeiros 10 dias, nada nos póde adiantar, elle recommenda como criterio infallivel para a intervenção o apparecimento de gordura na urina. Esta lipuria é por elle interpretada como signal de grave suppuração da medulla. A gordura liquefeita, e debaixo de grande pressão, seria impellida para a circulação venosa e finalmente eliminada pelo rim.

Além de estribar-se em experimentações sobre animais, apresenta elle 24 casos de sua clinica, nos quaes a sua indicação sempre se confirmou. Entre elles havia 5 casos de osteo-mielite super-agu-



da, tendo apenas fallecido uma creança de 8 mezes. Dos 19 doentes restantes, apenas perdeu um de localizações multiplas.

Para mostrar o valor do apparecimento da lipuria, elle narra o seguinte caso instructivo: Um menino, de 9 annos de idade, apresentava todos os signaes clinicos de uma osteo-mylite aguda da extremidade inferior da tibia. Lipuria. A intervenção não revelou pús, nem debaixo do periosteo, nem na medulla. No entretanto, aggravamento do estado geral, continuando a lipuria. Tres dias depois entumecimento do peroneo. Operação. Resultado: abcesso sub-periostico e grande abcesso medullar. Neste caso, a lipuria foi o unico signal que não falhou.

De tudo quanto encontrei de novo, em relação á molestia que nos preoccupa, indubitavelmente esta descoberta foi que mais despertou minha attenção. Que a indicação de Hedri se confirme e teremos dado um grande passo no tratamento da osteo-mylite.

Passemos agora aos casos chronicos, onde quasi sempre estaremos em face de fistulas e de sequestros. Nestas condições, os perigos para o doente são poucos, si bem que ainda possa haver desfecho fatal, em um ou outro caso (septicemia, myocardite, degeneração do figado e dos rins etc.).

Dois caminhos se nos apresentam: a intervenção immediata e a expectativa. Uns debridam e reseccam as fistulas, para em seguida fazerem a sequestrectomia e a raspagem. Os outros esperam que os sequestros se destaquem, para então intervir.

Acho que não deve haver pressa, para fazer-se a intervenção. Convém, em geral, esperar que os sequestros se separem, de modo a formar-se um limite entre o tecido são e o necrozado. Nestas condições, não corremos o risco de eliminar tecido osseo em boas condições, despertando talvez nova zona de infecção, nem tão pouco deixaremos porções alteradas. As intervenções intempestivas em geral prolongam o processo.

E quantas vezes não vemos as fistulas cicatrizarem por si, após a eliminação de um minuscuro sequestro (a chamada casca de osso do leigo), evitando-se assim a intervenção!

De outro lado, si não tivermos perdido a paciencia, encontraremos, por oc-

casão da operação, tecido osseo de neo-formação em abundancia, formando o classico esquife. Este tecido constitue um esteio para a reparação do osso, evitando ao mesmo tempo a sua fractura.

### Perigos da anesthesia chloroformica nas osteo-mylites.

Muito aos poucos foi-se intensificando, em nossa enfermaria, a *crença* de que, nas intervenções em osteo-mylites, a anesthesia chloroformica offerecia certos perigos. A principio naturalmente appellavamos para as condições individuaes dos doentes, mas, com a repetição dos accidentes, a crença transformou-se em convicção.

Exemplo patente tivemos em um menino que, no decorrer de 2 annos, foi operado quatro vezes, de uma osteo-mylite chronica do femur. A primeira anesthesia pelo chloroformio já não correu bem, mas na segunda sobreveiu grave syncope respiratoria que procurámos combater por todos os meios conhecidos, até que finalmente obtivemos o exito almejado, pela dilatação forçada do anus (processo Victor de Britto).

Quando, ha 3 annos, assumi a direcção da Enfermaria Dr. Wallau, introduzi systematicamente o ether como anesthe-sico geral, salvo nos casos de contra-indicação. Pois bem, aquelle menino foi operado mais duas vezes, sem accidente de anesthesia.

Em 1912, na mesma enfermaria, falleceu de syncope chloroformica um menino, de 13 annos, de côr branca, residente nesta Capital, com osteo-mylite do femur D.

Na enfermaria Dr. Sarmiento acha-se registrado como *causa mortis* o mesmo accidente, num homem de 60 annos, atacado de osteo-mylite do pé.

O Dr. von Bassewitz relatou-me um caso, num menino do Caty, operado por elle ha muitos annos. A morte deu-se, quasi ao terminar a intervenção.

