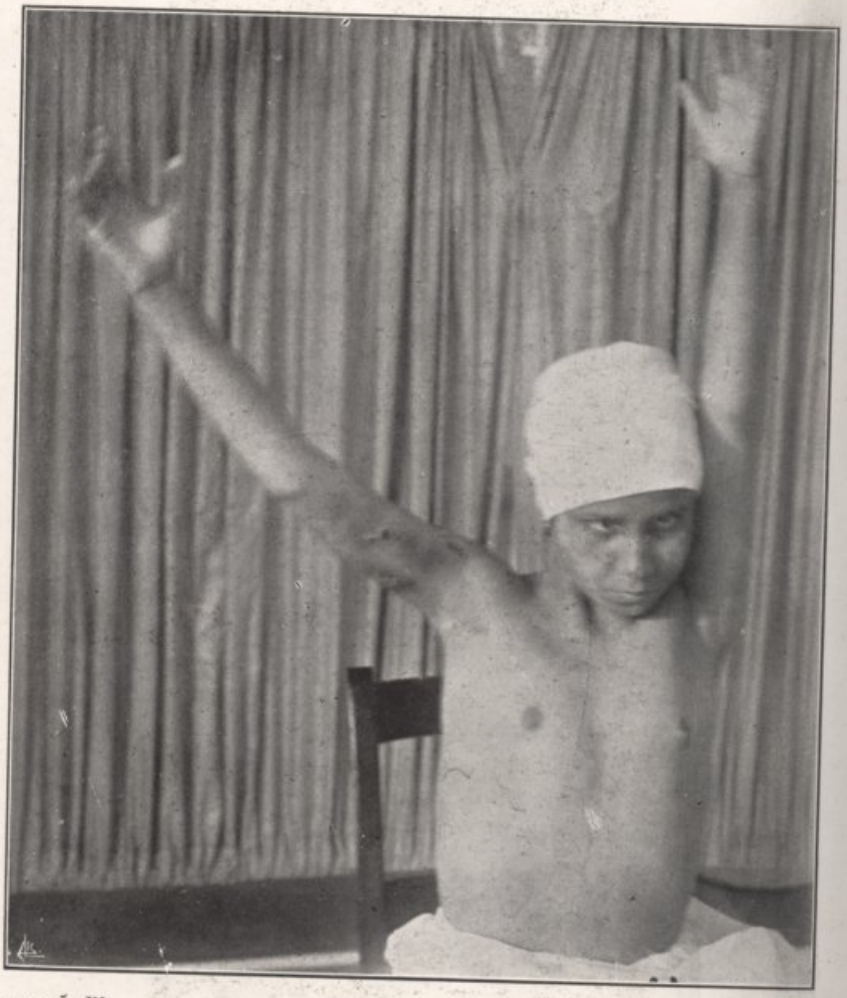


Observação XI

Fig. 26—Trajectos múltiplos do húmero, supuração abundante. Rigidez da articulação escápulo-humeral; movimentos reduzidos

Observação XI

Fig. 27 — Trajectos fistulosos quasi cicatrizados.
Reaparecimento da mobilidade normal da articulação escápulo humeral

um sequestro volumoso, extenso, que necessita de ser extraído, tal é a sua grandeza.

Pigmentação abundante. A doente tem já perfeita mobilidade da articulação escápulo-humeral, executa movimentos até há pouco e já há muito impossiveis.

Os trajectos seguem em via de cura.

Observação XII

Osteíte do humero esquerdo. — Terceira recidiva. — Osteíte do fémur direito. — Cura pelos banhos do Sol em menos tempo do que quando era operada.

M. do C., 17 anos. C. 1. M. n.º 203 22 de julho de 1913.

A. H. — Pai falecido de doença desconhecida, mãe pouco saudável.

A. P. — Variola aos 11 anos; sarampo aos 14 anos; impaludismo aos 16 anos.

H. P. — Osteíte do braço esquerdo aos 8 anos; deu entrada no hospital onde foi operada e onde esteve 1 ano e meio. Saiu com as suas lesões cicatrisadas. Volta ao fim de 6 anos com osteíte na mesma séde; é de novo operada e só ao fim de 18 mêses se completa a cicatriz dos trajectos no braço e região infra-clavicular. São passados 5 anos e de novo se dirige para C. I. M., trazendo trajectos fistulosos vários no braço, através dos quais o pus sae em quantidade; o estilete mostra o húmero desperiostado e rugoso; as dôres são fortes e faz febre; atrofia muscular bem acentuada, com

deformação do antebraço e cicatrizes múltiplas das lesões doutrora.

Empastamento na parte média da face posterior da coxa direita, com dôres que lhe não permitem a marcha; veiu a produzir-se um trajecto fistuloso, do qual corre pus amarelo palha, corredio e mal ligado. Côxa um pouco engrossada.

Banhos de Sol durante os meses de julho, agosto, setembro e outubro; neste mês houve a eliminação espontânea dum sequestro; e no fim dele dava-se a cicatrisação completa. São decorridos 8 meses e a doente não apresenta o mais ligeiro sinal que faça crear a dúvida de que a cura não haja sido definitiva e a cicatrização bem sólida.

A doente que agora veiu com trajectos, fontes de pus com associação microbiana, emquanto que na última entrada era portadora apenas de tumefacção e rubor, curou em 14 mêses, quer dizer em menos tempo do que quando foi operada.

Conserva-se ainda no hospital, porque não está completamente curada o seu trajecto da coxa.

Observação XIII

Osteíte da tíbia esquerda. — Osteíte do húmero esquerdo.

M. da E. 14 anos, C. 2. M. 26 de dezembro de 1912.

A. H. — Pais vivos; o pai com osteíte dos membros inferiores.

Seis irmãos com escrofulose; em alguns adenites ulceradas.

A. P. — Variola e sarampo aos 10 anos.

H. P. — Em fins de 912, dôr na perna esquerda, tumefacção, flutuação, impotência funcional; incisão, pus em abundância. Tratamentos diversos durante três meses; recolhe ao hospital; lavagens variadas; portadora do começo apenas dum trajecto estabeleceram-se em breve vários ao longo da tíbia.

Em 1914, isto é, decorrido ano e meio o estado local mantinha-se; a doente havia melhorado do estado geral; a mesma supuração, os mesmos trajectos de forma irregular e de extensão longa, ligando o exterior com os óssos da perna, séde da lesão. A atrofia muscular cada vez maior e uma enorme hipertrofia do sistema piloso.

Uma incisão une os trajectos, a cureta romba elimina o tecido fungoso; procura-se fazer a limpeza de tudo o que há de patológico; aplicam-se localmente pensos iodoformados.

A cicatrização avança durante algum tempo, mas estaciona depois; o estado então é precisamente o estado anterior; trajectos fistulosos que supuram e em ligação com a tíbia engrossada, de contornos irregulares e sucessivos.

Banhos de Sol; a pigmentação é abundante, as lesões começam a estreitar com um trabalho cicatricial vagaroso, mas progressivo.

Está quási curada e completamente curada a osteíte do braço esquerdo, que durante mais dum ano teve uma fistula em supuração e em comunicação com húmero; houve a saída dum pequeno sequestro, que de manhã apareceu no penso.

OSTEÍTE DO CUBITO

Observação XIV

Osteíte do cubito. — Artrite do cotovelo. — Ulceração e trajecto fistuloso extensos. — Supuração abundante. — Banhos de Sol, imobilização em goteira engessada. — Eliminação espontânea de sequestros; sem supuração, nem infiltração. — Bom estado geral. — Movimentos do cotovelo por ora limitados.

C. M., 14 anos, C. 1. H., n.º 204, 25 de novembro de 1914.

A. H. — Pai com reumatismo, que «lhe tolhe os movimentos»;

Mãe emagrecida e pouco saudavel;

Cinco irmãos saudáveis.

A. P. — Nenhuns.

H. P. — Há 5 anos esteve em C. 1. H. com osteíte da tíbia direita da qual conserva cicatrizes; o antebraço estava muito aumentado de volume, sobretudo junto da articulação do cotovelo, fusiforme, indolor e com dilatação venosa superficial; houve dúvida sôbre a natureza de semelhante processo e procedeu-se a uma biopsia; formou-se um trajecto até ao cubito, de difícil cicatrização, correspondente aos tecidos extripados e que só curou com o emprêgo de injecções, segundo o método-Calot.

Observação XIV

Fig. 28 — Osteíte do cúbito. Trajecto fistuloso. Sequestros eliminados sob a acção do Sol

Saíu do hospital e foi aprender o ofício de serralheiro; ao fim de dois meses começou a sentir uma dôr no pulso direito, que se propagou até ao cotovelo; tumefacção em seguida que veio espontâneamente à supuração.

Deu entrada de novo em C. 1. H. com a articulação muito tumefeita, medindo de contorno 27c,5 emquanto que a esquerda media apenas 22. O aumento de volume foi diminuindo regularmente até ao punho.

Movimentos impossiveis; dôres violentas; tecidos infiltrados, moles, depressiveis; rêde venosa cutánea muito bem desenhada e dilatada. Flutuação e pus cremoso dando saída a tecidos de esfacelo.

A temperatura atinge 39° à tarde.

Tratamento. — Banhos de imersão de soluto de permanganato de potássio quente; exposição ao ar e ao Sol em goteira engessada, que imobiliza o cotovelo.

A supuração foi diminuindo devagar; as dôres desapareceram por completo; o enpastamento amoleceu, a pele adelgaçou-se e veiu a dar dois trajectos fistulosos ao longo do rebordo cubital um na sua parte média e outro na extremidade inferior; eliminação espontânea de sequestros, que as gravuras indicam. Em 23 de janeiro pesa 42 kilos.

Abril 1915. — Os trajectos referidos estam reduzidos a ulcerações superficiais, com excepção do juxta-articular; ausência de pus; sem infiltração; o perimetro do cotovelo é agora de 25 centimetros, isto é, menos 3c,5, deferindo do lado oposto apenas em 2 centimetros; pigmentação muito abundante; o estado geral é melhor; pesa 44 kilogramas; sem temperatura.

Continua em tratamento.

Observação XV

Osteíte costal há 7 anos. — Trajecto fistuloso extenso. — Há 5 meses banhos de Sol e exposição ao ar. — Curado.

A. C., 10 anos, C. 2. H., 11 de março de 1914.

A. H. — Não sabe dar informações.

A. P. — Osteíte do 2.º metatarso esquerdo; extracção de sequestros; cicatrização.

H. P. — Quando tinha 3 anos sofreu um traumatismo no dorso, onde mais tarde se coleccionou um abcesso, que foi incízado; poucas vezes tem obtido a cicatrização, que é de pouca dura pois, passado 2 a 3 meses, volta de novo a ulcerar-se e a supurar durante largo tempo.

Resolveu internar-se no hospital; há osteíte da undecima costela direita, dois centimetros para trás da linha axilar; trajecto fistuloso extenso ao longo da costela, que se encontra desperiostada; supuração não muito abundante; orificio externo pequeno, fungoso, de bordos violáceos e descolados; dôr à palpação e dôr noturna espontânea.

Faz febre todas as tardes.

Embora seja bastante fraco, a auscultação nada revela de cuidado no aparelho respiratório.

Lavagens com soluto de borato de sódio; a supuração não diminue, a pele em torno da fistula, banhada com o pus mantem-se macerada, vermelha.

Em fevereiro de 1915 principia com a exposição ao ar e ao Sol; a supuração desapareceu por completo e o trajecto conservava-se cicatrizado durante dias para depois se ulcerar, mas sem pus. Pele de aspecto normal.

Há perto de um mês que se deu a cicatrização completa do trajecto.

Observação XVI

Mal de Pott dorsal. — Imobilização. — Helioterápia

J. S., C. 1. M., n.º 359.

Filho de pais saudáveis não tem no seu passado nada digno de menção.

Sente há mais de 1 ano dôres espontâneas ao nível da quinta vértebra dorsal, que se exacerbam pela pressão; rigidez da coluna vertebral sobretudo em tôrno da região lesada.

Marcha anormal; o doente caminha fazendo movimentos de lateralidade e procurando projectar o abdomen para a frente, de modo a imobilizar o ràquis; daí o aumento da lordose normal.

Gibosidade das 5.ª e 6.ª vértebras dorsais, levemente arredondada, que diminue nos movimentos de extensão da coluna e que aumenta na flexão do tronco.

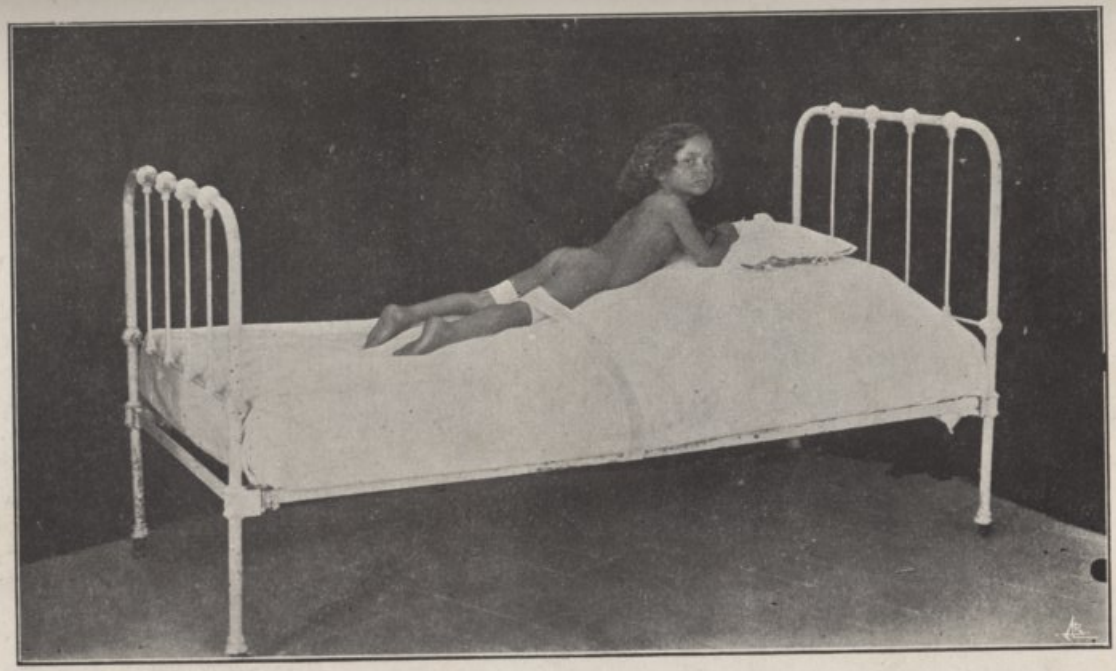
Sem perturbações nervosas, nem abcesso ossifluente.

Criança fraca, débil, muito emagrecida, com a pele mate e escamosa, mostrando a miséria de alimentação com que tem vivido.

Sem temperatura.

Observação XVI

Fig. 29 — Mal de Pott. Perturbações da marcha



Observação XVI

Fig. 30 — Mal de Pott. Imobilisação — Decúbito ventral

Internamente toma óleo de fígado de bacalhau e a fórmula de recalcificação de Ferrier.

Imobilização com um colete de tecido de algodão sôbre um colchão duro no qual fica por assim dizer feito o molde da coluna vertical.

Durante a noite decúbito dorsal; durante o dia decúbito ventral com os membros inferiores imobilizados por uma braçadeira.

Durante as sessões de cura o Sol incide directamente sôbre os tecidos fortalecendo-os e pigmentando-os.

Êste pequeno doente encontra-se com um melhor estado geral; sob o ponto de vista local nada há de importante e de apreciável, visto encontrar-se sob a acção do Sol desde o dia 10 de abril.

Observação XVII

Mal de Pott dorsal. — Imobilização. — Banhos de Sol.

M. O., 7 anos, C. 1. H., n.º 217, deu entrada em 23 de janeiro de 1915.

Ignora os seus antecedentes hereditários e pessoais.

Conta que depois de ter dado uma queda começou a andar «corcovado»; dôres violentas no abdomen obrigaram-no a recolher ao leito.

Aquele sofrimento exacerbava-se depois das refeições.

Só então a mãe reconheceu a existência de gibosidade dorsal inferior, compreendendo três vértebras sôbre as quáis a pressão desperta maiores dôres.

Começou então a emagrecer, dia a dia o seu estado geral peiorára.

Os espaços intercostais estão excavados, as omoplatas salientes, os membros atrofiados; o doente para apanhar qualquer corpo do solo flecte o abdomen sôbre as côxas, estas sôbre as pernas e finalmente as pernas sôbre os pés. É incapaz de manter os membros inferiores em extensão e flecte o tronco sôbre êles.

Há rigidez da coluna ao nível das últimas vértebras do tórax, posta facilmente em evidência quando se pretende dobrar o ràquis.

