

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

dieta_s deficientes excretam menos que os com dieta normal) não se prestam muito para crianças.

Maior progresso trouxeram os métodos de determinação de vitamina no plasma sanguíneo. O valor da vitamina C no plasma, com ingestão adequada, é de 0,7 a 0,9 mgrs. por cento. Quando o nível plasmático cai entre 0,5 e 0,16, pode-se estar seguro que as reservas não são ótimas, mas não se pode dizer em que extensão estão elas diminuídas. A dificuldade está no fato que os valores plasmáticos caem prontamente logo que a dieta se torna deficiente.

Nos últimos 3 anos, foram usadas verificações dos valores plasmáticos após ingestão ou injeções de vitamina C. Após administração oral, alguns AA. notaram que o valor plasmático sobe voltando ao nível primitivo após 5 a 6 horas nos indivíduos normais e após 4 nos em déficit. Após injeção de ácido ascórbico, encontrou-se que nos indivíduos normais o nível plasmático subia após 18-20 minutos, entre 6,6 e 11,4 mgrs.%, ao passo que nos com dieta inadequada apenas alcançava 2 e 6 mgrs.%.

No presente artigo procuraram os AA. investigar a aplicabilidade do teste de tolerância parenteral na determinação da nutrição de vitamina C em latentes, com técnica que vem descrita no artigo, chegando às seguintes conclusões: — A concentração no plasma de vitamina C, 4 horas após a injeção da dose-teste (200 mgrs. de ácido cetavítico) é o melhor critério. Valores abaixo de 0,8 mgrs.% indicam escorbuto verificável clinicamente; índices entre 0,8 e 0,6 indicam reservas muito deficientes. Em indivíduos normais o índice é usualmente acima de 10.

Observaram mais que parece haver diferença nas requisições de vitamina C entre os indivíduos.

Existe ainda discrepância entre o grau de lesão notada nos ossos pelos raios X e os dados clínicos e químicos sanguíneos. Assim é que se encontraram índices baixos quer nos casos em que os raios X mostravam lesões típicas como naqueles em que se mostravam negativos. A discrepância é explicada pelo fato que a deficiência possa estar em jogo durante muito tempo antes que se demonstrem lesões ósseas e ainda pela presença de raquitismo que em alguns casos viria falsear o diagnóstico. As lesões verificadas pelos raios X dariam indicação sobre a duração do processo ao passo que o teste serviria para medir a severidade do escorbuto presente.

DR. E. M. RUSSO

Vitamin a absorption in celiac disease (Absorção de vitamina A na molestia celiaca) — B. B. Breese Jr., and Augusta B. McCoord — Rochester The Journal of Pediatrics — Vol. 15, N.º 2, August, 1939 — pags. 183 a 196.

Os AA. estudaram o comportamento na absorção de vitamina A em dois grupos de pacientes, um deles composto de 10 casos de molestia celiaca e outro de 48 casos de outras molestias, verificando, por técnica de determinação do nível que a vitamina A alcança no sangue, após certo tempo de sua ingestão oral (dada em forma de óleo de fígado de peixes), que os pacientes com molestia celiaca são incapazes de absorver vitamina A normalmente e que quando tal vitamina é dada em grandes quantidades pela boca, não mostravam um aumento da vitamina A sanguínea igual ao grupo de crianças com outras molestias. A técnica de determinação da vitamina no sangue vem descrita no artigo. Esta incapacidade do paciente com molestia celiaca em absorver vitamina A é usualmente associada com uma baixa curva de tolerância para o açúcar, aumentada percentagem de gorduras nas fezes, e baixa dos pigmentos carotínicos no sangue.

Esta incapacidade em absorver vitamina A normalmente, ainda que característica da molestia celiaca, ocorre também em outras molestias (como nas do fígado) e, portanto, não é patognomônica da molestia celiaca, e então os testes