A estatistica do Dr. Berchon accusa 3 mortes por syncope chloroformica, nos 79 casos apresentados. Tratava-se de creanças de 7, 9 e 10 annos respectivamente, duas com localização no femur e uma na tibia. Aquelle collega tambem considera a narcose chloroformica perigosa na osteo-mylite, mas é de opinião que os outros anestheticsos tambem o são.

O Dr. Ricardo Machado conhece de perto um caso de morte, logo após a intervenção. Anesthetico empregado: Chloroformio. Tratava-se de uma menina, com osteo-myelite da tibia, datando de 2 mezes. Quasi ao terminar a operação, o pulso começou a cahir, sobreveiu dyspnéa, dando-se a morte, ao cabo de duas horas.

De minha clinica tambem posso citar um exemplo, em que se observou o mesmo accidente. Tratava-se de um menino, de mais ou menos 12 annos, com o processo localizado na tibia, datando de 2 mezes.

Foi preciso esvaziar toda a diaphyse e a epiphyse inferior. Quasi ao terminar a operação, a respiração tornou-se um pouco irregular, motivo pelo qual o chloroformio, foi suspenso por alguns minutos. Normalizou-se a respiração, sobrevivendo suores profusos. Rapidamente terminámos a intervenção, levando o doente ao leito, em boas condições. Pouco depois o paciente-zinho chegava a si, fallando e queixando-se naturalmente de algumas dôres.

Duas horas depois, morte subita, inesperada. Attestei *embolia gordurosa*, por me parecer mais plausivel na occasião, mas hoje tenho fundadas duvidas, principalmente pela rapidez com que sobreveiu a morte. Não se trataria de uma syncope chloroformica tardia?

O Dr. Lycerio Seixas, conhecido cirurgião e um dos medicos mais antigos desta Capital, em carta do Rio, de 2 deste mez, relata o seguinte caso: „Lembro-me de um caso de morte subita de uma doente do inolvidavel collega Dr. Jorge Fayet. Auxiliava eu este collega em uma sequestrectomia da tibia, em uma menina de mais ou menos 12 annos de idade, quando fomos interrompidos por nosso sempre lembrado collega Dr. Luiz Masson, por causa de uma syncope cardiaca, no decorrer da chloroformisação. Todos os recursos de que podiamos dispôr, foram empregados, em pura perda.“

Si bem que possa haver e tenha havido accidentes mortaes pelo chloroformio, em outras affecções, os casos que acabo de relatar ligeiramente, dão que pensar.

Recorrendo mais uma vez aos registros da S. Casa, encontrei 5 casos de syncope chloroformica, nas duas enfermarias de homens, num total de 17.465 casos, não podendo, por falta de tempo, precisar o numero de intervenções correspondentes.

Desejo, porém, citar as affecções de que eram portadores:

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Estrangulamento herniario | 1 |
| Osteo-myelite.....        | 2 |
| Luxação do cotovello..... | 1 |
| Estreitamento de urethra. | 1 |

Em tres destes doentes, a morte se verificou antes de começar a intervenção, ao passo que, nos outros dois, ella sobreveiu durante o trabalho. Um dos doentes de osteo-myelite succumbiu antes e o outro durante a operação.

Conhecedor dos factos acima apontados, comecei a consultar a literatura, de que, de momento, podia dispôr. Realmente escassa foi a colheita, mas posso dizer que nossas suspeitas se confirmam.

Hildebrand (Die Chloroformnarcose, isto é, a anesthesia pelo chloroformio) é de opinião que a eliminação do chloroformio, inhalado durante a narcose, pôde durar 5 dias.

Durante este tempo de retenção do toxico, serão comprometidos de preferencia o coração, o figado e os rins. Os symptomas indicam uma intoxicação por acidos intermediarios da acetona, oriundos da decomposição de corpos graxos. A influencia sobre aquelles órgãos será tanto maior, quando mais alterados elles estiverem. Ora, segundo um autor, cujo nome não me occorre, na osteo-myelite ha sempre certa quantidade de gordura na corrente sanguinea. Portanto deve ser esta gordura que soffre a decomposição admitida por Hildebrand.

Levin (Nebenwirkung der Arzneimittel, effeitos secundarios dos medicamentos) diz textualmente: Não se prestam á narcose pelo chloroformio pessoas com degeneração amyloide ou gordurosa de órgãos internos, tão commum em affecções de ossos e de articulações.“

Finalmente Bins (Vergleichende Untersuchungen über die Gefährlichkeit der gebräuchlichsten Inhalation-Anesthetica, estudos comparativos a respeito do perigo dos anestheticsos geraes mais usados) cita 8 casos de morte determinados pelo chloroformio, entre os quaes 2 em intervenções sobre os ossos da perna, (osteo-myelite).