Faz as suas sessões de cura sôbre uma mesa com um colchão adequado e com disposição idêntica à indicada nas figg. 20 e 30. Ora em decúbito dorsal, ora em decúbito ventral vai sendo beneficiado com os banhos de Sol, que lhe escureceram fortemente a pele, de maneira que está já da côr de chocolate em contraste com a coloração amarelo-palha, estiolada, que apresentava quando da entrada em C. 1. H.

Não faz temperatura e sob o ponto de vista local não há modificações dignas de registo, o que não é de estranhar, visto estar sujeito a tal terapêutica apenas há pouco mais de dois meses.

Continua em tratamento.

Observação XVIII

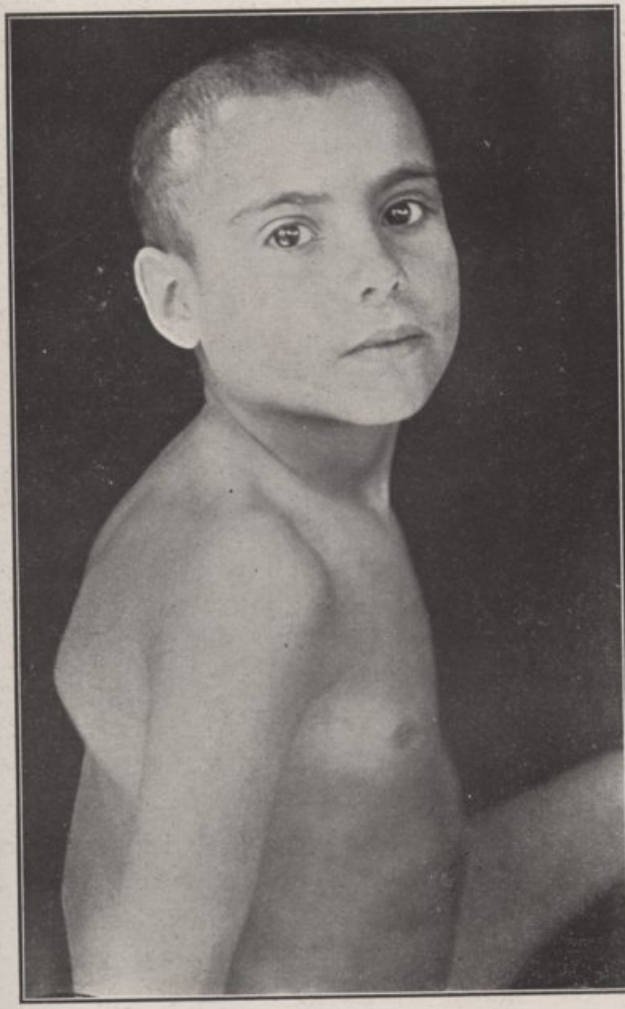
Mal de Pott dorsal médio. — Helioterapêutica.

J. A., C. 1. H., n.º 200.

Deu entrada em 3 de outubro de 1914.

Observação XVII

Fig. 31 — Mal de Pott dorsal



Observação XVII

Fig. 32 — Mal de Pott

Caíu duma figueira; não se lembra de ter traumatizado o ràquis, mas tempos depois começou a ser «apoquentado» por dôres irradiantes da coluna vertebral, que lhe não davam sossêgo e que aumentavam com os movimentos os mais ligeiros que fossem; muitas vezes até na cama isso acontecia. Se acaso dava um salto ou tropeçava, aparecia imediatamente uma dôr surda, mas incómoda que lhe chamou a atenção para o dorso.

Viu-se então pela primeira vez, não sendo possível saber há quanto tempo existiria, a gibosidade de que o doente é portador, ao nível das 3.ª e 4.ª vértebras dorsais, angular e séde duma hiperestesia notável; há alêm disso gibosidade lombar, separada da primeira por uma profunda curvatura do ràquis.

Não é precisa a percussão, basta a palpação ao longo da coluna para que êle se queixe de sofrimento intolerável.

O doente, diz a mãe, mudou de temperamento; tornou-se irritável, magro e durante o dia e durante a noite não sossegava.

Sem perturbações de motilidade, nem abcesso ossifluente; neste estado chegou aos hospitais, onde principiou a gosar os banhos de luz e de Sol sempre que tem sido possível.

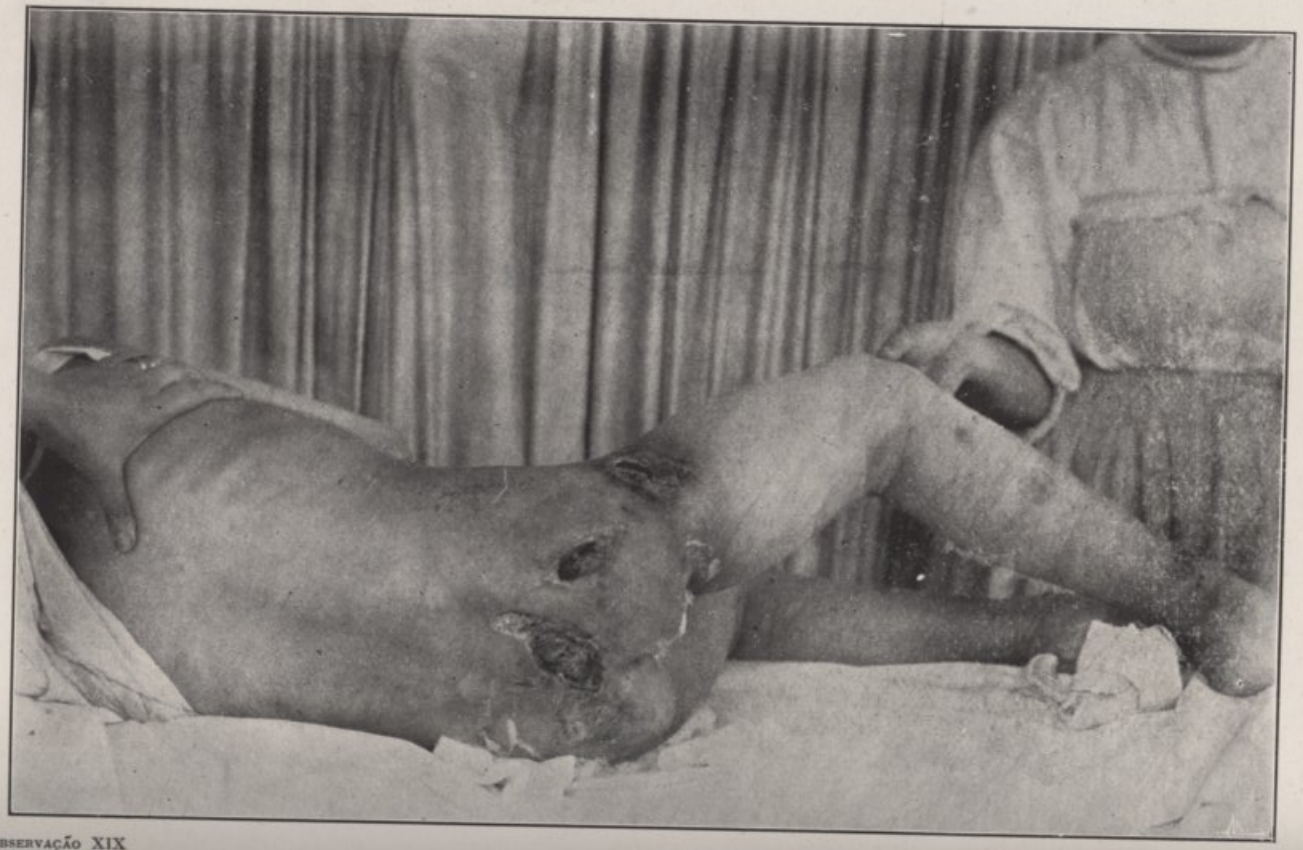
A gibosidade tem diminuido; são decorridos seis meses e o seu volume está reduzido a metade; não há dôres espontâneas, nem provocadas.

Observação XIX

Osteíte sacro-ilíaca e osteíte do húmero esquerdo. — Pneumonia. — Peritonite. — Banhos de Sol. — Cura completa em cinco meses. — Estado geral magnifico. — Aumento de pêso 5,5 quilogramas.

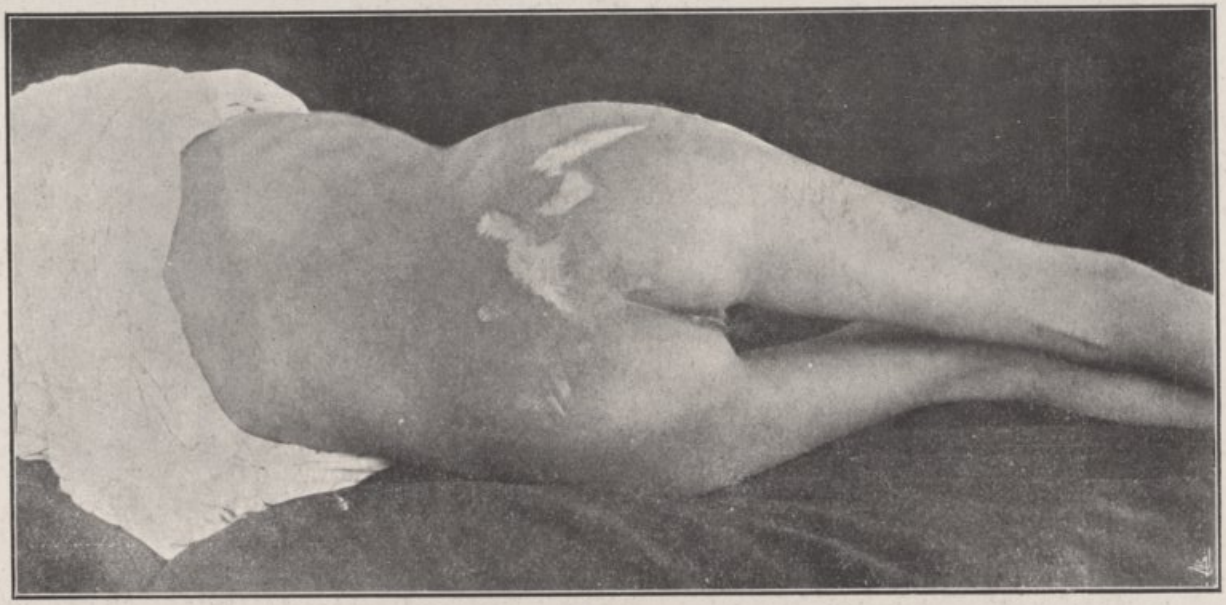
C. F. 18 anos, C. 1. M. n.º 314, solteira, filha de pais saudáveis entra no hospital em 17 de novembro de 1914 contando a seguinte história: em princípios daquele mês teve uma dôr forte na região sacro-ilíaca sôbre a qual foram feitas fricções com produtos diversos; instalou-se depois um processo inflamatório, que abcedou e foi incizado de modo a dar saída a uma quantidade enorme de pus; um outro abcesso se desenvolveu sôbre a região deltoidea esquerda, formado à custa de supuração de que era séde o húmero; a doente desfazia-se, é o termo, em pus; a temperatura oscilava entre 39°, 40°,5; emagrecimento extremo; verdadeira miséria orgânica; sofrimento atroz; inapetência completa.

A doente adquire uma pneumonia esquerda, diagnosticada pela observação clínica e pelo exame da expectoração; edemas; a doente está toda infiltrada;



Observação XIX

Fig. 33 — Osteíte da bacia. Trajectos múltiplos. Supuração abundante. Pneumonia. Fenómenos de peritonismo



OBSERVAÇÃO XIX

Fig. 34 — Curada ao fim de 4 mêses

faz-se a aplicação de duas injecções de sôro terebentinado e mais tarde de óleo camforado.

A doente melhora; mas duma maneira arrastada.

A supuração continua abundante; feito o penso e limpo o foco, se a doente tosse irrompe dum trajecto profundo, parece de dentro da bacia, nova quantidade de pus.

Instalam-se em seguida fenómenos de peritonismo, que se combatem com aplicações de gêlo sôbre o abdomen.

A doente consegue vencer todos êstes transes; é tratada com banhos de Sol, que haviam sido interrompidos e com regularidade, mas progressivamente se vão debelando todos os sinais graves dum estado, suposto incurável.

O estado geral vai acompanhando a evolução das lesões locais, de modo que o apetite reaparece, a doente alimenta-se e a nutrição melhora; tendo entrado com 23,5 quilogramas apresenta actualmente 29 quilogramas, isto é, teve um aumento de pêso de 5,5 quilogramas em menos de cinco meses, apesar da série de intercorrências graves, que se deram. As lesões tão profundas, tão extensas e tão graves da região sacro-ilíaca cicatrizaram completamente, como cicatrizadas se encontram todas as outras lesões.

Observação XX

A. G. S., 18 anos, C. 1. M. filha de mãe tuberculosa, tem no seu passado escrofulose da qual apresenta cicatrizes no pescoço.

Deu entrada em C. 1. M. no dia 9 de novembro de 1914; conta que o seu mal havia começado há mais de seis meses por uma dôr espontânea, na crista ilíaca direita, localizada principalmente à espinha ilíaca posterior e que se exacerbava pela pressão.

Ao fim de quatro meses formou-se um abcesso na região nadegueira, volumoso, que foi incizado por duas vezes; desta forma se estabeleceram dois trajectos fistulosos, de supuração abundante, extensos, situados junto da articulação sacro-ilíaca direita e que motivaram a entrada.

Um, tão comprido que dêle se extraiu uma mecha, lombricoide, estreita mas de um metro de comprimento, que tamponava completamente o orifício, impedindo a drenagem e promovendo a retenção do pus; com efeito, apenas foi tirada, o pus corria em bica, como soe dizer-se. Dirigia-se obliquamente para cima e para fóra, ao longo do dorso, no sentido da espinha da omoplata, mas parecia intermuscular, correspondendo à dissecção dos músculos pela retenção do pus; o outro ia directamente à face externa do ilíaco, que se atinge com a sonda e donde a expressão fazia sair pus em abundância, de aspecto específico e que a análise bacteriológica revela não possuir associação bacteriana de valor.

Em tôrno daqueles orifícios há uma larga queimadura, produzida pela aplicação repetida e insistente de tintura de iodo, que tantas vezes fez na esperança de que a dôr inicial, persistente, mas não muito violenta, desaparecesse.

Depois de ter tentado grande variedade de medicamentos veiu ao hospital, onde recebeu banhos de ar e banhos de Sol, onde se suprimiu por completo o dreno, tendo havido o cuidado de todas as manhãs, a quando das lavagens com soluto de borato de sódio, o dilatar afastando os ramos duma pinça interposta.

A doente permanecia no leito em decúbito lateral e ventral; conservavam-se descobertas as lesões durante quási todo o dia, de maneira a dar-se uma drenagem constante, cujos productos eram recebidos por uma pasta de algodão, colocada por debaixo.

A temperatura foi baixando, o apetite reapareceu e a cicatrização do trajecto superior deu-se em pouco tempo.

Foi mais demorada a cura do outro; no emtanto, como não havia germens banais da supuração, conseguiu extinguir-se rapidamente o pus e a cura seguiu-se depois, embora com certo vagar.

Saíu do hospital curada, com cicatrizes de diminutas dimensões e com ótimo estado geral.

Observação XXI

Osteíte da bacia. — Trajectos fistulosos múltiplos. — Osteotomia — Sái no mesmo estado. — Regressa com lesões extensas. — Pasta de Beck; melhoras grandes. — Banhos de Sol; cura completa.

J. S. 16 anos informa-nos que a mãe e uma irmã são muito doentes e que o pai já faleceu.

Entra na segunda enfermaria em 1910 porque possuia à esquerda um trajecto na parte superior e externa do contôrno da região nadegueira.

Foi operado de larga osteotomia do ilíaco e tratado a seguir com soluto fénico; muito arrastadamente se foi dando a cicatrização e à medida que ela progredia, acentuava-se um empastamento do mesmo lado, acima da arcada crural e situado sensivelmente ao mesmo nivel, que mais tarde veiu à supuração, como se acaso se houvesse formado um trajecto, que atravessasse a bacia no sentido antero-posterior.

A injecção de qualquer líquido por um dos orifícios mostrava claramente que comunicavam.

A supuração era abundante.

Foi a banhos do mar, ensaiou medicamentos sem conto. Resultado nulo sempre. A marcha cada vez se tornava mais dificil; caminhava com o corpo projectado para a frente e os braços lançados para trás; impossibilidade de se curvar pela região lombar.

Saíu do hospital e decorridos mais de dois anos, sem ter conseguido a cicatrização das suas lesões ei-lo de novo no hospital.

Tendo dado entrada no serviço neste estado, com os orifícios dos trajectos muito estreitos e despejando instante a instante pus em quantidade empregamos a pasta de Beck; os efeitos na verdade foram esplêndidos; ao fim da quinta injecção o pus havia desaparecido de todo, a fistula anterior havia cicatrizado; permanecia a posterior dando um ligeiro exsudato, pouco profundo e muito estreito, sangrando abundantemente quando se introduzia qualquer explorador.

