

4 — Quando as culturas são negativas o decurso post-operatorio é bom e a letalidade baixa.

5 — A presença de germens patogênicos nas culturas está clinicamente associada a complicações e diretamente responsável pela morbidade e pela mortalidade.

6 — A drenagem é indicada somente nos pacientes operados após varias horas de perfuração, constituindo então um tratamento heroico.

The present status of chronic osteomyelitis (O estado presente da osteomielite crônica) — H. R. Mc Carrol & J. Albert Kery (Surgery, Gynecology and Obstetrics — Vol. 68 — N.º 6 — Junho de 1939).

Em 200 doentes portadores de osteomielite crônica 41 foram tratados por mais de 1 semana com um diagnóstico errado durante o período agudo do processo e somente em 9 o osso foi drenado na 1.ª semana da molestia. Consequentemente 191 desses doentes foram tratados por métodos conservadores ou por operações insuficientes. Nessa série a incidência de focos ósseos secundários foi de 25% e o comprometimento da articulação vizinha foi de 50%. Por meio de processos cirúrgicos standards e hospitalização prolongada com adequado post-operatorio foi possível obter cura em 63,1% dos 98 casos seguidos clinicamente pelo espaço de 3 anos. Em 38,7% desses, os focos continuaram a drenar ou houve recidiva nesse período de observação. Nos 200 casos os Autores consideram os resultados obtidos precários em 35,5%, fracos em 28%, bons em 25,5% e desconhecidos em 2%.

Acreditam que a cura dessa molestia depende da habilidade do cirurgião na execução da operação e na remoção de todo o tecido ósseo infectado, assim como no tipo do tratamento post-operatorio, relativamente menos importante, proporcionando uma constante drenagem satisfatória. O melhor preventivo contra o estado crônico da molestia é, segundo os autores, o diagnóstico precoce do estado agudo e a urgente drenagem dos focos ósseos.

The treatment of acute staphylococcal suppurative arthritis (O tratamento da artrite supurativa estafilocócica aguda) — Robert L. Preston (The American Journal of Surgery — Abril 1939 — Vol. XLIV — N.º 1)

Trata-se de um dos problemas mais difíceis de solução. Segundo Nathan o estafilococo produz uma necrose da articulação, o que não acontece com o estreptococo e o pneumococo. Os sintomas agudos podem desaparecer, mas o paciente fica sempre sujeito a recidiva, desde que permaneça "in situ" alguma porção óssea afetada. Estudos experimentais realizados, inoculando nas articulações de coelhos o estafilococo aureus permitiram a reprodução típica de artrites, e as lesões foram de dois tipos: 1) Lesões tendendo a invadir localmente a região com produção de abscessos múltiplos e 2) lesões sem tendência a invasão local mas com degeneração tóxica das vísceras.

Recursos de tratamento: a artrite estafilocócica é molestia septicêmica. O tratamento geral contra a septicemia é de grande importância; em seguida devemos praticar o tratamento local para evitar a perda da articulação.

Tratamento local: 1) Aspiração da articulação e identificação do germen.

2) Destruição local dos germens: os germens atacam a sinovial e a cartilagem articular, havendo produção de exsudato, distensão da sinovial e a formação de pus. A articulação é aspirada e lavada com soro fisiológico quente, cada 8 horas até ser possível ter em mão o bacteriófago preparado com o material retirado pela 1.ª punção. Então, com a própria agulha que serviu para lavar, sem retirá-la da articulação, injeta-se o bacteriófago até distender a articulação. A eficácia desta ação bacteriófaga específica foi demonstrada por Albec. O bacteriófago destrói os germens sem lesar a arti-

culação, residindo aí a diferença com o tratamento identico usando-se os antissépticos químicos.

3) Repouso da articulação: imobilização em gesso ou com tração até o desaparecimento da inflamação, imobilização essa que deve ser feita antes que haja luxação espontanea, frequente nas articulações do joelho e coxo femural.

4) Profilaxia contra abscessos metastaticos multiplôs: frequente em muitos casos; Mc Neal afirma que o bacteriófago protege o organismo contra tal complicação, estimulando a fagocitose e destruindo os germens. Recomenda a injeção endovenosa de bacteriófago autogeno.

5) Destruição da toxina elaborada pelo organismo infectado: esta toxina, de poder hemolítico, produz uma degeneração do figado e rins; é recomendavel a imunotransfusão e vitaminoterapia, alegando que segundo Mercier a vit. C protege os globulos vermelhos contra a ação hemolítica do estafilococo aureus.

6) Elevação da resistencia geral do paciente: isto se consegue pela administração de altas doses de vitaminas e grande quantidade de substancias liquidas.

7) Restauração da movimentação: quando a temperatura descer ao normal, desaparecendo os sinais locais de inflamação, deve-se suspender a imobilização. Si após 3 dias não houver sinais de recaída da afecção articular, iniciar massagens e manobras passivas. Si houver exacerbação, nova imobilização. Si após 3 mezes a mobilização não estiver normal e o r. x. não demonstrar lesão óssea, executar então a mobilização forçada sob anestesia.

A test for the determination of the vitamin C storage — Vitamin C index (Teste para determinação da reserva da vitamina C): — Laslo Kajdi, Jacob Light and Charlotte Kajdi — The Journal of Pediatrics — Vol. 15, N.º 2, Agosto — 39 — pags. 197 a 218.

A vitamina C é tão profusamente distribuida na natureza e tão facilmente reservada pelo organismo, que surpreende, è primeira vista, a frequencia das deficiencias em tal vitamina. Isso é devido aos seguintes fatores: 1) destruição da vitamina do alimento antes de ingerido (aquecimento em presença de oxigenio, alcalinidade, contato com certos metais e exposição à luz); 2) circunstancias que agem contra a ingestão de suficiente vitamina (alcoolismo, pacientes em dietas especiais (ulcerosos, psicopatas), cujas necessidades em vitamina C são frequentemente negligenciadas; o mesmo se diga dos lactantes e crianças) e 3) condições nas quais as requisições de vitamina estão aumentadas acima do normal (estados febris com aumentado metabolismo basal; individuos aparentemente sadios que a absorvem com dificuldade).

O fato que o escorbuto pode ter sérias consequências e que possa haver baixa de resistencia contra infeções mesmo nos estados de média deficiencia, faz com que o reconhecimento precoce de tal deficit seja de capital importancia. Os processos até agora propostos (raios X, fragilidade capilar, etc.) não deram os resultados esperados.

Sabe-se agora que a vitamina C é mantida em reserva nos tecidos. Quando baixa a ingestão as reservas se gastam, a maior quantidade para o metabolismo e pequena porção se perde pelos excretas. Se se administra tal vitamina, somente quando se enchem as reservas, aparece vitamina na urina. O teste de excreção diaria de vitamina C pela urina não provou porém na pratica.

Foram propostos testes de saturação, nos quais se vai administrando vitamina C pela boca até alcançar um verdadeiro estado de saturação no organismo, isto é, quando na urina se encontra sempre 50% ou mais da quantidade de vitamina C ingerida, levando-se em conta o numero de dias que o individuo leva para alcançar tal limite. Esse teste apresenta a desvantagem de levar muitos dias sua determinação e da necessidade de muitos exames de urina.

Os testes de tolerancia urinaria, nos quais se injeta uma dose massiva de vitamina e se verifica na urina a quantidade excretada (os individuos com