Recapitulando, vemos que consegui reunir 11 mortes por syncope chloroformica, em osteo-myelites: 2 da nossa S. Casa, 3 de Pelotas, 1 do Dr. Jorge Fayet, 1 do Dr. Ricardo Machado, 1 do Dr. von

**Os Srs. Medicos, não devem confundir o acreditado producto**

**GONOTROPINA**

**Vaccina  
Opsonizante,  
antigonococcica,  
polyvalente  
e atoxica,**

**LABORDA**

**com outros preparados de nomes similares, pois, o seu uso ha varios annos nas duas Americas, tem demonstrado sua efficacia no tratamento das**

**GONORRHÉAS**

**e suas complicações  
no homem e na mulher.**

Depositorio Geral para o Brasil:

**Jorge Blanco - Rua Libero Badaró, 142 - 1º andar, sala 1**

**S. PAULO**



# Hemopatol

**GOTTAS BI-IODADAS ARSENIADAS**  
**TRATAMENTO ESPECIFICO DA SYPHILIS INFANTIL**

**AGRADAVEL AO OLFACTO E PALADAR DAS CREAMÇAS.**

Desagens — Creamças: 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 „ „ „

Creamças: 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 successo, tanto em minha clinica civil como hospitalar, o „Hemopatol“ preparado este que considero 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 CREAMÇAS - GAS-  
TRO ENTERITIS - AGNÉ - MELHORA A DER-  
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-  
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IN-  
TOXICAÇÃO INTESTINAL.



## 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, glycose, chloruretos, phosphatos, cholesterina seg. os methodos minimetricos de Ivar Bang e L. Pincussen.

Contagem de globulos vermelhos e brancos.

Formula leucocyataria seg. V. Schilling.

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

Exames de **escarro, fezes, Exsudatos e Transudatos, Pus, Succo gastrico, leite, etc. etc.**

Exames **bacteriologicos** de todas as molestias infeccio as do homem e dos animaes.

Director tecnico: **Dr. G. Gustine,**

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

Bassewitz, 2 de Bins e 1 da minha clinica, o qual aliás é o unico duvidoso. Nestas condições, penso que o perigo do chloroformio, nas intervenções em osteo-mylites, está fóra de toda discussão. Quanto á interpretação do facto, parece estar bem explicado pelas opiniões de Hildebrand e de Levin.

Antes de conhecer estes dois trabalhos, tinha-me dirigido ao Prof. Olinto, fazendo-lhe algumas perguntas, entre as quaes a que se refere ao perigo do chloroformio. Desejava conhecer a interpretação que elle dava a este facto.

Com toda a satisfacção transcrevo o trecho da carta do distincto pediatra patricio: „Eu attribuo o facto á existencia frequente de degeneração amyloide do fígado e dos rins, nos individuos soffrendo de lesões osseas com suppuração, sendo o chloroformio muito mais toxico que o ether, em taes condições.

Quanto aos casos agudos e super-agudos, elles já são tão graves de per si, com a sua septicemia, as suas lesões de endo- e myocardite etc., que não admira que constituam sérios embaraços para a anesthesia.“

É de admirar a coincidência das idéas do Professor Olinto com as de Hildebrand e de Levin.

**Tratamento.** No que concerne ao tratamento, nós, isto é, os que morejamos ha longos annos na Enfermaria Dr. Wallau, ainda não abandonámos os methodos classicos da raspagem, da trepanação e das aberturas largas dos ossos a escopro, das resecções etc., interessando-nos, comtudo, por todas as novidades que nos chegam da velha Europa e dos Estados Unidos.

Entre outros, ensaiámos o methodo de Bier que não nos satisfaz, em grande parte talvez pela carencia de pessoal nas enfermarias.

Por varias vezes, nos tempos dos saudosos collegas Wallau e Franco, empregámos a esterilisação do fóco pelo oleo em ebullicão. Terminada a limpeza do osso, enche-se a cavidade de oleo, o qual é aquecido pela faca do Pacquelin, nelle mergulhada.

Francamente, não posso enthusiasmar-me por este methodo. Si de um lado elle de facto poderia esterilizar o fóco, o que ainda é duvidoso, porque não podemos saber, si todos os pontos infectados são submettidos a temperatura sufficiente, de ou-

tro lado elle não deixará de ser nocivo aos tecidos integros. Tacitamente foi posto de lado, em nosso serviço.

Continuamos, pois, com o methodo antigo. Ao terminar a operação, lavamos o fóco abundantemente com agua oxigenada pura, para enche-la depois com a pasta de Bipp, na qual depositamos muita confiança, não sómente em cavidades osseas, como em todos os ferimentos anfractuosos e nos grandes ferimentos contusos. Ultimamente temos recorrido ao mercurio-chromo, sem, por enquanto, poder referir resultados especiaes, apezar de tratar-se de um dos mais energicos antisepticos. Só uma longa observação nos autorizará um juizo seguro.