O estado geral, no emtanto era mau; raquítico o mal desenvolvido possuia atrofias musculares sobretudo dos membros inferiores.

Deixou de fazer temperatura.

Banhos de Sol; localmente concluiu-se a cicatrização do pouco que restava; sob o ponto de vista do estado geral as melhoras foram evidentes; nutriu mais, adquiriu forças que não possuia e a marcha modificou-se consideravelmente, de maneira a perder a atitude anormal que tinha.

A cura foi completa e definitiva; êste doente é de Coimbra; têmo-lo visto muitas vezes e não tem havido alteração do estado que possuia ao sair do hospital.

Observação XXII

Osteíte do fémur há três anos. — Três operações. — Trajectos fistulosos. — Banhos de Sol. — Cura completa.

J. M., 15 anos, C. 1. H.

A. H. — Pai e mãe vivos e saudáveis; cinco irmãos sádios.

A. P. — Impaludismo aos 10 anos.

H. P. — Há bastante tempo sentiu uma dôr no calcanhar direito, que o obrigou a recolher ao leito; dias mais tarde foi localizar-se na face interna da articulação do joelho.

Surgiu depois uma tumefacção, que compassadamente se foi acentuando; apareceu em seguida flutuação; diagnosticada a existência do abcesso, um médico incizou e eliminou pus em grande quantidade.

Permaneceu em casa e ensaiou todas as medicações que os curandeiros lhe ensinaram e quando — já tarde — se convenceu que nenhum daqueles ensáios lhe proporcionava a cura, veiu para a 3.ª enfermaria.

Sofre ali três intervenções cirúrgicas, que consistiram em desbridamentos, raspagem do fémur e osteotomias a escopro e martelo.

De cada uma delas possue como lembrança, um trajecto fistuloso que supura.

Apesar disso, faz de quando em quando crises de retenção de pus; a temperatura sobe acima de 38°, há dôres, arrepios e dias depois através das fistulas dá-se uma descarga maior de pus.

Para combater esta supuração rebelde e a permanência das lesões tem-se usado muitos antisepticos: borato de sódio, água oxigenada, bicloreto de mercúrio, permanganato de potássio, sôro iodado, etc.; internamente tem feito uso, ora de óleo de fígado de bacalhau, ora de xarope iodotânico.

Debalde; a supuração continua, embora diminuida; os trajectos ao longo da linha mediana da face posterior da côxa e perna atravessando obliquamente a região poplítea e em comunicação com o fémur desperiostado, mostram-nos que o restabelecimento do doente não está para breve.

Há em tôrno tecido de cicatrizes, flacido em alguns pontos, consistente e aderente aos tecidos infrajacentes noutros.

São decorridos mais de dois anos de hospitalização; sofreu três operações, a última das quáis em 29 de janeiro de 1912; tem experimentado todos os antisepticos comuns: recorremos à helioterápia só em março de 1913; banhos de meia hora no começo; banhos de uma hora, de uma hora e meia, de duas horas em seguida; internamente xarope iodotânico e medicação realcificante, constituida por fosfato tricálcio, carbonato de cálcio e cloreto de sódio.

Lavagens após a cura com soluto de borato de sódio a 2 p. 100. O doente, cuja temperatura durante nos

meses de janeiro e fevereiro se manteve oscilante entre 37 e 38° desapareceu; não mais voltou a ter febre; a supuração que aflorava no trajecto e que parecia provir do terço médio do fémur, visto a pressão neste local ser dolorosa e determinar uma eliminação maior de pus, foi enfraquecendo até se transformar num exsudato sero-purulento e depois seroso, que solidificava com o calor do Sol; o estado geral melhorou duma maneira surpreendente, a granulação intensificou-se e o doente curou definitivamente.

Marchava de vagar e com dificuldade a princípio, mas num curto praso de tempo se desembaraçou, à medida também que as atrofias musculares do membro inferior se iam atenuando.

O doente vive há dois anos e meio fazendo uma vida de lavoura; não teve ainda nenhum rebate das suas antigas lesões.

Forte e robusto como está hoje pode considerar-se definitivamente curado.

Observação XXIII

Osteíte do fémur. — Contraturas. — Joelho em flexão. — Banhos de Sol. — Cicatrização. — Reaparecimento dos movimentos da articulação.

J. P., de 7 anos, n.° 69, C. 1. M.

Nos antecedentes pessoais e hereditários nada há que mereça menção.

Entrou no hospital porque em abril de 1913 sentira

uma dôr forte junto do joelho direito, que o obrigou a ficar de cama. Havia dias que os pais tinham notado a compostura exagerada da criança junto das outras que brincavam; fatigava-se muito quando estava de pé ou quando corria; à fadiga associava-se uma dôr ligeira, mas suportável. Agora não socega nem deixa socegar ninguem durante a noite; há tumefacção e aumento de volume apreciável do ôsso, aumento fusiforme, porquanto adelgaça ao longo da diafise do fémur; os tecidos moles estão mais volumosos e há flexão defensiva da perna sôbre a côxa; tenta-se uma extensão vagarosa e embora se consiga em parte, o seu sofrimento exacerba-se.

A pressão também é dolorosa e a impossibilidade funcional é manifesta.

Não tem apetite.

O exame radiográfico confirma a existência de hiperestose do periósteo e apresenta uma maior transparência na região correspondente à cavidade medular.

Oftalmo-reacção positiva.

Nada de anormal nas urinas.

Reconhecida a existência da ósteo-medulite tuberculosa, procede-se à aplicação imediata da helioterápia; curas de meia hora, uma hora e por fim duas horas e meia.

Na iminência do processo invadir a articulação do joelho, cujo funcionamento já se não fazia, procurou-se pôr lentamente a perna em extensão para que, a dar-se a anquilose, ela tivesse lugar nas melhores condições possíveis para a doente; consegue-se isso ao fim de alguns dias; imobiliza-se em seguida.

As dôres desaparecem, o empastamento diminue;

mobiliza-se agora vagarosamente a articulação do joelho; o estado geral acompanhando o estado local, melhora consideràvelmente.

Assiste-se assim ao sumir de toda a sintomatologia com excepção do volume do fémur, que se conserva maior que o do outro.

O doente caminha, não tem dôres, não tem a mais ligeira perturbação na marcha e deseja sair do hospital convencida da sua cura completa.

Contra indicação médica insiste em sair; aconselha-se a continuação do tratamento solar para que se dê a redução completa do «gonflement» ósseo.

Observação XXIV

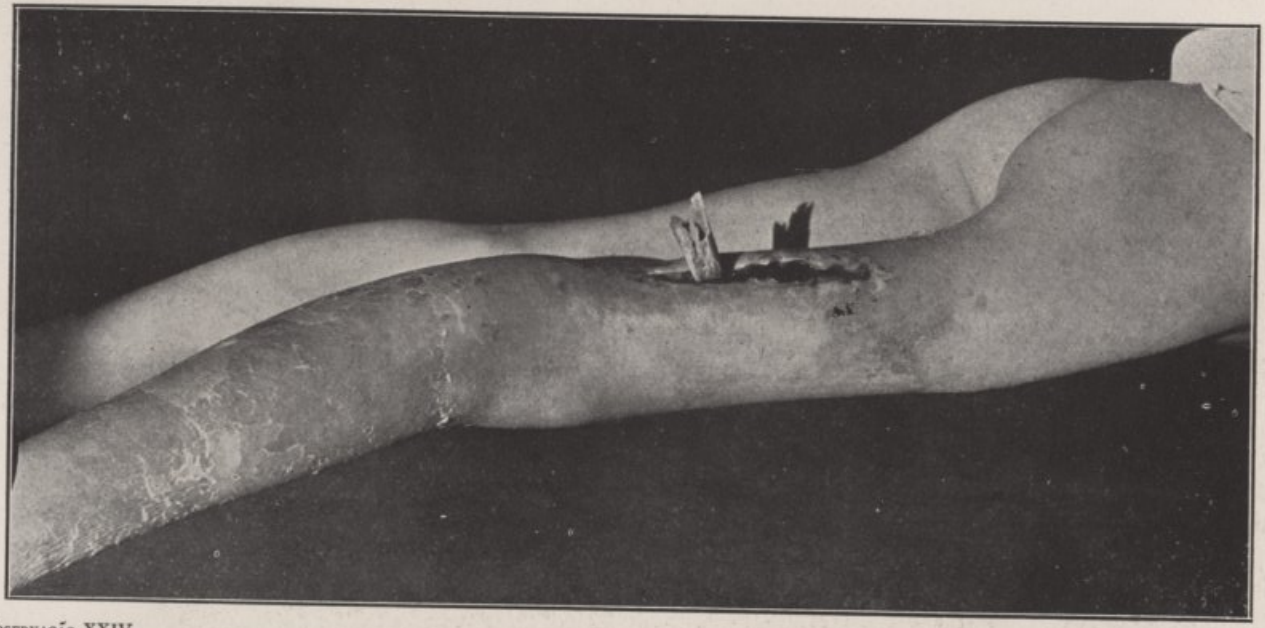
Osteíte do fémur direito consecutivo a osteíte da tíbia à esquerda —Duas operações sem resultado. —Método de Beck sem resultado também. — Banhos de Sol. — Eliminação dum enorme sequestro. — Cloroformização para a sua extracção. — Eliminação espontânea dum outro sequestro. — Cura pelos banhos de Sol.

A. J., 14 anos, entrou em C. 1. H. no dia 8 de junho de 1912.

A. H. — Mãe saudável. Cinco irmãos nenhum dêles com lesões ósseas; possue no emtanto parentes com osteítes alguns dos quais estiveram já internados no hospital e foram por nós tratados.

A. P. — Sarampo em criança. Escrofulose.

H. P. — Resfriamento grande, dôr na tíbia esquerda,



Observação XXIV

Fig. 35 — Osteíte do fémur; grande desbridamento

Fig. 37 — Sequestro eliminado sob a acção do Sol

Fig 36 — Sequestro extraído

Observação XXIV

Fig. 38 — Curado

tumefacção, febre, fluctuação, ulceração, supuração, extracção do sequestro, cicatrização.

Quando estas lesões se aproximavam da cura apareceu à direita, na região supracondiliana, a sintomatologia dum novo foco de osteíte, que veiu à supuração e originou um trajecto na região poplitea e outro na face posterior da côxa, à altura da incizão do terço inferior com o terço médio.

Dirige-se ao hospital; há pus abundante, associação bacteriana; tumefacção e rubor, dôr espontânea e provocada pelos movimentos; impotência funcional; mantem-se no leito, febre, inapetência.

Lavagens com solutos antisepticos variados.

Radiografa-se e injecta-se pasta de Beck para reconhecimento da forma, grandeza, extensão e topografia das lesões; o terço inferior do fémur está destruido pelo processo de osteíte. Fungosidades sangrando fácilmente.

Incisão, destruição de todo o tecido fungoso, osteotomia; os orifícios de trepanação do fémur são aumentados; com cureta e goiva procura-se extirpar tudo o que há de patológico. Sutura, drenagem.

Lavagens com vários antisepticos; internamente óleo de figado de bacalhau.

Através do orifício do dreno escorre sempre pus e decorridos meses chega-se a um estado semelhante ao que tinhamos antes da intervenção. Recorre-se à pasta de Beck. Sem resultado.

No ano seguinte procede-se a uma nova operação; termo-caraterização das paredes; curetagem romba do tecido mórbido que enche a cavidade medular; reconhece-se a existência dum grande sequestro invaginado; não estava completamente isolado.

Não se lança mão de nenhum instrumento cortante; fica aberta a extensa solução de continuidade; não se dão pontos de sutura.

Expõe-se ao Sol nos poucos dias que restam do estio; o trabalho de cicatrização progride, mas não se completa; constitue-se de novo o trajecto fistuloso.

Sessões de helioterápia e, na sua impossibilidade, sessões de aeroterápia; o sequestro desprende-se, e começa o seu trabalho de eliminação, que fomos acompanhando com sucessivas radiografias; chega a isolar-se por completo; vem à pele, irrompe através do orifício da fistula, e com uma pinça tenta fazer-se a sua extracção.

Impossível; reconhece-se ser de dimensões tais que não há meio de o obrigar a sair através dum estreito trajecto cujo diâmetro não é superior a quatro ou cinco milímetros; a mobilização produz dôres e sangue.

Incisão extensa, desbridamento sucessivo para dar saída fácil ao sequestro através do qual foi obrigado a sair. Curetagem romba do tecido mórbido.

Três ou quatro pontos de aproximação, que no dia seguinte foram levantados. Exposição ao Sol; melhoras imediatas; o rapaz torna-se forte e robusto. Conserva-se durante horas ao Sol.

O trabalho de cicatrização avança rapidamente; quando parecia prestes a fechar, aparece dôr, tumefacção, rubor, na região situada mais abaixo. Ulcera-se e dá eliminação à esquírola que a figura representa; sem mais cuidados, em 5 ou 6 dias cicatrizam os dois trajectos.

O doente não pára; caminha e salta sem o mais ligeiro resentimento. O estado geral é óptimo; quando entrou para o hospital, pesava 29,800 quilogramas; hoje a balança acusa 42,600 quilogramas.

O doente não tem usado com regularidade a insolação total, quási sempre só a insolação parcial; a êsse facto atribuimos os sinais de periostite que o fémur dêste lado apresenta junto da sua articulação coxal; por isso se mantêm ainda no hospital

Observação XXV

Osteítes do fémur esquerdo e húmero direito. — Fistulas antigas. — Aplicação de numerosos medicamentos sem resultado. — Cura pelos banhos de Sol.

M. R. S., 16 anos. Entrou em C. 2. M. em 3 de novembro de 1913.

A. H. — Irmãos pouco saudáveis, não sabendo no emtanto informar de que sofrem.

A. P. — Nenhuns.

H. P. — Queda de biciclete em meados de 1913; traumatismo sôbre o fémur esquerdo; dôr viva nesse momento, que depois se tornou suave, mas constante, persistente, obrigando-o a claudicar. Tumefacção em seguida, hipertermia, flutuação; vem espontâneamente à supuração no lado externo e na união do terço médio com o terço inferior da côxa.

No húmero direito instalou-se um processo idêntico e com marcha semelhante, tendo havido do mesmo modo a formação de fistulas. Ensaiou numerosos medicamentos, dos quais não colheu benefício algum.

E. A. — Trajecto fistuloso estreito e externo no lugar indicado da côxa, prolongando-se debaixo para cima

até ao fémur, sôbre o qual toca o estilete. Supuração abundante, retida num deslocamento peri-ósseo e represada por uma longa mecha.

Côxa infiltrada. Dôres fortes. Febre. Mantêm-se no leito.

Dois trajectos no braço direito em relação com o húmero; pus com associações bacterianas.

Emagrecimento. Inapetência.

Lavagens com soluto de borato de sódio.

Aeroterápia, sempre que se não pode fazer helioterápia. A supuração começa a diminuir, a infiltração reduz-se, o apetite reaparece.

Eliminação espontânea dum pequeno sequestro do braço.

Aplicação do Sol.

Sai curado, com os trajectos fistulosos cicatrizados, já há bastante tempo.

Observação XXVI

Osteíte da extremidade inferior do fémur. — Osteíte do joelho. — Lesões pulmonares. — Banhos de Sol. — Cura.

M. P., C. 2. M., 10 anos, criada de servir.

Conta que os pais já faleceram, que não tem passado mórbido algum e que há três meses, sem que houvesse sofrido qualquer traumatismo, nem tivesse feito qualquer movimento intempestivo do joelho, se lhe instalou lenta e progressivamente uma dôr naquela articulação, dôr que a impedia de caminhar.

Depois veiu uma tumefacção no mesmo local, de marcha insidiosa que se fazia acompanhar de arrepios, seguidos de hipertermia geral.

A uma época de empastamento e de endurecimento dos tecidos moles sucedeu, depois do uso permanente de cataplasmas de linhaça quentes, flutuação, reveladora dum abcesso que um médico incizou e que mandou tratar com solutos antisepticos.

Decorrido algum tempo, decide hospitalizar-se, porque na cavidade poplítea se formou um outro saco de pus, que, invadindo os tecidos moles até à pele, a perfurou e abriu espontâneamente, esvasiando pus em quantidade avantajada e cujos caracteres a doente não sabe descrever.

É portadora de duas soluções de continuidade, uma de três centímetros de comprimento, paralela e sôbre o bôrdo do recto interno, correspondendo à intervenção, e outra irregular, de bordos recortados, delgados e violáceos através dos quais se faz a principal drenagem de pus, e situada na cavidade poplítea.

Comunicantes entre si, facilitam a desinfecção com soluto de borato de sódio misturado com água oxigenada.

A perna, flectida sôbre a côxa retêm a doente no leito; o mais suave movimento que se tente fazer no sentido de desfazer semelhante posição viciosa é motivo para dôres insuportáveis.

O «gonflement» é sobretudo devido à infiltração dos tecidos moles que se encontram invadidos pelo processo de tuberculização; as fungosidades conseguiram instalar-se nos interstícios musculares, donde pela cureta romba é possível desalojá-las; há miosite, a pele encontra-se descolada; há febre.

A doente emagrece dia a dia; a inapetência é completa.

Os músculos tornam-se moles, flácidos, atrofiados; o esqueleto desenha-se com perfeição através das partes moles; palidez de cera. Sem fenómenos pulmonares.

Toma internamente óleo de figado de bacalhau, e procura recalcifiar-se o organismo com duas cápsulas diárias de fosfato tricálcico, carbonato de cálcio, cloreto de sódio e magnésia calcinada.

Principia com a insolação local, durante um quarto de hora, de manhã e igual tempo à meia tarde.

A temperatura eleva-se depois dos banhos solares. Ao fim de 10 dias, o aspecto dos tecidos doentes é melhor, a doente começa a alimentar-se mais, sái da apatia em que jazia.

As sessões de helioterápia continuam a ser duas, e, demais, de três quartos de hora cada uma. Ao fim de 15 tratamentos, o estado geral está completamente modificado; inicia-se, sob a acção do Sol, a mobilização lenta e progressiva do joelho; esta terapêutica, causa de dôres grandes no começo, foi sendo tolerada, e por fim torna-se indolor.

Procede-se à aplicação duma tala posterior, ligada à côxa e à perna sómente nas extremidades, para que o membro permanecesse durante a noite no gráu de extensão atingido na vespera.

Passado um outro período de 15 dias, substituem-se as duas curas por uma só de duas horas. Cicatriza em primeiro lugar a ferida incisa, deixando uma cicatriz linear, consistente e aderente aos tecidos profundos.

A fistula da cavidade proplítea só fecha mais tarde,

depois de se ter conseguido perfeita extensão da perna em relação à côxa.

A doente deixa o hospital com a sua cura completa.

Observação XXVII

Osteíte do fémur. — Banhos de Sol. — Cura.

C. M., criada de servir, 27 anos, C. 2. M.

A. H. — Pais vivos e saudáveis. Duas irmãs anémicas.

A. P. — Febre tifoide aos 18 anos. Cloro-anemia.

H. P. — Depois dum verão de trabalho rural aturado, esboça-se uma dôr leve na côxa esquerda; continuou a caminhar, embora com certo sacrifício, e uma tarde de fins de outubro, ao levantar-se numa eira em que estava sentada, reconheceu que o sofrimento se havia agravado e se havia localizado às proximidades da articulação tibiotarsica direita. Baixou ao hospital; surgiram sinais de inflamação, que veio a terminar por supuração. O médico incizou na região posterior interna e deu saída a grande abundância de pus.

A temperatura diminuiu nos primeiros dias para se reacender de novo; desinfecção com soluto bórico; a supuração enfraqueceu, mas apareceram indícios de que no terço inferior se estava coleccionando um novo abcesso, que foi incisado.

As lavagens fazem-se com mais abundância e consegue-se reduzir ao mínimo o pus.

E. A. — Trajectos fistulosos correspondentes ao

terço superior e inferior do fémur. A sondagem permite-nos atingir directamente o ôsso, que se encontra liso, desperiostado; conjuntamente com o pus sáem, de quando em quando, pequenos fragmentos ósseos, que se apreciam pela palpação digital e que constituem uma espécie de areia óssea. Macroadenites. Cefaleia por vezes. Descoramento das mucosas.

Exposição aos raios solares de todo o membro inferior direito durante uma hora. Dez dias depois, as melhoras são já bem apreciáveis, e o pus torna-se muito fluido e menos abundante.

Foi-se reduzindo o calibre do trajecto, cujas paredes perderam o aspecto tórpido que possuiam, para se tornarem vermelhas, cheias de granulações e sangrarem com a maior facilidade.

A pele dêste membro pigmenta-se intensivamente.

A doente cominha sem dôres e sem claudicação.

Sái do hospital com a fistula cicatrizada; reconhece-se pela palpação que o fémur tem um volume ainda maior que o da outra côxa.

Observação XXVIII

Osteíte do fémur. — Extracção de sequestros. — Formação de trajectos fistulosos. — Cura de Sol. — Eliminação espontânea de sequestros. — Cura definitiva.

M. J., 28 anos, criada de servir.

A. H. — Sem valor.

A. P. — Nada digno de registo.

H. P. — Há quatro anos instalou-se na côxa direita uma dôr não muito violenta, mas que a prihcípio lhe dificultava a marcha e depois a impossibilitava; de noite não dormia, porque era mais forte e o simples movimento no leito lh'a exacerbava.

Ao mesmo tempo reconhece um aumento de volume que contrastava com o emagrecimento geral de todo o corpo; há febre, há tumefacção com empastamento, e a dôr cresce em agudeza. Usa cataplasmas de linhaça; permanece de cama; na junção do terço médio com o terço inferior da face antero-externa da côxa surge flutuação; a pele adelgaça, ulcera-se e no dizer da doente sái um litro de pus não cremoso.

Estabeleceram-se trajectos fistulosos; empregou muitos medicamentos sem conseguir a cicatrização.

Recorre ao hospital em 18 de janeiro de 1913, e entra em C. 2. M.

E. A. — A metade da côxa inferior está muito tumefeita, compartilhando nessa tumefacção o fémur e os tecidos moles para-ósseos. Há um trajecto fistuloso, cujo orifício externo está invaginado nos tecidos circunvizinhos e através do qual sái pus cremoso.

O estilete denuncia a existência dum sequestro volumoso, móvel e que está prestes a aflorar ao exterior.

As dôres teem sido ultimamente mais vivas.

A perna está em flexão defensiva sôbre a côxa, impedindo, por conseqüência, a marcha.

Há atrofia muscular notável à direita.

R. W. negativa

Nada digno de menção acêrca dos aparelhos respiratório e circulatório; urina sem elementos anormais.

Desinfecção com soluto de borato de sódio alternando com soluto de bicloreto de mercúrio a 1/4 p. 1000.

Cloroformização e extracção de três sequestros pequenos. Drenagens, pensos com os mesmos solutos antisepticos. A supuração mantem-se apesar do rigor dos pensos; usa-se o método de Beer durante vinte minutos.

A cicatrização não se dá.

Começa com a helioterápia — insolação parcial; banhos de duração crescente desde 20 minutos até duas horas, seguidos de irrigações com soluto de borato de sódio e água oxigenada.

Melhora o estado geral, mas localmente, embora haja uma baixa na supuração e tenha perdido o seu caracter flegmonoso, permanece um orificio punctiforme, que por vezes se cobre com uma crosta, aparentando cicatrização total e que outras vezes, destacada ela, deixa sair uma gota de líquido sero-purulento.

Insistiu-se exclusivamente na helioterápia; há dôres surdas, toleráveis. Aflora um pequeno fragmento de ôsso, côr de marfim, que se extráe com uma pinça, e a cicatrização realiza-se em seguida.

A doente fica no serviço durante mais algum tempo

Não houve modificação alguma na cicatriz.

Notícias recebidas ultimamente confirmam a solidez do processo cicatricial.

Observação XXIX

Osteíte do fémur esquerdo com trajectos há 7 anos. — Banhos de Sol: a supuração extinguiu-se, mas o trajecto mantem-se.

E. P., 17 anos, filha de pais saudáveis e sem doença alguma até há 7 anos; tendo experimentado nessa ocasiã o uma dôr forte junto da articulação tibio-tarsica esquerda, estabeleceu-se um processo inflamatório em todo o membro inferior e o pús veiu a coleccionar-se na região supracondiliana interna, onde foi feita uma extensa incisão.

Conservou-se no hospital durante 17 meses, tendo durante êsse tempo aparecido novos focos, um dos quais a meio da região poplítea e outro no lado externo.

Saíu sem estarem cicatrizados e voltou em 26 de setembro de 1914 com trajecto estreito e comprido, que da face antero-externa da côxa se prolonga até ao fémur, que a radiografia revela ter o contôrno dêste lado irregular e de bordos sinuosos.

Supuração muito abundante; côxa musculosa; sem alteração apreciável, sem diminuição de fôrça; e sem dôres.

Banhos de Sol; lavagens de manhã com soluto de borato de sódio.

O pus desapareceu, mas permanece um estreito orifío, que sangra facilmente quando se faz sondagem com estilete. O estado geral é esplêndido.

Continua em tratamento.

Observação XXX

Osteomielite do fémur esquerdo —Posição viciosa da côxa e perna. — Infiltração. — Incisões. — Eliminação de pus. — Banhos de Sol. — Extinção imediata da supuração. — Cicatrização dos trajectos, excepto do inferior. — Movimentos normais. — Bom estado geral.

C. C., 14 anos, informa que os pais e irmãos são saudáveis; que cêrca de dois meses antes de ser internada foi acometida numa noite, depois dum banho frio, por uma dôr muito forte no lado interno da côxa esquerda, acima do côndilo do fémur.

Já não poude erguer-se do leito, onde permanecera até à entrada em C. I. M., no dia 14 de setembro de 1914; apresentava a côxa muito tumefeita, quási cilíndrica e com um volume duplo do normal; flutuação um pouco para fora do lado interno do triângulo da Scarpa; orifício estreito, através do qual irrompe pus em abundância na sede da dôr inicial; em flexão sôbre a o abdomen; impossibilidade absoluta de qualquer movimento.

A pele está tensa, adelgaçada e de côr violácea; fazendo febre muito elevada (39,5 a 40°) a doente vem esquelética, extremamente emagrecida, com inapetência.

Foram feitas incisões nas regiões com flutuação; eliminação de pus com côr de vinho.

Lavagens com soluto de permanganato de potássio.

Banhos de Sol; a supuração extinguiu-se em dez dias; a infiltração foi desaparecendo dia a dia; a imo-

Observação XXXI

Fig. 39 — Osteíte do fémur; joelho em flexão

bilidade restabeleceu-se; a doente começa a alimentar-se bem; a posição viciosa do membro corrigiu-se.

Cicatrização dos trajectos; resta apenas o inferior.

A doente engordou extraordinàriamente.

Observação XXXI

Osteíte do fémur junto da articulação do joelho. — Tuberculização dos tecidos moles. — Joelho em flexão. — Impotência funcional completa. — Dôres atrozes. — Banhos de Sol: cura da massa tumoral.—Extensão da perna e da côxa. — Marcha normal: extensão perfeita.

C. A., 11 anos, C. 1. M.

A. H. — Pais saudáveis.

A. P. — Dôres gastro-intestinais freqùentes.

H. P. — Dois meses antes de ser internada em C. 1. M., o que teve lugar em 5 de janeiro de 1914, sentiu uma dôr insuportável na face externa do terço inferior do fémur esquerdo; apareceu em seguida tumefacção acompanhada de rubor, e por fim ulcerou-se dando saída a pus amarelo, pouco consistente.

Fez então aplicações locais de tintura de iodo; como as lesões avançassem dia a dia e não houvesse por conseqùência, nenhuma tendência à cicatrização dirigiu-se ao hospital.

E. A. — A doente apresenta no local referido uma massa irregular, saliente, com excavações múltiplas, um pouco em favo de mel, de coloração variada, ora avermelhada, ora escura, ora mesmo esbranquiçada, simulando tecidos em esfacelo: a perna está em flexão

sôbre a côxa, sendo impossíveis quaisquer movimentos voluntários sobretudo o de extensão, que provoca dôres atrozes.

Há trajectos fistulosos por meio daquela massa, através dos quais irrompe pus em quantidade forte.

Lavagens de água oxigenada com aplicações locais do iodofórmio.

A doente parece apresentar algumas melhoras, mas de pouca dura, visto que as lesões que se supunham cicatrizadas aparecerem dum dia para o outro novamente ulceradas.

Banhos de Sol. A doente melhora rapidamente; ainda está em tratamento.

Observação XXXII

Periostite do fémur. — Volumosos abcessos na face supero-externa da côxa e ao nível da articulação tíbio-társica. — Trajecto fistuloso estabelecendo a sua ligação. — Banhos de Sol. — Cicatrização rápida.

F. C., 28 anos, C. 1. M., n.º 120, jornaleira, sofre, já há meses, duma dôr permanente, localizada à face supero-externa da côxa direita, que lhe não deixa caminhar.

Ultimamente, não sabendo precisar com rigor há quanto tempo, apareceu naquela região tumefacção, mais ou menos arredondada, sem flutuação apreciável.

Os movimentos da perna ficaram delimitados, recolheu ao leito e um cordão de empastamento se estabelece ao longo da face externa da perna até junto da articulação tíbio-társica.

Observação XXXII

Fig. 40 — A mesma doente ao fim de 4 mêses

A febre era elevada, e pouco a pouco a consistência dura da região empastada foi diminuindo, amolecendo e chega agora ao serviço de cirurgia com um enorme abcesso na sede do sofrimento primitivo e com outro no tornozelo, comunicando entre si pelo extenso trajecto, correspondente ao cordão anteriormente referido.

A pele está prestes a romper, tão ruborizada e adelgaçada se encontra.

A doente chega quási a estado de caquexia, tal a sua magreza e a inactividade dos seus diversos órgãos e aparelhos.

Tendo vivido num quarto, onde não penetrava a luz, apresenta-se estiolada, dum amarelo pálido.

Fazem-se três incisões, correspondentes aos dois focos e à parte média do trajecto fistuloso; pus mal ligado e muito abundante; grande lavagem com soluto de permanganato de potássio.

A temperatura baixou de 39 a 37°,3.

A radiografia revela fenómenos de periostite nos dois terços superiores do fémur; contôrnos irregulares, periósteo muito espessado e de intensidade de coloração diferente na radiografia.

Banhos de Sol; substitue-se aquele antiseptico por sôro fisiológico, alternando com água fervida.

A supuração em pouco tempo se extingue; a faixa de empastamento que ligava os dois abcessos, amolece; reduz-se extraordinariamente e desaparece por completo; cicatrizou em primeiro lugar o orifício superior.

A doente sái do serviço em 16 de setembro com as lesões completamente curadas; o contorno do fémur está regular, embora mais espessado do que o esquerdo.

Observação XXXIII

Osteíte da tíbia. — Eliminação espontânea de sequestros. — Cura pela helioterápia. — Sem perturbações morfológicas nem funcionais.

J. C., C. 1. M., n.º 326.

A. H. — Pais saudáveis.

A. P. — Sem importância.

H. P. — Em maio de 914 sentiu dores na perna direita: a principio pouco acentuadas, permitindo-lhe até a marcha, embora com dificuldade; foram-se agravando depois, e em breve se viu forçado a recolher ao leito; o sofrimento estendia-se da região maleolar ao joelho.

Com a febre surgiu a tumefacção, que dia a dia aumentava sem o mais ligeiro alívio. Foi em seguida puncionada no lado interno, na união do terço inferior com o terço médio; houve apenas eliminação de sangue; apareceram em seguida bôlhas que esvasiadas deram saída a um líquido sero-purulento.

A temperatura não baixava nem tão pouco os sinais dum processo inflamatório intensivo, cada vez mais acentuado; veiu por fim espontâneamente à supuração. Pus abundante, mal ligado, «atrapalhado» na linguagem da mãe do doente.

Observação XXXIII

Fig. 41 — Osteíte da tíbia — Focos múltiplos

Observação XXXIII

Fig. 42 — Curado

Esta descarga trouxe o alívio de tamanho sofrimento; a temperatura diminuiu, a vigilia cessou, e o apetite começou a esboçar-se.

Ensaia diversos tratamentos durante quatro meses, mas não regista melhoras; pelo contrário, novas fistulas se formam, e escorre pus por seis trajectos, de caracteres específicos, em ligação com a tíbia, que se sente por sondagem, desigual, irregular, com sequestros volumosos, isolados, que fácilmente se deslocam.

A magreza é enorme, o apetite nulo, a temperatura elevada.

O doente dirigia-se para uma praia, quando nos consulta e o encontramos no estado descrito. Aconselhamos o tratamento pela exposição solar, mas convenientemente dirigido, porque o estado geral do doente não permitia reacções fortes e nocivas duma terapêutica mal aplicada.

Dá entrada no hospital, e seguem-se à risca as regras anteriormente descritas. As dores não voltam mais, o apetite reaparece, as fistulas eliminam intensivamente grande quantidade de produtos, entre os quais pequenas esquírolas de ôsso, semelhantes a areia, a pele perde o aspecto pálido, macilento e começa a pigmentar-se.

Aparece a um dos orifícios um sequestro; quer romper mas não pode, tal o calibre das fistulas. Tenta-se extraí-lo com uma pinça, e a hemorragia é bastante grande, por fim sempre sái depois dum curto desbridamento feito de propósito.

Decidimo-nos a extraír todos os outros.