E' bem conhecido o enthusiasmo de Rollier (Leysin) pela heliotherapia, a ponto de não retirar os sequestros, ainda que estejam gritando por socôrro. Os resultados obtidos são esplendidos, mas quer-me parecer que elles se baseam quasi que exclusivamente em casos chronicos, pois os agudos em geral não serão susceptiveis de transporte. Ainda mais, a heliotherapia é de acção lenta, de modo que não se póde conceber acção pronunciada sobre a phase aguda. Infelizmente ella só muito irregularmente póde ser empregada em nosso hospital, pela falta de um solario apropriado.

Makai (Budapest) preconiza seu methodo das puncções aspiratorias do osso, as quaes devem ser feitas com cautela e provavelmente em série. Não sei o motivo da recommendação da cautella, mas julgo ser no sentido de evitar a infecção da medulla, si ella casualmente não estiver comprometida.

Na osteo-mylite super-aguda, em que os germens se acham disseminados por todo o organismo, nada se póde esperar da trepanação. E' preciso appellar então para os tratamentos anti-infecciosos, sendo avultado o numero de medicações indicadas para esse fim (injecções intra-venosas de electrargol, de mercurio-chromo, de rivanol etc.), sem nos esquecermos da proteino-therapia.

Nos casos super-agudos, Vignard (Presse Medicale, 1919, n.º 27) recommenda calorosamente o abcesso de fixação, mediante injecção intra-muscular de 1cc de essencia de terebinthina, em vez da trepanação que elle julga aggravar a situação. Apresenta 7 casos, todos curados.

Tratando-se da fôrma mais grave da osteo-mielite, não hesitarei em seguir o conselho de Vignard, si um dia estiver em face de um desses casos. Penso até que, entre nós, o abcesso de fixação não tem tido a consideração que merece.

Ha pouco tive, em minha clinica particular, um caso de septicemia de certa gravidade, em que, sem intenção aliás, proveiquei um abcesso de fixação. Estava eu applicando injeccões de leite esterilizado, tendo da primeira vez empregado apenas 2cc, com receio de forte reacção geral. Esta injeccão foi feita no braço. Reacção local intensa, depois supuração, ao passo que nos subsequentes pontos de applicação da injeccão nada de anormal se apresentou.

Incisão do abcesso no 5º dia; grande quantidade de pús amarello, cremoso, que desaparece quasi por completo do 3º curativo em diante. Melhora extraordinaria do paciente que, ao cabo de uma semana, entra em convalescença.

Estou intimamente convencido de que este resultado esplendido, foi obtido pelo abcesso de fixação involuntario e não tanto pela applicação do leite, pois apenas empreguei cinco injeccões.

Ultimamente a questão do abcesso de fixação tem sido muito debatida na França, onde, ao lado de adeptos fervorosos (escolas de Lyon e de Bordeaux), se encontram antagonistas de valor (escola de Paris). A ultima palavra na disputa coube ao professor Jacques Carles (Bordeaux) que se baseia numa experiencia de 25 annos, com resultados os mais lisongeiros.

Segundo elle, o resultado da medicação depende de duas circumstancias: *em que casos e quando* ella deve ser instituida? — Não deve ser empregada nos casos benignos, em que se possa esperar a cura por outros meios (por causa da reacção e das dôres ás vezes atrozes), nem tão pouco nos casos extremos, em que as forças de defeza do organismo já estão exgottadas. „Não é medicação para moribundos“, conclue Carles.

Quanto ao tempo da applicação, não deve ser muito precoce, para evitar metástases, nem muito tardia, pela razão já exposta.

Preconiza elle a injeccão de 1cc de essencia de terebinthina, no tecido cellular sub-cutaneo da face antero-externa da coxa. Si não se formar abcesso, outra

injecção, de 2 cc. A não-formação do abcesso seria de prognostico grave.

Abandonando agora esta pequena divagação pelo abcesso de fixação, passemos aos outros methodos de tratamento da osteo-mielite.

Era natural que viessem tambem á baila a sôro e a vaccinothérapie, infelizmente de resultados pouco animadores, tanto que a sorothérapie de ha muito foi posta de lado.

Poderia enumerar uma longa série de investigadores, na maioria francezes, que se dedicaram e ainda se dedicam ao assumpto. Contento-me, porém, com a transcrição da opinião de Nové Josserrand (Société de Chirurgie de Lyon, 1922) e que pôde ser considerada como remate da questão: „No estado actual das cousas, a vaccina não pôde esterilizar os focos de osteo-mielite, mas pôde attenuar as reacções e ter influencia favoravel sobre o estado septicemico“.

Ainda outra opinião merece registro. Roosling (Hospitals tidende, 1923) considera inutil a vaccinothérapie na phase aguda, aconselhando-a, entretanto, na fôrma chronica torpida. Obteve resultados satisfactorios, em 24 pacientes de osteo-mielite refractaria, de 10 a 20 annos de duração, empregando vaccinas autogenas. Este tratamento naturalmente deve ser secundado pela sequestrectomia, quando fôr o caso.

Ochsner e Crile (The Journal) exigem a extincção dos focos primitivos de infecção, como sejam abcessos das amygdalas e abcessos e fistulas dentarios, antes de se iniciar o tratamento da osteo-mielite.

Como última novidade, ao menos neste recanto esquecido do Brasil, temos o methodo dos chamados curativos especificos de Besredka que passo a descrever a longos traços.

Semeando germens em um meio liquido, elles vegetam até um gráo maximo, estacionando depois o seu desenvolvimento. Quer isto dizer que o meio se tornou vaccinado para com aquella raça.

Filtrando-se depois a cultura, o caldo assim privado dos germens poderá ser re-semeado com outra raça qualquer que nelle vegetará exuberantemente, ao passo que, em relação ao germen que ahi já proliferou, toda a tentativa será inefficaz.

Ora, Besredka concebeu que, no interior da cellula microbiana, haja uma sub-



stancia thermoestavel que se difunde no meio e á qual elle dá o nome de *anti-virus*. É esta substancia diffundida em culturas envelhecidas que elle emprega e recommenda no tratamento das affecções suppuradas.

Entre outros, o Prof. Pereira F.<sup>o</sup> narrou-me um caso de cancro phagedenico que, durante 4 mezes, tinha resistido aos tratamentos os mais variados e energicos. Mediante o emprego dos curativos especificos de Besredka, a lesão cicatrizou em uma semana.

Talvez seja a primeira vez que o processo do conhecido bacteriologista do Instituto Pasteur de Paris é empregado no Brasil, em osteo-mylites. O Professor Pereira F.<sup>o</sup> até adoptou uma modificação no seu preparo, pois descobriu que não ha necessidade do aquecimento da cultura a 100°, bastando a temperatura de 60°. O *anti-virus*, em vez de thermoestavel, parece, pois, thermolabil.

Actualmente o doutorando Bottini está elaborando a sua dissertação que versa sobre os filtrados de Besredka, e no qual cita os resultados obtidos em alguns casos de osteo-mylite. E é por este motivo que deixo de reproduzir o modo de preparação dos filtrados, recommendando aos interessados a leitura de seu trabalho. Não resta duvida de que os resultados são promettedores.

Ha mezes operei um menino com osteo-mylite do humero E, com comprometimento de toda a diaphyse. Sequestros multiplos e grandes, pouco tecido neo-formado, abundancia de pús. Foi neste caso que, pela primeira vez, se empregou o filtrado de Besredka. Feita a limpeza classica do fóco, encheu-se a cavidade ossea de cultura envelhecida, para, ao cabo de alguns minutos, se proceder ao tamponamento com gaze. As applicações se repetiam, com intervallos de 4 dias. Resultado: não tardaram a apparecer granações abundantes e de bom aspecto, ausencia quasi completa de pús. No emtanto, este caso não foi muito demonstrativo, porque a cicatrização ao cabo de quasi 3 mezes ainda não está completa, apesar das boas condições locais e geraes. É que o processo se propagou á cabeça do humero.

Em compensação, o Professor Blessmann empregou o processo com resultados mais satisfactorios.

Em um caso, tratava-se de um menino de 3 annos incompletos, de côr preta. Aos 21 mezes teve varicella. Na convalescença apparece um abcesso no cotovello D, operado um mez depois.

Após 15 dias apparece outro abcesso, na face externa do mesmo braço e o qual se rompe por si. Applicação de curativos antisepticos e raios ultra-violetos, sem resultado.

A radiographia demonstra um sequestro solto, abrangendo quasi toda a diaphyse humeral. Sequestrectomia, em 4 de Setembro, e applicação do caldo de Besredka, duas vezes por semana.

Em 21 do mesmo mez, o caso podia julgar-se praticamente curado, nunca mais tendo suppurado a ferida operatoria. Cura em 17 dias. Revi este doente em 9 deste mez, encontrando a ferida operatoria completamente cicatrizada.