Sob anestesia cloroformica, é introduzida uma cureta romba ao longo das fistulas, e com algum tecido fun-

goso veem sequestros de pequenas dimensões e irregulares.

Fazem-se lavagens com água fervida, alternando com sôro fisiológico; continúa avançando sempre na duração da insolação. O estado geral está modificado, e localmente as melhoras são notáveis: a supuração diminuiu, e há gomos carnudos, rutilantes, salientes, denunciando uma actividade desusada no trabalho de cicatrização.

Esta progride até fecharem as fistulas superiores e uma, próxima da linha articular da região tíbio-tarsica.

Toma internamente xarope iodotânico.

Forma-se um pequeno nódulo na região maleolar interna, que amolece e se ulcera: sai pus, dois ou três centímetros cúbicos apenas; os bordos ficaram irregulares e adelgaçados, mas em seis ou sete dias deixa de supurar êste trajecto e dá-se a sua cicatrização.

O doente tem apenas dois orificios comunicantes; o líquido de lavagem entra por um e sái por outro; não há retenção de produtos; ausência de dor, ótimo estado geral; pretende saír, e contra conselho nosso tem alta.

Continua em casa o tratamento, segundo as indicações dadas, mas mal executadas. Chega o inverno; falta o Sol.

Localmente não há melhoras, vem consultar-nos de oito em oito dias; há um novo fóco que abre; principia com a exposição diária ao ar, mesmo que não haja Sol; êste dá ao doente benefícios grandes durante quatro dias: são expulsas espontâneamente duas esquírolas ósseas, uma das quais volumosa em 27 de dezembro. O doente entra de novo, e os pensos cuidadosamente

feitos vão modificando o estado das lesões; sentem-se no emtanto a tíbia rugosa e despolida ainda.

Insiste-se na exposição ao ar durante 3 e 4 horas por dia; a pigmentação da pele continua; o doente marcha e salta; não há o mais suave sofrimento; sem supuração alguma; exsudação sanguínea, ao fim da sessão da cura.

Um novo sequestro da grandeza dum grão de milho é expulso; a perna diminue no seu volume, adquire o tamanho da esquerda e a cicatrisação dá-se em poucos dias.

29 de janeiro. — As cicatrizes estão perfeitas, reduzidas, sem tendência a queloide, lisas, indolores mesmo à pressão. Não há atrofia muscular; ausência absoluta de perturbações funcionais. Esplêndido estado geral; o doente cresceu e engordou 4 quilogramas.

Permaneceu no serviço durante mais 26 dias para verificação da sua cura.

25 de fevereiro. — Saiu; aconselhou-se o uso da helioterápia durante o verão.

Observação XXXIV

Osteíte das duas tíbias. — Trajectos fistulosos. — Desbridamentos amplos e extensos. — Penso a chato. — Cicatrização vagarosa e formação de novos trajectos. — Banhos de Sol. — Eliminação espontânea de sequestros. — Modificação dos caracteres do pus. — Cicatrização completa. — Cicatrizes regulares «souples» e de côr da pele.

C. 2. M. — n.º 186.

Eduarda R. C. — de 13 anos; tem os pais vivos e

saudáveis e quatro irmãos doentes todos, um de enterite, outro com icterícia, e finalmente dois com doença desconhecida.

Houve no seu passado sarampo, aos seis anos, e abcessos vários de que conserva cicatrizes hoje.

Recolheu ao hospital, em 9 de setembro de 913, porque, havia sete meses, fôra acometido por uma dôr muito violenta na perna direita, que se excacerbou no dia seguinte após uma grande marcha a pé.

A temperatura subiu, o joelho tumefez-se, e nêle estava a sede do maior sofrimento; a pele tornou-se luzidia e ulcerou-se, devido em parte à acção caustica da tintura de iodo.

Ao fim de 15 dias, sofreu uma incisão feita pelo médico; supuração abundante.

Decorridos 20 dias, instala-se à esquerda, junto do tornozelo, a mesma simptomatologia.

O médico incisou sôbre a crista da tíbia; a escoante do pus é dificil em tais condições, e por isso veiu a abrir espontâneamente na região justa-maleolar interna.

Febre elevada durante todo êste tempo; a perna esquerda em semiflexão sôbre a côxa.

O doente, que narra nestes termos a sua história pregressa, apresenta no momento de entrada para o hospital cinco trajectos fistulosos extensos, ao longo da perna direita, e em ligação com a tíbia e dois na perna esquerda, que atingem as partes moles e duras que estão trepanadas.

A radiografia constata a existência de sequestro, e por isso são feitas largas incisões com desbridamentos extensos nas duas pernas; eliminação do tecido fungoso

Observação XXXIV

Fig. 43 — Boas cicatrizes

e extracção de sequestros; sem pontos de sutura alguma.

Cura de recalcificação e óleo de figado de bacalhau; a cicatrização vai avançando lentamente, e chega a haver sómente trajectos fistulosos com o aspecto e qualidades dos que existiam antes da intervenção; as lesões encontram-se estacionárias; supuração.

Banhos de Sol; o pus diminue e muda de caracteres; deixa de ser espesso e cremoso, torna-se fluido, seropurulento, e depois fica reduzido a uma exsudação sanguínea; dá-se a eliminação espontânea de sequestros pelo trajecto localisado à cabeça da tíbia direita, e por outro situado sôbre a parte média da crista.

Sai com *boas* cicatrizes à direita: uma na extremidade superior da tíbia, ao longo da crista, outra na face externa da perna e finalmente a terceira na região supra-maleolar interna; à esquerda: cicatriz do lado interno ao nível da origem do tendão de Aquiles e outra um pouco mais acima.

Observação XXXV

Osteíte da tíbia esquerda há 12 anos.—Quatro entradas nos serviços de cirurgia.—Três raspagens.—Três recidivas.—Cicatrização muito longa após as intervenções, 6, 8 e 10 meses. —Internado ultimamente com um trajecto fistuloso, cura só com os banhos de ar e de Sol, ao fim de dois meses e meio.

C. 1. H.
A. de J. — 18 anos, latoeiro.

A. H — O pai tratou-se em C. 1. H., dum abcesso ossifluente do dorso. A mãe possue uma úlcera de estômago.

A. C. — Sete irmãos saudáveis.

A. P. — Aos 6 anos aqueceu a perna esquerda a uma braseira, banhou-se em seguida com água fria; apareceu dor viva, tumefacção e flutuação; foi incisada na parte média, e durante mais de tres meses fez tratamento em casa sem conseguir a cura. Veiu nessa altura ao Banco, onde foi feita outra incisão, junto do joelho; dia a dia fez ali curativos, durante cinco meses; como a cicatrização se não désse, internou-se no hospital, onde foi operado de «raspagem» da tíbia.

Ao fim de 10 meses, saíu com as suas lesões cicatrizadas, mas cicatrizadas apenas superficialmente porque ainda não eram passados tres meses, e um «fole» escuro se formou no meio da perna; entrou para o serviço, onde havia estado e novamente foi «raspado»; a cicatrização só se obteve depois de oito meses de pensos. Saíu, e em 913 entrou no hospital; foi operado de osteotomia no terço inferior da tíbia; «enfumage iodada»; tratamentos com soluto de borato de sódio e água oxigenada; quando a supuração estava muito reduzida, faziam-se aplicações locais de mistura iodada. Teve alta ao fim de seis meses, e saíu aparentemente curado.

Regressou em outubro ao hospital; portador duma extensa cicatriz, que da cabeça da tíbia se dirige à entrelinha articular tíbio-tarsica, trazia na parte média um trajecto fistuloso através do qual era possível explorar com estilete a tíbia, de contôrnos irregulares e rugosos; a supuração era abundante e mal cheirosa.

Pensos com soluto de borato de sódio; banhos de Sol e banhos de ar quando aqueles eram impossíveis. Saiu em 27 de dezembro com a cicatriz perfeita e sólida.

Observação XXXVI

Osteíte da extremidade inferior da tibia.—Eliminação espontânea de sequestros.—Cura pelos banhos de Sol.

A. N., 10 anos entra em C. 1. H. a 29 de maio de 1914

O pai sofreu em criança de reumatismo de Poncet apresentando ainda hoje anquilose dos cotovelos em meia flexão. A mãe saudável é portadora dum lipoma no dorso.

Nada de importante nos seus antecedentes pessoais.

Conta que em fevereiro de 1914, sem que tivesse havido uma causa conhecida, aparecera dor, tumefacção hipertermia, ulceração e supuração na região supra-maleolar interna e à direita.

Recolhido ao leito, com perfeita impotência funcional durante cinco meses, depois de ter tentado variados medicamentos e sem resultado benéfico algum, dirige-se ao hospital, onde dá entrada em completo estado de magreza, verdadeiramente esquelético, de aspecto macerado, febril, com um trajecto fistuloso, correspondente à extremidade inferior da tíbia, através do qual há eliminação de pus em quantidade notável; comunicando com os tecidos duros, deixa perceber as rugosidades e asperezas, que formam a periferia da tíbia. Rubor em

tôrno com hipertermia local e esfoliações da epiderme.

Principia a tomar logo xarope iodotânico, e é submetido a acção das radiações solares.

Em conseqüência dêste terrível estado geral, observam-se com cuidado todos os preceitos do banho de Sol, e dêste modo não houve a constatar qualquer sinal de intolerância ou de reacção exagerada. O estado geral melhora, a olhos vistos; entra com 20 quilos de pêso, sáe com 26,800 quilogramas. Eis a tabela dos pêsos, pelos quais se vê que nos meses de Sol a nutrição aumentava dia a dia, em quanto que durante o inverno se mantinha práticamente estacionária.

29 de junho de 1914	20	quilogramas
12 de agosto de 1914.	22,2	»
21 de agosto de 1914.	22	»
30 de agosto de 1914.	22,5	»
9 de setembro de 1914	23,400	»
16 de setembro de 1914	24	»
27 de setembro de 1914	24,20	»
6 de outubro de 1914	24,600	»
15 de outubro de 1914	25	»
24 de outubro de 1914	25,100	»
3 de novembro de 1914	25,150	»
12 de outubro de 1914.	25,300	»
21 de outubro de 1914	25,300	»
30 de outubro de 1914	25,400	»
9 de dezembro de 1914	25,400	»
18 de dezembro de 1914	25,350	»
27 de dezembro de 1914	25,400	»
6 de janeiro de 1915	25,600	»

Observação XXXVI

Fig. 44 — Osteíte da tíbia — (durante o tratamento)

Fig. 45 — Sequestros eliminados sob a acção do Sol

Observação XXXVI

Fig. 46 — Cicatriz punctiforme

15 de janeiro de 1915	25,650	quilogramas
29 de janeiro de 1915	25,700	»
2 de fevereiro de 1915.	25,700	»
5 de março de 1915.	26,100	»
14 de março de 1915.	25,900	»
23 de março de 1815.	26,800	»
3 de abril de 1915	26,800	»

O rubor cura, a supuração diminue, as dores desaparecem: dá-se a eliminação espontânea de sequestros.

Nos dias seguintes há apenas uma exsudação seropurulenta, que depois se torna serosa e seca, formando uma crosta, que obtura o orifício externo do trajecto e que no começo das sessões de tratamento se elimina com uma gota de álcool.

A cicatrização fez-se definitivamente.

O doente mantem-se no serviço durante algum tempo mais, caminhando e saltando à vontade, sem dor, sem qualquer outra perturbação.

Cura definitiva.

M. A., 14 anos.

Observação XXXVII

Osteíte da tíbia. — Extracção de sequestros. — Eliminação de esquírolas sob a acção do Sol. — Helioterápia. — Cura completa.

M. A. 15 anos.

A. P. — Varíola, otite.

H. P. — Esta doente, que habitualmente andava des-

calça, começou a sentir uma «moinha» isto é, uma dor surda, mas persistente, fixa, que se exacerbava com os movimentos, com a pressão e durante a noite; localizada a princípio ao terço superior da diáfise da tíbia, em breve se generalizou a toda a perna.

Dia a dia, o aumento de volume se tornava mais acentuado; era o ôsso que engrossava, eram as partes moles que se inflamavam, que deixavam perceber a existência de flutuação, que por fim se ulceraram e permitiram a saída de pus em quantidade avultada. Tentou vários medicamentos, sem resultado.

Recorreu ao hospital, entrou em C. 2. M. no dia 27 de setembro de 1913.

E. A. — Há no terço superior da face anterior da tíbia dois orifícios pequenos, de bordos finos, irregulares, descolados, excavados num tecido mole e infiltrado, que dão saída a um líquido sero-purulento e com grumos caseosos.

A sondagem com estilete mostra que a tíbia está trepanada e que no seu interior há uma massa mole, que é atravessada sem dificuldade e sem sangrar.

Adenites na virilha, emmagrecimento, hipertemia elevada; sem lesão pulmonar ou em qualquer outro aparelho. Sem elementos anormais na urina.

Tratamento. — Lavagens diárias, com irrigador, de soluto permanganato de potássio; internamente iodeto de potássio 1 gr. Tintura de acónito 5 gotas, e assúcar granuloso 20 gr. e água destilada 150 gr.

A temperatura baixou, a supuração diminuiu, mas o estado geral não acompanhou estas melhoras.

Em 18 de junho de 1914, reaparecem as dôres, o pus torna-se flegmonoso e abundante; a temperatura

sobe, falta o apetite, as mucosas descoram-se, e a doente apresenta-se esquelética. Nova ulceração da pele no terço inferior e mais uma fistula. Desinfecção com água oxigenada durante dias; depois substitue-se esta terapêutica pela pasta Calot, admnistra-se internamente óleo de figado de bacalhau e hóstias com carbonato de cálcio, fosfato tricalcico e cloreto de sódio. Toda aquela simptomatologia abranda, e ficam duas fistulas, em ligação com um sequestro da tibia reconhecido ao exame radiográfico.

Em 14 de agosto de 1914, extracção sob cloroformização dum longo sequestro duro, condensado, ebúrneo, constituido em parte à custa da crista da tíbia, de alguns pequenos fragmentos ósseos, trabeculares e friáveis e de muitas fungosidades. Lavagem com sôro fisiológico; penso a céu aberto e compressivo. A partir do dia 16, sessões de helioterápia durante 20 minutos, a princípio, e depois uma hora, seguidas de lavagens com água fervida.

A supuração desapareceu, notou-se um rápido e extraordinário trabalho de granulação. A cicatrização segue igualmente da periferia para o centro e de baixo para cima. Eliminação espontânea de duas pequenas esquírolas.

Em 8 de outubro de 1914, a cicatrização é perfeita e completa. A doente mantem-se no serviço, fazendo longos passeios até 15 de outubro de 1914, e não houve o mais ligeiro rebate de cicatriz.

Observação XXXVIII

Osteíte da tíbia. — Duas «raspagens» da tíbia. — Sem resultado. Banhos de Sol. — Cura em poucos meses.

F. de 6 anos de idade, entrou no hospital em 13 de novembro de 1910.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Crises convulsivas em criança, que a mãe não sabe definir; kerato-conjunctivite.

H. P. — Habituado a andar descalço, sentiu num dos dias de setembro de 1909 uma dôr violenta na perna esquerda, acompanhada de febre elevada; o sofrimento aumentou, a tumefação cresceu, e surgiram sinais de flutuação.

Dois meses depois, foi incizado o abcesso; a supuração mantinha-se sem tendência a diminuir, e por isso recolheu a C. 2. M.

Trajecto fistuloso no terço superior da perna esquerda em relação com a tíbia, que se sente desperiostada e rugosa; pus em quantidade; pele ruborizada; bordos do orifício externo do trajecto irregulares e de côr violácea; dôr espontânea e dôr à palpação. Emagrecimento. Temperatura oscilando entre 39° e 37°,5.

Desinfecção diária com soluto de borato sódio e água oxigenada.

Duas colheres de óleo de fígado de bacalhau por dia.

Osteotomia, «enfumage» iodada, desenvolvida à custa de iodofórmio; sutura parcial da solução de continuidade dos tecidos moles; drenagem ampla.

Pensos nos dias seguintes com soluto de bicloreto de mercúrio a ½ p. 1000.

O estado geral melhora um pouco. Temperatura em tôrno de 37°, mas permanece um trajecto, cujo contôrno está debruado com tecido fungoso e através do qual sái uma gota de pus. Procede-se em seguida a uma curetagem com cureta romba, que produz a eliminação dum tecido mole, mucoso que forrava o interior do trajecto, e extráem-se assim pequenos fragmentos de ôsso.

Instala-se um processo erisipelatos, em todo o membro, o qual cedeu ao uso da traumaticina.

Em outubro de 912, *nova intervenção;* a temperatura havia-se elevado, tinham surgido dôres mais fortes. Reconhecia-se a existência de flutuação, bem localizada, e acima do orifício externo do trajecto. Nem um ponto de sutura: os tecidos ficaram amplamente afastados, para se poder vigiar bem a cicatrização. Nem mesmo assim se poude evitar a repetição dos estados anteriores.