O outro caso refere-se a uma chondrite post-typhica, na qual, durante um anno, todos os tratamentos tinham sido inefficazes. Em pouco tempo, o paciente se achava restabelecido de todo.

Eis os dados fornecidos pelo collega: H. M., 60 annos, de côr branca, casado, residente em Passo Fundo.

Febre typhoide, em Abril de 1925, de marcha prolongada. Em Agosto apparece-lhe um tumor na face anterior do thorax, 3 a 4 cm. para fóra da linha para-esternal D, ao nivel da 7.<sup>a</sup> costella.

Operado por distincto collega, em 13 de Outubro: incisão, curetagem e drenagem. Resultado: fistulas.

Em 5 de Junho deste anno, nova intervenção, nas mesmas condições. Em 5 de Agosto, primeira applicação do caldo de Besredka. Após 16 applicações, alta curado, em 25 de Setembro.

Apezar do numero diminuto de casos de que disponho, chamo a attenção dos distinctos collegas para esse novo tratamento das suppurações rebeldes, em geral, e das osteo-mylites em particular, afim de verificarmos, si elle realmente corresponde ao fim proposto. Por emquanto, os resultados aqui observados são animadores.

No tocante ás osteo-mylites chronicas, ainda quero alludir, si bem que sumariamente, ás intervenções secundarias tardias que têm por fim apressar a cicatrização do fóco.

Em 1º lugar, temos a necrotomia osteo-plastica de Bier que consiste em mobilizar uma das paredes da loja ossea, recalçando-a com os tegumentos contra o fundo da cavidade.

Depois temos o enchimento artificial da brecha, seja por enxertos de osso vivo que mais tarde são absorvidos, ou por meio de osso descalcificado.

Finalmente poderemos empregar a obturação do osso, por certas pastas, entre ellas a massa de Mosetig-Morhof (60 partes de iodoformio para 40 de oleo de sesamo e espermacete).

Eis-me chegado ao termo de meu trabalho que não posso concluir, sem apresentar sinceros agradecimentos a todos os collegas que, por meio de estatísticas, de communicações de casos interessantes e de outros informes, concorreram para a sua feitura. A todos meu mais profundo reconhecimento.

### Conclusões

1.<sup>a</sup> A osteo-mylite não é muito frequente no Rio Grande do Sul, predominando sobretudo na região colonial, ao passo que é rara nas cidades.

2.<sup>a</sup> Como agentes pathogenicos têm sido identificados, entre nós, unicamente o estaphylococco, o estreptococco (sempre associados), o bacillo de Eberth e uma unica vez o gonococco.

3.<sup>a</sup> Nas otites médias quasi sempre se verifica a presença do pneumococco, sendo de suppôr que, em muitos casos de mastoidite, elle seja o agente responsavel pela affecção.

4.<sup>a</sup> O retardamento da circulação nas extremidades da medulla é o factor pre-disponente para a localisação dos germens ahi.

5.<sup>a</sup> Tambem entre nós, é na adolescencia e, em segunda plana, na virilidade que a osteo-mylite se manifesta com maior frequencia.

6.<sup>a</sup> Ella é tres vezes mais frequente no homem do que na mulher.

7.<sup>a</sup> Muito rara nos negros, um pouco mais frequente nos pardos, é na raça branca que de preferencia ella procura suas victimas.

8.<sup>a</sup> Quanto ás profissões, são os agricultores que occupam o primeiro lugar, seguindo-se os trabalhadores de campo.

9.<sup>a</sup> A ordem de frequencia das localizações tambem entre nós é a seguinte: Tibia, femur, humero, peroneo, radio, cubito.

10.<sup>a</sup> São raros aqui os casos super-agudos, terminando todos pela morte, em prazo nunca superior a 15 dias.

11.<sup>a</sup> As complicações locaes não são frequentes.

12.<sup>a</sup> Nas fracturas em osteo-mylites devem ser tentados todos os meios, para conseguir-se a consolidação. Só em ultimo caso se indicará a amputação.

13.<sup>a</sup> O diagnostico nos primeiros dias é difficil. Em todos os casos suspeitos de arthrite rheumatica, o medico deve lembrar-se da osteo-mylite (Diagnostico differencial veja Sussini, Annaes do 3º Congresso Americano da Creança).

14.<sup>a</sup> A mortalidade em nosso Estado é de 5,5%.

15.<sup>a</sup> Merece ser ensaiado o abcesso de fixação, nas fórmias super-agudas.

16.<sup>a</sup> A trepanação precoce deve ser abandonada, visto os resultados não corresponderem á expectativa, ao passo que a abertura immediata do abcesso subperiostico se impõe. Si as condições do doente não se modificarem favoravelmente, proceder-se-á á trepanação secundaria do osso.