Em janeiro de 913 em presença duma perna emagrecida e atrofiada, coberta de cabelos, bastante desenvolvidos, em ligeira flexão, com uma solução de continuidade tórpida, em cujo centro se viam dois pontos através dos quais a expressão dava saída a gotas de pus de aspecto específico, aconselhei banhos de Sol logo que o inverno o permitisse. Poucas insolações poude ter em janeiro e fevereiro; a cura seguiu com maior regularidade em março e principios de abril. Internamente tomou fosfato tricalcico, carbonato de cálcio, cloreto, sódio e magnésia calcinada.

Em 19 de abril de 913, êste doente abandonava o

hospital com a completa cicatrização das suas lesões e sem a mais ligeira perturbação da marcha.

Observação XXXIX

Osteíte da tíbia.— Supuração abundante.—Banhos de Sol.— Aflora á superfície um sequestro muito longo.—Extracção sob anestesia local.—Cura imediata.

M. de J., de 7 anos de idade deu entrada no hospital em 28 de junho de 913; nos seus antecedentes hereditarios e pessoais nada há digno de registo.

Conta que seis meses antes havia sentido uma dôr violenta e continua junto da articulação do joelho direito.

A esta dôr, localizada a princípio a um mesmo ponto e exacerbada com a pressão, seguiu-se uma tumefacção considerável da perna; fez uso de cataplasmas de linhaça, bem quentes, e o barbeiro incizou em duas regiões; deu-se eliminação de pus e pouco tempo depois êste processo inflamatório vinha à supuração espontânea noutro ponto. Quando entrou em C. 1. M., notava-se atrofia muscular muito acentuada desta perna, engorgitamento ganglionar na virilha direita, contractura dos musculos da região posterior, e quatro orifícios ao longo da face anterior da tíbia, orifícios de bordos violáceos, fungosos «en cul de poule». A exploração com um estilete permitiu reconhecer que o ôsso se encontrava desnudado em várias regiões, trepanado noutras, e que havia um sequestro móvel, podendo deslocar-se com

facilidade. Dos trajectos escorria pus seroso, mal ligado.

Temperatura oscilante entre 36°,8 e 38°; oftalmoreacção à tuberculina positiva.

Aconselhei logo a helioterápia; exposição ao Sol da perna durante 20 minutos seguida duma lavagem com água fervida. Em 15 de julho de 913 já a supuração havia diminuido consideravelmente, o estado geral tinha melhorado; aflora a um dos orifícios a extremidade dum sequestro; procurei extraí-lo com uma pinça, mas debalde; o sequestro era grande e o orifício pequeno; no dia seguinte, sob anestesia local, procede-se à sua extracção, para o que bastou incizar a pele de maneira a ligar três dos orifícios: «brossage» suave da cavidade ocupada pelo ôsso sem vida. Sequestro alongado, de 6 cent. de comprimento, irregular, trabecular e livre. Solução de continuidade completamente aberta; exposição diária ao Sol durante meia hora e por fim uma hora, seguida de lavagem com água fervida. O pus cessou, a granulação fez-se duma maneira intensiva, as dôres desapareceram, o estado geral melhorou dia a dia, a contractura de defesa terminou. Em 2 de novembro de 913, a cicatrização é perfeita; a doente marcha sem dificuldade; permanece no hospital até 24 de novembro caminhando de manhã à noite, sem penso, nem tratamento, e não se dá o mais pequeno rebate das suas cicatrizes.

Observação XL

Osteíte da tíbia. — Incisão. — Trajectos fistulosos múltiplos. — Falência de vários processos de tratamento. — Lesões pulmonares ligeiras. — Intervenção para extracção de dois pequenos sequestros. — Trajectos fistulosos átonos. — Banhos de Sol. — Eliminação espontânea de sequestros. — Cura completa.

M. L., de 17 anos, creada de servir, filha de pais saudáveis, teve sarampo na primeira infância; refere na sua história pregressa o seguinte: numa terça feira de junho de 1912 surgiu-lhe bruscamente uma dôr forte, e situada um pouco abaixo do bordo inferior da rótula esquerda; em seguida arrepios e febre, tumefacção imediata da perna e pé sôbre a qual aplicou panos quentes. Ao fim de oito dias veiu à supuração; o pus na linguagem da doente era «aguado e dessórado».

Fez uso durante dois meses de vários medicamentos; as lesões não tendiam para a cura; um novo foco se abriu na união do terço médio com o terço superior da tíbia; recolhe-se então a C. 1. M., e apresenta trajectos fistulosos múltiplos ao longo de toda a tíbia, principalmente na metade superior, a qual está aumentada de volume, sendo êsse aumento de grandeza produzido, já pela infiltração dos tecidos moles, já e principalmente pela hiperostose enorme da tíbia.

A radiografia comprova êste sintoma fornecido pela palpação e mostra mais que existe ao nível do osso doente um aumento da cavidade medular e bem assim uma camada fusiforme de ôsso periósteo novo, que se apresenta de côr menos sombria que as antigas camadas ósseas, ainda não destruidas.

A supuração é muito abundante.

Emagrecimento geral, inapetência, febre.

Murmúrio vesicular do vértice do pulmão esquerdo enfraquecido; nada de anormal nos aparelhos circulatório e digestivo.

Análise de urinas: albumina 0,8 c. por litro, sem outros elementos anormais.

Desinfecção dos trajectos fistulosos com soluto de borato de sódio e água oxigenada. A doente foi melhorando, sobretudo depois da eliminação de dois sequestros; por fim mantiveram-se estacionárias as suas lesões; os orifícios fistulosos são puntiformes, mas através dêles sái espontâneamente uma gota de pus que aumenta com a expressão na região circunvizinha; há tecido fungoso, turgescente, vermelho vivo, sangrando fácilmente, formando o contôrno das fistulas. Durante um mês não há mudança de situação. Experimenta-se a helioterápia; banhos de Sol de meia hora a princípio, e que de oito em oito dias foram sendo prolongados de mais um quarto de hora até atingir em duas horas.

Deu-se a eliminação de pequenos sequestros nacarados, irregulares, que apareciam no penso, sem que fosse necessário praticar a mais insignificante manobra para a sua extracção.

Em meiados de fevereiro só resta um pequeno orifício, colocado sôbre a crista da tíbia na junção do terço superior com o terço médio. A doente resolve saír; continua em casa com a mesma terapêutica; há a eliminação espontânea dum pequeno sequestro, e 30 dias depois a doente volta ao serviço com cicatrização completa.

E creada de servir e nunca mais voltou a sentir qualquer rebate da sua antiga doença.

Observação XLI

Osteíte da tíbia. — Duas operações sob anestesia geral. — Organização de trajectos fistulosos sem tendência à cura. — Banhos de Sol. — Cicatrização ao fim de vinte dias.

M. C., de 15 anos de idade, filha de pais saudáveis tem um irmão portador de tuberculose nos membros inferiores.

Anamnése remota. — Nada digno de referência.

Anamnése próxima. — Dias antes de entrar em C. 1. M., sentiu uma dôr muito forte na cabeça da tíbia esquerda, dôr penetrante, exacerbada durante a noite e que determinou completa impossibilidade funcional do membro inferior dêste lado. Fez aplicação de cataplasmas de linhaça; a temperatura elevou-se, as dôres não se modificaram; resolveu hospitalizar-se.

Exame da doente. — Emmagrecimento, côr terrosa, fácies de sofrimento, prostração grande. Nota-se uma tumefacção acentuada no terço superior da perna esquerda, cujo sistema piloso está consideràvelmente desenvolvido; pele lisa, distendida, prestes a romper-se; rêde venosa superficial dilatada; flutuação nítida; tíbia cilíndrica com o seu volume duplicado; não se reconhece a transição da cabeça para o corpo dêste ôsso. Macro-poliadenites.

Blefarite à esquerda. Diminuição do murmúrio respiratório à direita.

Cuti-reação à tuberculina positiva.

Em 23 de outubro de 912, procede-se à primeira operação; sob anestesia geral, incisões múltiplas e extensas

ao longo da perna, eliminação de grande quantidade de pus de aspecto específico. Curetagem, desinfecção prolongada com soluto de borato de sódio e água oxigenada. Vaporização de iodo, produzido pela termocauterização de iodofórmio, colocado nas soluções de continuidade. Drenagem ampla. Desinfecção nos dias seguintes com o mesmo soluto; duas colheres de óleo de fígado de bacalhau. O estado geral melhora, a supuração diminue; ha diminuição dos fenómenos de infiltração da perna; a posição viciosa do membro corrige-se; a hipertemia diminue, a inapetência desaparece, as dôres cessam.

A estas melhoras, que tiveram lugar no primeiro mês, sucede-se o estacionamento completo da doença: Há três fistulas de bordos fungosos, violáceos, através das quais sái, sobretudo pela expressão da região vizinha, líquido sero-purulento e algumas vezes pequenissimos fragmentos de ôsso — «areia óssea». Faz-se em 29 de março de 913 nova intervenção: desbridamento largo, eliminação do tecido que guarnece as fistulas, alargamento dos orificios de trepanação da tíbia, curetagem do foco intra-ósseo, extirpação de fungosidades, extracção de alguns sequestros de diminutas dimensões. Nos dias seguintes procede-se a uma desinfecção rigorosa da solução de continuidade com soluto de borato de sódio e água oxigenada, para o que era usada uma cánula Janet. Penso a céu aberto.

A supuração é pequena, e o trabalho de granulação é intensivo nos primeiros tempos; ao fim de mês e meio, estamos reduzidos externamente a dois orificios punctiformes, mas rebeldes à cicatrização completa. O estilete mostra que estão em relação com o ôsso por tra-

jectos de três centímetros de comprimento. A doente tem-se mantido no leito. Começa então com insolações parciais de vinte minutos a princípio, e de duas horas por fim. Supressão de todos os antisépticos; sómente lavagens com água fervida. A princípio notou-se um ligeiro aumento de exsudação que tinha lugar principalmente após a sessão de helioterápia.

Êste exsudato, sero-purulento no começo, transformou-se a breve trecho numa gota serosa; o estado geral levantou-se, as fôrças reapareceram, e engordou consideràvelmente.

Em 8 de junho de 913, isto é, ao fim de vinte dias de exposição ao Sol, a doente abandonava o hospital com completa e definitiva cicatrização e sem qualquer perturbação de marcha.

Observação XLII

Osteíte da tíbia. — Trajectos fistulosos. — Banhos de Sol. — Cura.

A. de C. n.º 116, C. 1. M., 19 anos, creada de servir.

A. H. — Pais vivos; a mãe é portadora duma osteíte Morreu há pouco tempo um irmão com lesões osteotuberculosas no braço e pernas.

A. P. — Sarampo no ano passado. Trasorelho. Tumefacção grande e dolorosa sôbre a crista ilíaca antero-superior esquerda, que persistiu durante longo tempo e que conseguiu debelar sem supuração à custa de muitos, variados e repetidos revulsivos locais.

H. P. — Em 9 de maio instalou-se uma dôr, tolerável de começo, insuportável depois, sôbre o terço superior da crista da tíbia; em breve se instala também uma tumefacção grande, que se propaga a toda a perna, havendo ainda edema acentuado.

As dôres tornam-se difusas, reacendendo-se sôbretudo à pressão, ao nível da sede da primeira dôr. Baixa ao leito.

Surgem sinais de flutuação profunda; a pele torna-se luzidia, tensa, e um médico inciza.

Segundo a frase da doente, houve eliminação de muito sangue e pus, talvez antes pus corado de sangue.

Segue o tratamento com lavagens de soluto bórico, com vários outros medicamentos, cuja natureza ignora. Ao fim dum mês durante o qual se fez uma infecção secundária, como se conclue do exame dos caracteres do pus e da análise bacteriológica, interna-se no hospital.

No lugar anteriormente indicado existe um trajecto fistuloso de bordos irregulares, finos, descolados e cianosados; o estilete penetra através da tíbia trepanada, e sente-se no seu interior uma massa de fungosidades, não ha mobilidade, que faça suspeitar a existência de sequestros.

Pus cremoso, mas não abundante; dôr espontânea sobretudo nocturna e à pressão.

Marcha, mas claudica. O estado geral é mau; emmagrecimento, descoramento das mucosas e pele, sensação de cansaço, inapetência, gastralgias freqüentes, diminuição de murmúrio respiratório à direita, pontada abaixo da espinha da omoplata dêste lado; sem elementos anormais nas urinas.

Banhos de Sol seguidos de lavagem com soluto bó-

rico. De começo a exposição não durava mais dum quarto de hora; a doente não reagiu de maneira alguma; elevou-se para meia hora e mais tarde para uma hora.

Houve necessidade de quando em quando de fazer curtas interrupções, porque a temperatura subia à noite. O hábito em breve se adquiriu e a doente suportava até com alegria todo o tempo da cura: a transpiração tornou-se abundantíssima.

No fim da sessão de helioterápia ficava acumulado junto do orifício exterior da fistula um montão duma massa fungosa e purulenta, que o Sol fazia saír e que ali secava.

A pele pigmentou-se muito, a ulcera modificou-se extraordináriamente: tornou-se rubra, granulante com bom aspecto para a cicatrização.

As fôrças levantaram-se, a pele e mucosas coraram-se e o estado geral melhorou imenso.

O trajecto fechou, desapareceram todas as dôres, de maneira que cessou a claudicação.

Saiu curada.

Observação XLIII

Osteíte da tíbia. — Extracção de sequestro muito volumoso. — Banhos de Sol; cura em cincoenta dias com cicatriz linear. — Cura definitiva.

J. B., 6 anos, C. 1. H., n.º 51.

Nada sabe àcêrca dos seus antecedentes hereditários e pessoais.

H. P. — Em maio de 1912 notou que a perna esquerda se ia tornando um pouco mais volumosa ao mesmo tempo que «cançava mais depressa»; só nesta altura principiou a queixar-se de dôres, que se exarcerbavam sobretudo pela madrugada; de manhã com dificuldade se podia conservar de pé e caminhar; durante o dia as dôres socegavam mais e na noite seguinte havia «reprise» da anterior.

A breve trecho o sofrimento torna-se constante e de moderado que era no comêço torna-se depois atrós.

Tumefaz-se muito e rápidamente toda a perna, surge edema no pé, aparece flutuação, a pele apresenta-se fina, como que corroida, ulcera-se. Elimina-se pus em abundância através de cinco orifícios, dispostos ao longo de toda a tíbia. A hipertermia baixa em seguida, as dôres diminuem e ensaia variadíssimos tratamentos.

A cura não se conseguiu; recorre à beira-mar onde está cêrca dum mês.

Sofre ali uma intervenção cirúrgica e conseguem extrair-lhe alguns sequestros; as melhoras são lentas; há muito tempo que tem uma só fístula, mas não tende para a cicatrização.

Dirige-se ao hospital em 6 de fevereiro de 1913 e entra em C. 1. H.

Cicatriz ao longo da crista da tíbia; trajecto fistuloso no terço superior; supuração; tecido fungoso no orifício externo e ao longo do trajecto; tíbia rugosa e volumosa; sequestro móvel; tecidos moles infiltrados; dôr à marcha.

Adenopatia indolor no triângulo de Scarpa: gânglios duros, móveis e múltiplos.

Termocauterização da fístula, incisão linear nos tecidos moles, reconhecimento da existência do sequestro, sua extração; eliminação de fungosidades. Penso a chato.

O sequestro media 4 centímetros de comprimento e 1 e meio de largura; ponteagudo, trabecular.

Lavagens diárias com soluto de borato de sódio e exposição ao Sol a partir de 26 de abril durante meia hora; êste periodo foi aumentando até atingir duas horas; a granulação é intensíssima; pus não existe; as dôres desaparecem por completo.

Parece termos transformado uma lesão tuberculosa numa úlcera não infectada, cuja proliferação celular marcha rápidamente, sem a influência de qualquer excitante.

Suspende-se o soluto de borato de sódio e substitue-se por água fervida.

O aspecto da perna é disforme, porque os bordos da incisão estão muito afastados, em virtude da abundância de tecido de neoformação.

Continuam os banhos de luz solar e faz-se dia a dia o penso, comprimindo circularmente para evitar o afastamento das partes moles.

O doente levanta-se ao vigésimo dia: marcha sem dificuldade.

Continua de pé sempre e ao fim de cincoenta dias a cicatrização está completa: a retracção dos tecidos deu-se de maneira tal que a linha cicatricial tem 3 milímetros de largura e é rectilínea.

Êste doente foi já observado depois de ter tido alta e mantêm a sua cura.

Observação XLIV

Osteíte da tíbia, curada ao fim de quatro anos. — Novas manifestações há um ano; banhos de mar; sem resultado. — Banhos de Sol; cura.

M. L., 24 anos, C. 1. M., n.º 152.

A. H. — Pai falecido há quatro anos com tuberculose pulmonar. Mãe viva, pouco sadia e portadora em tempos passados de osteíte do húmero. Cinco irmãos dos quais um sofre de tuberculose óssea.

A. P. — Há doze anos osteíte da tíbia esquerda com eliminação de sequestros e persistência grande de fístulas das quais conserva cicatrizes. Durante dois anos esteve em casa impossibilitada de trabalhar, internou-se no hospital de Montemór durante dois anos, não deixando de fazer em nenhum ano a sua cura marítima. E só decorrido êste tempo, conseguiu ver a cicatrização dos trajectos, bem-estar que não foi duradoiro.

H. P. — Há cêrca de um ano foi surpreendida de noite por uma dôr, já do seu conhecimento, localizada à extremidade inferior e anterior da tíbia esquerda, dôr que só cedia a banhos de água muito quente. Voltou a hospitalizar-se em Montemór e fez uso durante quatro meses de compressas quentes. Dali foi enviada ao serviço da Técnica Cirúrgica com a nota dum médico de que era indispensável sofrer uma intervenção sangrenta.

Reconhecida a sua inoportunidade, aconselhou-se um tratamento de Sol à beira-mar durante dois ou três meses.

Em 29 de julho de 1913, depois de ter estado quinze dias na Figueira entra em C. 1. M., queixando-se de que a perna estava muito tumefeita, o que não era exacto, e que a acção do Sol lhe era verdadeiramente insuportável, porque sofria a sensação de queimadura.

E. A. — Há sôbre a face anterior da perna esquerda numerosas cicatrizes, signais da sua tuberculose antiga, cicatrizes bem formadas e de aspecto sólido. No terço inferior reconhece-se tumefacção dos tecidos moles, com rubefacção, hipertemia local, dôr e bem assim um aumento de volume da tíbia na região correspondente, o que é confirmado pelo exame radiográfico; sem flutuação, nem qualquer trajecto fistuloso.

Apesar das informações da doente, fica sujeita sómente à helioterápia; exposição ao Sol durante uma hora nos primeiros quinze dias após o período de adaptação; a partir do dia 14 de agosto de 1913 tem insolação total de meia hora e insolação geral de duas horas.

Sem medicação interna.

Não voltou a ter dôres e os fenómenos de periostite foram seguindo na sua cura sem qualquer perturbação. Sai em 29 de setembro, isto é, ao fim de dois meses sem qualquer sinal objectivo ou subjectivo que nos faça suspeitar da existência ainda de qualquer lesão. A doente caminha durante horas sem que a pele da perna, muito pigmentada acuse infiltração.

Observação XLV

Osteíte da tíbia e peróneo. — Sete trajectos fistulosos. — Helioterápia. — Eliminação espontânea de sequestros. — Cura completa. — Magnífico estado geral.

M. C., 7 anos, C. 1. M., n.º 243, entrou em 6 de maio de 1914.

A. H. — Não sabe dar informações.

A. P. — Sarampo. Adenites cervicais das quais conserva cicatrizes.

H. P. — Em tempos, que não precisa, teve dôres na perna direita, dôres que subsistiram durante algum tempo sem qualquer sinal apreciável. Apareceu depois tumefacção, rubor, hipertemia local e geral que foram combatidos com aplicações quentes.

Colecciona-se pus; forma-se uma ulceração da pele que lhe dá saída e em extrema abundância.

Outros focos abrem e a breve trecho se contam cinco trajectos fistulosos ao longo da face anterior e supramaleolar da tíbia e dois sôbre o peróneo, na ligação do terço superior com o terço médio.

Ensaia variadas terapêuticas; nenhuma delas dá resultado; recolhe a C. 1. M.; além do estado local anteriormente descrito há a mencionar uma atrofia bastante sensível de todo o membro inferior direito, que se apresenta estiolado, macilento, com desenvolvimento considerável do sistema piloso e dilatação da rêde venosa superficial.

Adenites inguinais, indolores e numerosas. Crostas no coiro cabeludo. Facies adenoide; perna em contractura suave sôbre a côxa. Dôres.

Começou no dia 7 a sua cura ao ar até 10 de maio. Neste dia teve já a primeira sessão de Sol aos pés durante cinco minutos; a 11 esta região foi insolada durante dez minutos e as pernas durante cinco minutos, tendo havido o cuidado de abrigar as lesões sob uma gaze.

Ao fim de quinze dias a doente principiou a estar durante duas horas sob a acção do Sol.

Fig. 47. — Cicatriz perfeita.

Insolação total. Não houve reacção febril anormal, nem rebate dos diversos órgãos e aparelhos.

A supuração diminuiu extraordináriamente. Lavagens de borato de sódio com irrigador de manhã. Durante os banhos exsudava uma espécie de matéria caseosa.

Em 29 de julho eliminação expontânea dum sequestro pelo trajecto inferior situado dois centímetros acima da entrelinha tíbio-társica.

Foi interessante a observação da marcha progressiva do sequestro que aflorou ao orifício externo e foi saindo durante dois dias até que se libertou e caiu durante um banho de Sol para o solo.

Em 20 de agosto eliminação doutro sequestro trabecular por um trajecto correspondente ao peróneo; arredondado, irregular tem a grandeza dum feijão.

Apesar da existência dêstes sequestros, a quantidade de pus é diminuta, contràriamente ao que estavamos habituados a ver: quási sempre a persistência de supuração forte, apesar de pensos antisépticos, era sinónimo de sequestro para ser expulso.

Os trajectos fistulosos cicatrizam completamente; as crostas formadas eliminam-se por si, não aplicamos vaselina para facilitar a sua queda.

Na cicatriz superior da crista da tíbia, aparece um ligeiro aumento de volume e há uma menor consistência numa área de meio centímetro de diâmetro; parecia que outra ulceração estava em via de formação.

A helioterápia continua e tudo desapareceu.

A doente conserva-se no serviço até 5 de outubro de 1914.

Sai com as cicatrizes lisas, aderentes ao periósteo da tíbia, pouco extensas. Sem alteração alguma na marcha. Magnífico estado geral. Aconselhou-se a continuação da terapêutica usada.

A acção do Sol sôbre a temperatura era muito irregular. Assim nos dias 12, 13 e 14 de outubro teve temperaturas depois do Sol, superiores sempre a 37°, apesar da temperatura antes da insolação ser inferior ao normal.

Nos dias 15, 18, 19, 20, 21 e 22 a reacção mediata e imediata depois da cura era sempre inferior à temperatura antes do banho; não se dá isto no dia 23 para voltar a repetir-se em 24, 25 e 26.

Observação XLVI

Osteíte da tíbia direita. — Banhos de Sol. — Eliminação espontânea dum pequeno sequestro. — Cura completa.

A. J., 4 1/2 anos, C. 1. H., n.º 176.

Osteíte da tíbia direita na parte média. Eliminação dum pequeno sequestro.

Banhos de Sol.

Cura completa.

Entrou em 24 de junho de 1914 e saíu em 13 de agosto de 1914.

Observação XLVII

Osteíte da tíbia. — Banhos de Sol. — Eliminação espontânea do sequestro. — Cura.

L. dos S., 14 anos, C. 2. M., n.º 284.

Informa que a mãe é saudável e do pai nada sabe, visto ter morrido já há muitos anos.

Nos seus antecedentes nada há digno de registo.

A história pregressa da doença, que motivou a sua entrada no hospital em 25 de abril de 1914 é simples: desde janeiro dôres suaves junto da articulação tíbio-társica esquerda, que se agravavam com a marcha; em fevereiro mergulhou as pernas e pés em água fria; dôr em seguida, bastante violenta à esquerda, na região maleolar interna; tumefacção, febre, impossibilidade de marcha.

Observação XLVII

Fig. 48 — A doente acaba de extrair um sequestro que o Sol trouxe até à superfície da pele

Fig. 49 — Sequestro eliminado sob a acção do Sol

Observação XLVII

Fig. 50 — Cura perfeita e completa

Aplicação, durante alguns dias, de cataplasmas de linhaça; incisão, tendo saído apenas sangue através da solução de continuidade, só mais tarde um líquido purulento, mas mal ligado, conspurcava o penso.

O pus mudou depois de aspecto e de quantidade: tornou-se espesso, amarelado e abundante.

A febre mantinha-se e a doente emagrecia, na linguagem da mãe, «a olhos vistos».

Resolveu internar-se e as notas tomadas então a respeito do estado actual dizem resumidamente o seguinte: ulceração de seis centímetros de comprimento, de bordos irregulares, adelgaçados, violáceos, na região supramaleolar interna, deixando ver a extremidade inferior da tíbia, aumentada de volume e rugosa, o que se verifica também pela palpação.

Dôr espontânea e exacerbada pela pressão.

Descolamento para a face posterior, onde se acumula pus.

Dificuldade dos movimentos da articulação tíbio-társica, que se encontram delimitados na amplitude e provocando sofrimento.

Temperatura vesperal oscilando entre 38 e 39.

Mau estado geral; palidez, emmagrecimento, anorexia, constipação de vèntre.

Diminuição do murmúrio respiratório à esquerda.

Nada de anormal nos outros orgãos ou aparelhos.

Urinas sem elementos anormais.

A radiografia confirma os dados expostos.

Em 1 de maio de 1914 inicia-se a helioterápia: banhos locais de cinco minutos repetidos três vezes por dia, aumentando dia a dia sem rebate de qualquer parte do organismo.

A supuração diminuiu extraordinàriamente ao fim de cinco ou seis dias. Um exsudato branco aparecia todas as manhãs a cobrir os gomos carnosos, que se apresentam em perfeito estado de atonia. A pigmentação vai aumentando à medida que o estado local vai melhorando.

Não se fez nenhuma intervenção cirúrgica.

O descolamento apresenta-se de pequena grandeza e o trabalho cicatricial avança; o estado geral modificou-se por completo.

Temperatura inferior sempre a 37°,5.

Em 1 de dezembro de 1914 a doente há meses que apresenta um pequeno orifício, punctiforme na séde primitiva da sua lesão, com granulações vermelhas, turgescentes, sem supuração.

Havia por certo sequestro em via de eliminação, que de facto foi expulso expontâneamente como a nossa gravura representa em 1 de janeiro de 1915.

Em poucos dias mais completou-se a cicatrização.

Permaneceu no serviço até 21 de janeiro de 1915 para contraprova da solidez da cicatriz.

A doente caminha de manhã à noite sem o mais leve sinal, ou sem a mais insignificante perturbação.

Observação XLVIII

Osteíte da tíbia direita. — Trajectos múltiplos. — Volumoso sequestro extraído sob anestesia. — Banhos de Sol; cura.

M. do R., C. 1. M., filha de pais saudáveis veiu no dia 9 de dezembro de 1914 ao hospital porque há mais

Observação XLVIII

Fig. 51 — Osteíte — em tratamento

Observação XLVIII

Fig. 52 — Quatro mezes depois

de 1 ano e meio foi acometida por uma dôr na cabeça da tíbia direita que foi seguida de «tumor, rubor, calor e dôr». Doze a quinze dias depois apareceu uma ulceração da pele do lado interno e abaixo da articulação do joelho, outra sôbre a crista da tíbia, uma terceira na parte média, e três mais na face posterior e interna da perna.

A supuração era muito abundante; a tumefacção imensa, as dôres intoleráveis, o emmagrecimento extremo, a febre elevada e por isso consegue ser internada em C. 1. M.

Ao estado anteriormente descrito há a acrescentar apenas a existência do tecido fungoso revestindo externa e internamente os trajectos fistulosos, correspondentes às ulcerações referidas.

A tíbia está em jogo, porque o seu volume é demasiadamente grande e é tocado pela sondagem através dos orifícios.

A radiografia revela a existência dum sequestro que é quási toda a tíbia, isolado, mobilizável.

Extráe-se por uma incisão longitudinal, irregular, tangente aos orifícios mencionados e extráe-se o grande sequestro como quem se limita a extraír um simples corpo extranho.

Penso a chato; não se dá um ponto de sutura, não se faz uma laqueação; operando com fita de Esmarch, como é nosso hábito nas osteítes e fazendo em seguida um penso compressivo, a hemostase fica feita.

Os banhos de Sol ou os banhos de luz teem sido empregados ininterruptamente.

A cicatrização está quási concluida; tem avançado com regularidade; não há supuração alguma.

O estado geral melhorou a olhos vistos; a doente caminha já livremente, sem o mais ligeiro incómodo.

Observação XLIX

Osteíte da tíbia esquerda. — Supuração espontânea; desbridamentos extensos e por diversas vezes. — Antisepticos variados. — Banhos de Sol; nunca experimentou tantas melhoras.

J. M. M., 14 anos, C. 1. H.

P. H. — Pai com impaludismo.

A. C. — Oito irmãos que tiveram sarampo.

A. P. — Sarampo aos 10 anos; impaludismo aos 11 anos.

H. P. — Há mais de dois anos dôr intermitente e espontânea junto do maléolo interno da perna esquerda e «estalidos» na articulação tíbio-társica.

Êste estado agravou-se pelo facto de se haver molhado; apareceram então arrepios e febre, tumefacção, rubor, calor, dôr e impotência funcional.

Aplicações quentes, supuração espontânea sôbre a linha média, região anterior, acima da entrelinha articular tíbio-társica.

Retido o doente no leito durante três meses, apareceu supurando sempre, um novo orifício, acima da séde inicial da dôr, tendo havido eliminação de pequeníssimos fragmentos de tecido ósseo.

Recolhe ao hospital; durante quatro meses permanece no leito com temperatura elevada; são feitas várias incisões ao longo de toda a perna e extração de algumas esquírolas.

Passados tempos, nova intervenção da qual conserva duas cicatrizes, uma longitudinal, no terço médio, e outra oblíqua, situada cinco centímetros acima do maléolo interno.

Novos focos se abriram, colocados agora no terço superior da tíbia e um pouco para fóra da linha mediana.

O doente apresentava três fístulas quando começou a usar a insolação total: um do lado interno na parte média da perna e duas mais acima, através das quais escorria pus cremoso e abundante.

Tinha tentado vários antisépticos, diversos tópicos locais e nenhum tratamento lhe deu as melhoras que últimamente tem experimentado, desde que todo o seu organismo foi submetido à acção das radiações solares.

Continuou internamente a tomar, o que já fazia há muito, óleo de fígado de bacalhau e duas hóstias por dia, com o seguinte conteúdo: carbonato de cálcio, vinte centigramas; fosfato tricálcico, trinta centigramas e magnésio calcinado, cinco centigramas.

Saíu completamente curado em 1 de maio de 1915.

Observação L

Osteíte da tíbia, abcessos múltiplos. — Eliminação de esquírolas. Banhos de Sol; quási curado. — Engordou 9,5 kilogramas em oito meses.

J. de A., 14 anos, C. 1. H., n.º 119, tem um irmão que «sofre do peito».

Nos seus antecedentes pessoais nada há digno de registo.

Conta a história progressa da sua doença de hoje da seguinte forma: há dois anos pouco depois de ter banhado as pernas com água fria sentiu na perna direita dôres violentas, hipertemia e cefaleia, sintomatologia esta que se agravava durante a noite.

Instalou-se um processo inflamatório, que foi incizado ao fim de um mês; eliminação de pus amarelo claro; ficou retido no leito durante sete meses; como o estado local não melhorasse e o estado geral se agravasse dia a dia, veiu para o hospital, onde deu entrada em 2 de outubro de 1913.

A perna com um perímetro duplo do perímetro da perna esquerda, trajectos fistulosos múltiplos dos quais sai pus em extrema abundância; a radiografia revela a existência de volumosos sequestros, uns em via de eliminação outros ainda invaginados na tíbia.

Em 5 de outubro de 1913 é feito um longo debridamento com eliminação do maior número possível de esquírolas sem haver a preocupação de as extrair todas, nem tão pouco de eliminar tudo o que houvesse de mórbido.

Dois abcessos, um na região ínfero-interna da tíbia e outro no dedo grande do pé, são incizados também.

Penso a chato; sem um ponto de sutura sequer; larga solução de continuidade desinfectada todos os dias com irrigações de soluto de borato de sódio e água oxigenada.

A cicatrização foi avançando no meio duma exsudação sero-purulenta abundante.

É submetido então aos banhos de ar e de Sol tendo

melhorado progressivamente e sendo notável a acção cicatrizante e estimulante da regeneração celular dos tecidos moles.

Internamente tem tomado óleo de fígado de bacalhau.

O trabalho cicatricial tem avançado com regularidade e hoje apresenta uma extensa cicatriz, longitudinal na região anterior da tíbia, bem como outras correspondentes aos abcessos referidos; presentemente existem apenas dois pequenos trajectos, um sôbre a cicatriz e outro do lado interno da perna, acima da região maléolar; sem supuração; nem dôr; o doente anda sempre em movimento.