17.<sup>a</sup> A verificação da lipuria parece indicação segura para a trepanação, porque demonstra grave suppuração da medulla.

18.<sup>a</sup> O melhor procedimento, nos casos chronicos, é esperar pela separação dos sequestros, afim de evitar intervenções repêtidas e inuteis.

19.<sup>a</sup> O chloroformio deve ser banido das intervenções em osteo-mylites, pelas graves lesões de órgãos internos (degeneração do figado e dos rins, endo e myocardites e outras sequencias da septicemia).

20.<sup>a</sup> Quanto á vaccinothérapie, ella póde favorecer a reacção do organismo contra a infeção, póde apressar a cura de casos chronicos torpidos (Roosing), mas não podemos esperar que ella por si cure a molestia.

21.<sup>a</sup> O caldo de Besredka parece destinado a representar papel importante no tratamento das suppurações rebeldes, portanto tambem na osteo-mylite, e merece

# Pasta Dentifricia CIRNE LIMA

O dentifricio, para ser considerado **realmente bom**, deve corresponder ás seguintes indicações:

- a) promover efficientemente a limpeza mechanica dos dentes;
- b) conter apenas o „quantum satis“ de sabão, para dissolver as substancias gordurosas que se accumulam nos dentes, sem se tornar nocivo á mucosa da bocca;
- c) não deve ser caustico, nem ter, sobre os dentes, acção descalcificante (mechanica ou chimica);
- d) não deve conter substancias a que se possa attribuir o mais leve effeito toxico;
- e) não deve perturbar o trabalho funcional das glandulas salivares;
- f) não deve alterar a reacção da saliva nem destrui-lhe os fermentos digestivos;
- g) deve ter propriedades aromatizantes e ser agradável ao paladar.

A formula da Pasta Dentifricia do Professor **Cirne Lima** foi calculada, rigorosamente, nesses principios fundamentaes.

Por isso

**é sempre benefica — nunca em hypothese alguma prejudicial.**

Encontra-se em todas as drogarias, pharmacias e casas de perfumaria.

• **Unico Agente:**

**FAUSTO SANT'ANNA - Rua 15 de Novembro N.º 27 - Porto Alegre**

## Ao Cylindro

Rua dos Andradas 182—184

PORTO ALEGRE

**Casa Importadora** de Apparelhos Raios X,  
Diathermia, Alta Frequencia, Sol Artificial Orig. Hanau, Massagem

**Instrumentos Chirurgicos em geral:**  
Apparelhos sanitarios, Esterilisadores, Autoclaves.

**“Todos artigos para laboratorios chimicos:**

Tintas e preparados chimicos para os laboratorios de pesquisas clinicas para Microscopia, Bacteriologia, Photographia e Microphotographia



**Projectos, Installações e materiaes**



para Hospitales, Casas de Saude, Consultorios e Laboratorios

P e ç a m c a t a l o g o s



# A. BROCKMANN & CIA.

**Porto Alegre**

Rua dos Andradas n. 225 — Edificio La Porta

Caixa Postal 153 - Teleph. autom. 4725 - Ender. telegr.: ABROCO

Deposito permanente e variado de **Instrumentos e Apparelhos para  
Cirurgia Medica**

Moveis asepticos para salas de operações e consultorios

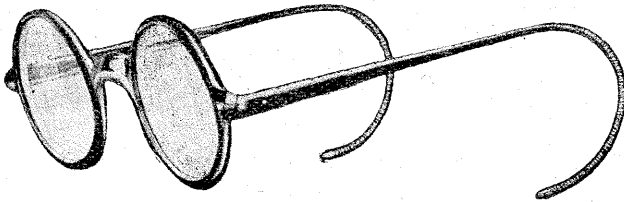
Sortimento completo de Seringas hypodermicas, núas e completas.  
Agulhas de aço, nickel e platina em todos os comprimentos e diametros

## Films para Raio X

Sortimento completo e variado em ARTIGOS para

## Photographia e Odontologia

Cintos abdominaes, Meias elasticas, Esponjas, Filtros, Apparelhos  
e laminas Gillete, Pastas, Pós, Liquidos e  
Escovas para dentes



## OCULOS PINCE-NEZ E LUNETAS

AVIAM-SE COM PRESTEZA, ECONOMIA E EXACTIDÃO,  
QUAESQUER RECEITAS DOS S.<sup>RS</sup> MEDICOS OCULISTAS.

☆

ESPECIALIDADES EM VIDROS BI-FOCAES (PARA PER-  
TO E PARA LONGE), POSSUINDO OFFICINAS PROPRI-  
AS PARA FABRICAÇÃO E LAPIDAÇÃO DE CRYSTAES.®

☆

O MAIOR SORTIMENTO DE ARTIGOS OPTICOS: BINO-  
CULOS, LENTES, LUNETAS, OCULOS, MONOCULOS, etc.



## OPTICA IDEAL DA CASA MASSON

Rua Marechal Floriano 33, (andar terreo) / Telephone automatico: 4255

ser ensaiado em maior escala, afim de se poder firmar juízo definitivo, mas é preciso dizer que este methodo de tratamento não dispensa a sequestrectomia. Pelo contrario, o resultado depende directamente da prévia intervenção sangrenta.

**Nota.** Por um lamentavel descuido do dactylographo, houve omissão de uma pagina inteira que aqui reproduzo e a qual constitue o final de meu estudo sobre as osteo-mylites super-agudas, devendo ser intercalada no texto, á pagina 15 do numero 3 destes Archivos.

O Professor Sarmiento, ha 16 annos, operou uma doentezinha do Dr. Lauro de Azambuja, nas Pedras Brancas. Osteo-mylite super-aguda da tibia. Morte dentro de poucos dias.

O Dr. Schinke me communica dois casos, com localisação no femur. Intervenção recusada pelas respectivas familias. Em ambos a morte sobreveiu no 5.<sup>o</sup> dia.

Tambem o Dr. Berchon, durante a sua longa vida pratica, observou algumas osteo-mylites super-agudas, igualmente com desfecho fatal rapido. Um dos casos diz respeito a um portuguez, de 15 annos. Em outro, tratava-se de uma menina, de 6 annos e de côr preta, com affecção da tibia D. Logo após a trepanação, foram attingidas as parotidas que suppuraram em poucos dias. Manifestaram-se tambem outros focos metastaticos e finalmente broncho-pneumonia, a qual foi a causa immediata da morte.

O Dr. Tacchini igualmente teve alguns casos em sua clinica.

Si bem que não se tratasse de uma fórma super-aguda, reproduzo as notas que o Dr. Krekel me forneceu a respeito de uma doente de sua clinica.

L. F., do sexo feminino, branca, com 12 annos de idade, adoece em 20 de Julho do corrente anno, com symptomas de grave infecção. Diagnostico: osteo-mylite aguda do femur E.

Trepanação, em 27 do mesmo mez (portanto trepanação precoce). Dois dias depois a mesma intervenção no outro femur.

Nos dias 1.<sup>o</sup> e 3 de Agosto, incisão em abcessos metastaticos dos dois braços. Dia 9, arthrotomia do joelho D e trepanação da tibia do mesmo membro.

Em 17 do mesmo mez apresentam-se phenomenos cerebraes (vomitos, somnolencia, depois pulso de compressão). No dia seguinte, hemiplegia á esquerda e dysphagia, a qual, aos poucos, se vae accentuando.

A punção lombar revela pressão alta do liquido que, no emtanto, é limpido.

Dia 22, trepanação. E' encontrado um abcesso na porção inferior das circumvoluções Rolandicas. Abrandamento dos phenomenos cerebraes.

Apezar disto, a morte sobrevém no dia 24 de Agosto. Duração da molestia: 35 dias.

## Sobre um caso de fractura isolada da taboa interna da Abobada Craneana

*O prognostico dos traumatismos da abobada craneana não é facil, excluidos os casos em que accidentes immediatos vem desde logo sombrear-o.*

*Veze ha que nenhum symptoma alarmante existe; é permittido considerar o caso como banal, não necessitando maiores cuidados alem de um simples repouso e, entre tanto, accidentes taes podem advir que derrocam completamente o prognostico feito, pondo em risco a vida do paciente.*

*Quero referir-me ás fracturas isoladas da taboa interna, aliás de relativa raridade.*

*Um exemplo bem frisante do que acabo de expor, tive eu occasião de observar no serviço da „ASSISTENCIA PUBLICA MU-*

*NICIPAL“, no dia 11 de Outubro do anno passado.*

*Neste dia, encontraram-se pela manhã J. M. e um seu antigo desaffectedo. Travan-do lucta recebeu J. M., com um cabo de relho, um golpe na região frontal direita.*

*Intervindo a policia, foram os contendores levados ao Segundo Posto Policial. Ali, entraram elles em accordo e foram postos em liberdade.*

*J. M. nada sentia de anormal, não apresentando ferimentos, hematoma ou escoriações que chamassem a attenção da auctoridade policial que, em taes emergencias, costuma recorrer aos serviços da „ASSISTENCIA PUBLICA“. Recolheu-se então*