O estado geral é esplêndido; no dia 12 de agosto pesava 36 quilogramas, em 30 de abril pesava 45,5 quilogramas, quer dizer, engordou 9,5 quilogramas em oito meses.

Observação LI

Osteítes das duas tíbias. — Trajectos fistulosos múltiplos. — Banhos de Sol. — Eliminação de sequestros. — Quási curado.

J. M. do C., 16 anos, C. 1. H.

A. H. — Pai com ascite; mãe com ataques freqüentes.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Sarampo aos 6 anos; pneumonia esquerda aos 10 anos; impaludismo aos 13 anos.

H. P. — Em abril do ano findo, ao regressar a casa, do trabalho sentiu uma dôr intensa no maléolo interno

da perna esquerda. A marcha tornou-se difícil e por fim impossível.

A tumefação foi aumentando e ao fim de oito dias foi incizada na séde da dôr inicial; eliminação de pus.

Dias depois formaram-se em tôrno três orifícios correspondendo a trajectos fistulosos.

O processo inflamatório propagou-se até ao terço médio da perna e nesse estado deu entrada no hospital.

A cicatrização dêstes últimos focos deu-se rápidamente, mas em outubro outros apareceram: um no terço inferior da face anterior da tíbia e o segundo três centímetros acima do maléolo externo. A supuração era abundante.

As lesões estenderam-se também à perna direita; em fins de outubro, quando veiu tempo chuvoso, instalou-se uma dôr não muito violenta, mas persistente na região anterior da tíbia situada três centímetros abaixo do bordo inferior da rótula; veiu em seguida tumefação e por fim supuração através do trajecto fistuloso; tratado com cuidados de asepsia, cicatrizou sem demora.

Eis que aquela sintomatologia se repete, passado pouco tempo, de modo a formar-se um novo orifício, para fora do anterior.

É submetido aos banhos de Sol e em setembro elimina-se um sequestro de meio centímetro de comprimento; em outubro um outro mais comprido e muito estreito.

Os sinais de inflamação abrandam e os trajectos fistulosos da perna direita cicatrizaram últimamente depois de terem dado saída a um pequeno sequestro, que havia sido reconhecido no exame radiográfico.

As lesões à esquerda teem melhorado muito e presentemente existe um estreito orifício, situado dois centímetros acima do maléolo externo e outro dois centímetros abaixo do maléolo interno; rodeados ambos por pele lisa e luzidia, fortemente pigmentada.

O estado geral é magnífico; toma internamente óleo de fígado de bacalhau.

Continua em tratamento.

Observação LII

Osteíte da tíbia esquerda. — Banhos de Sol. — Eliminação de sequestros. — Em tratamento.

J. C., 11 anos, C. 1. H., n.º 216, entrou em 28 de janeiro de 1915 tendo tido dias antes dôres fortes na perna esquerda, que se exacerbavam durante a noite; veiu depois a tumefacção, rubor e impossibilidade de mover a articulação do joelho, bem como a perna.

Apresenta dois focos no terço superior da face anterior da perna dos quais irrompe pus espesso e cremoso; temperatura elevada.

Banhos de luz e de Sol; eliminação duma esquírola delgada e comprida.

Continua melhorando; não tem febre; as lesões não supuram e o estado geral é bom; aumentou de pêso 2,400 quilogramas; a solução de continuidade que resta está reduzida a uma úlcera simples.

Observação LIII

Osteíte da tíbia esquerda. — Extração de sequestros. — Cicatrização em três meses e meio.

M., 6 anos, C. 1. H., n.º 214, não dá informações algumas a respeito dos antecedentes hereditários, pessoas e história progressa.

Entrou no hospital em 5 de janeiro de 1915 com numerosos focos ao longo de toda a perna, aumentada consideravelmente de volume supurando imenso, com temperaturas elevadas e portador de sequestros múltiplos, que se apreciam pela sondagem e cuja existência é confirmada pelo exame radiográfico.

Hipertemia elevada; o doente faz por vezes 39°,5.

No dia 8 de janeiro faz-se uma incisão ao longo da tíbia que se encontra transformada em sequestro; destaca-se com uma pinça sem a mais ligeira exérese de tecidos moles ou duros.

Penso a chato depois de irrigadas as lesões com soluto bórico. Injecção de sôro fisiológico.

Banhos de luz e de Sol; a temperatura começa a baixar, uma ou outra vez há uma elevação térmica, a supuração extingue-se, a granulação é intensa, os tecidos cheios de vida sangram fácilmente e hoje há apenas uma estreita solução de continuidade não excavada, ao nível dos tecidos circunvizinhos, sem supuração alguma, cuja cicatrização se conseguirá em quatro ou cinco dias.

O estado geral é bom.

Observação LIII

Fig. 53 — Osteíte da tíbia — extracção de sequestro

Observação LIII

Fig. 54 — Dois mêses depois

Observação LIV

Osteíte da tíbia esquerda.—Metade da tíbia em via de eliminação. —Banhos de Sol.—O sequestro isolou-se em seguida.—Banhos de luz e de Sol.—Penso chato.—Melhoras surpreendentes.

A. P., C. 1. H., n.º 213.

Entra no serviço em 4 de janeiro no estado que a figura 1 representa: tíbia desperiostada na sua metade superior, dando ao toque a sensação de corpo extranho, rodeada dum banho de pus, que irrompe de focos múltiplos, mal cheiroso, esverdeado, com falsas membranas, que cobrem os tecidos sem vida.

Infiltração de toda a perna, grande edema, dando-lhe um volume triplo do da outra perna; dilatação venosa superficial muito acentuada.

Grande ulceração no dorso do pé, de bordos irregulares e cobertos de pseudo-membranas e exsudando pus em abundância.

Temperaturas muito elevadas; péssimo estado geral.

Esquelético, não come e não dorme, sofrendo constantemente.

Banhos de luz e de Sol.

É feito o desbridamento de alguns abcessos ao longo da perna e mais tarde tirado o sequestro, que estava destacado e em vésperas de eliminação; encontrava-se já solto, móvel e não foi preciso fazer quaisquer incisões para que saísse com a maior facilidade.

Penso a chato; irrigação com soluto de borato de sódio.

Internamente tomou a fórmula de recalcificação de Ferrier e óleo de fígado de bacalhau.

As melhoras teem-se acentuado dia a dia e é surpreendente a modificação que o doente apresenta hoje, quer sob o ponto de vista geral, quer sob o ponto de vista local (fig. 1 *bis*).

Observação LV

Osteíte da tíbia esquerda. — Focos múltiplos. — Numerosos sequestros. — Banhos de Sol; sua eliminação. — Cura rápida.

A. S. — Deu entrada no hospital em 29 de julho de 1914 e saiu em 26 de março de 1915.

A. H. — Pais saudáveis.

A. C. — Irmãos sadíos.

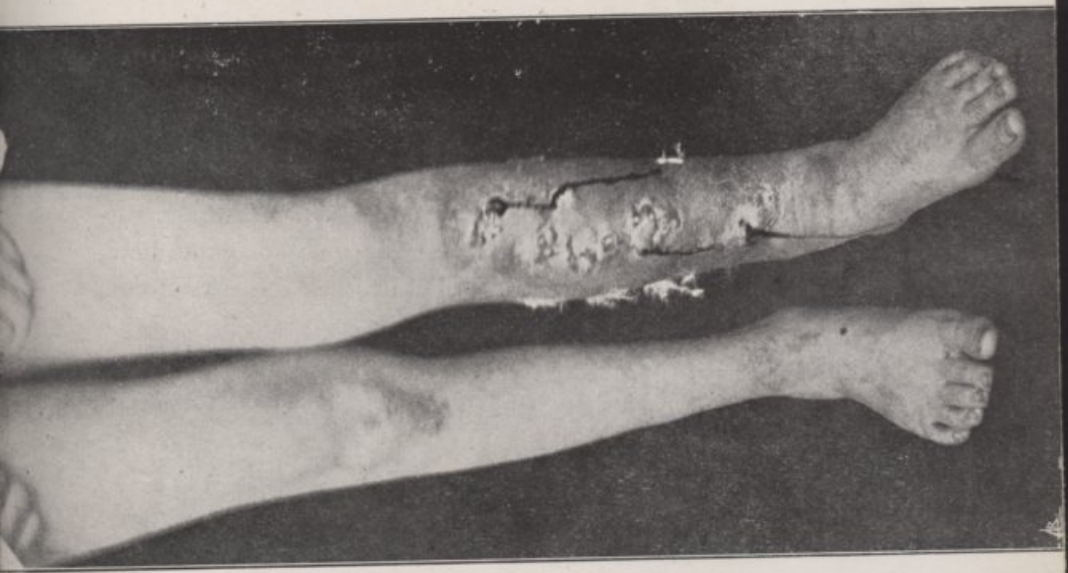
A. P. — Escrofulose, anginas freqùentes.

H. P. — Conta que em fevereiro de 913 sentira dores vagas em tôrno da articulação tíbio-társica esquerda; tumefacção em seguida, depois flutuação e por fim supuração.

Hipertemia elevada.

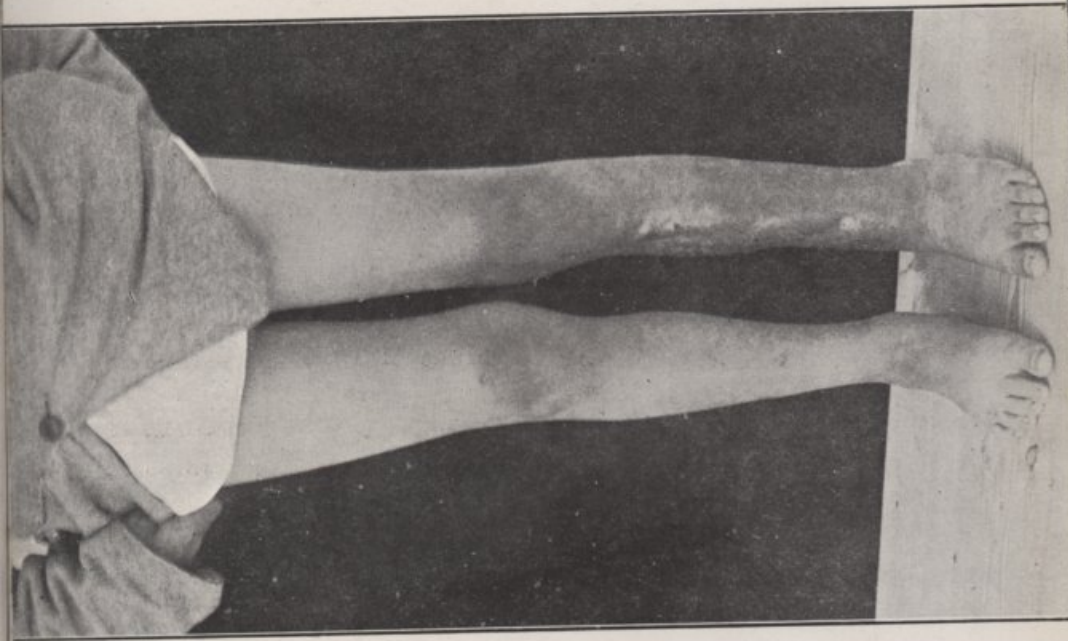
Por indicação do médico e dum curandeiro empregou medicamentos sem conto, mas não havia alteração sensivel do estado do doente.

E. A. — A figura mostra bem a desproporção no volume das duas pernas uma das quais, a esquerda, está cheia de trajectos fistulosos, multiplos, comunicando entre si, em ligação com a tíbia e que, de quando em quando expulsam pequenas esquírolas.



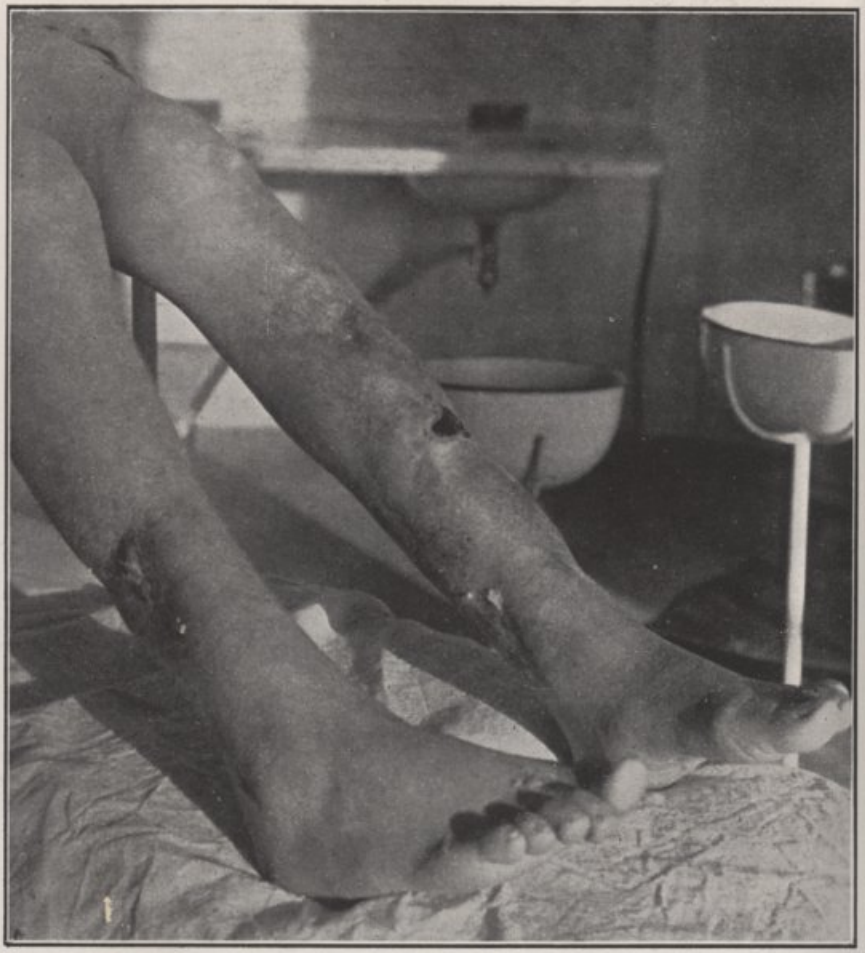
BSERVAÇÃO LV

Fig. 55 — Osteíte da tíbia. Focos múltiplos



BSERVAÇÃO LV

Fig. 56 — Cura pelo Sol



Observação LVI

Fig. 57 — Osteíte da tíbia; já em tratamento

Observação LVI

Fig. 58 — Osteíte da tíbia. Cicatrização perfeita

Procedeu-se à sua eliminação; penso a céu aberto. Banhos de Sol: houve de começo, porque não seguiram à risca as indicações dadas, uma reacção febril muito elevada, que se manteve durante dois e três dias; emquanto assim esteva conservou-se no leito.

A cicatrização foi avançando sempre com muita regularidade.

Ás melhoras locais corresponderam melhoras gerais.

Saíu completamente curado.

Observação LVI

Osteíte da tíbia. — Banhos de Sol. — Cura.

M. C. — Hospitaliza-se em janeiro de 1914 em C. 1. M.

A. H. — O pai era um pulmonar; a mãe morreu há muitos anos, ainda nova e de doença desconhecida.

A. C. — Duas irmãs falecidas com tuberculose pulmonar.

A. P. — Impaludismo em creança.

H. P. — Há um ano e meio instalaram-se no terço superior da face anterior da perna esquerda umas «bolhas, que ora supuravam, ora cicatrizavam».

Tendo aparecido com dores tais lesões, em breve se tornaram indolores. Novos focos se formaram e em breve a solução de continuidade ao longo da perna se tornou extensa e a tíbia, irregular, deu sinais de que estava comprometida por êste processo.

Tratamentos diversos conseguiram fazer cicatrizar

freqùentes vezes parte das lesões, emquanto que outras surgiam desde a região maleolar interna até junto da extremidade superior da tíbia.

Nêste estado se internou.

E. A. — As irregularidades do contôrno da perna são manifestas; as cicatrizes são numerosas, quási todas aderentes ao periósteo, tendo o tecido cicatricial côr e aspecto cianosados.

A supuração não é abundante.

O exame radiográfico mostra também que o volume da tíbia está fortemente aumentado de grandeza, que o periósseo apresenta irregularidades várias.

O estado geral é péssimo; pele e mucosas completamente brancas de cêra; diminuição do murmúrio respiratório à esquerda, pequenas ralas; tosse, expectoração, cuja análise duas vezes feita não revelou bacilo Koch.

Sem elementos anormais nas urinas; descarga grande de fosfatos.

Depois de ter ensaiado, como dissemos, inumeras medicações ensaia os banhos de Sol, metódicamente aplicados, de modo a empregar a insolação total e beneficiar, o que de facto sucedeu, as suas lesões pulmonares.

A doente sai em janeiro de 1915 completamente curada sob o ponto de vista local, sem sinais estetoscópicos de valor.

Observação LVII

Fig. 59 — Osteíte da tíbia; extracção de sequestros