Observação LVII

Fig. 60 — Cura completa

Observação LVII

Osteíte da tíbia; grande aumento de volume. — Numerosos sequestros. — Sua extracção como se fossem corpos estranhos. — Banhos de Sol. — Cura.

J. D. — De 18 anos interna-se em setembro de 1914 no serviço de Técnica Cirúrgica.

Trabalhador rural, habituado a dormir no campo e muitas vezes directamente sôbre o solo, conta que sentia de quando em quando arrefecimentos, que se manifestavam por dôres em tôrno das articulações dos joelhos.

Esta sintomatologia abrandava durante o dia até que sucedeu uma daquelas dôres tornar-se fixa sôbre a tíbia direita.

Não há revulsivos, nem calmante que não tivesse aplicado, mas o sofrimento não cedia; apareceram em seguida os restantes sinais da inflamação e por fim supuração à qual um médico deu saída.

Os trajectos multiplicam-se sobretudo no terço superior; há hiperestose volumosa; supuração abundante; sofrimento violento e dêste modo dá entrada naquele serviço.

Convencidos pela sondagem de que existiam sequestros, fizemos um desbridamento amplo, enuclearam-se as muitas esquírolas ósseas encontradas, algumas até na espessura de tecidos moles e por fim confiamos ao Sol o resto.

Com efeito, o trabalho de granulação foi intenso e a cicatrização deu-se. O doente, ao entrar no hospital, queixava-se de dôres de joelho, dificuldade de movi-

mentos e aumento de volume: êstes sinais desapareceram para se acentuarem mais tarde, por isso se aplicou um aparelho de extensão contínua e imobilização em goteira.

A mancha clara no terço inferior da perna representa a região não insolada, em virtude de fixação do aparelho de extenção.

Cura completa.

Observação LVIII

Osteíte da tíbia esquerda. — Fócos múltiplos. — Banhos de Sol. — Cura.

M. E. de 14 anos.

Não se lembra de ter traumatizado a perna esquerda, mas, andando habitualmente descalça, caminhara uma manhã de inverno sôbre geada.

Sentira então grande arrefecimento e na noite seguinte não poude dormir com dôres muito violentas, que da extremidade dos dedos do pé se estendiam até à côxa.

Não poude mais levantar-se; a tumefacção foi enorme; formou-se fluctuação ao longo da perna, que um medico incizou em várias regiões.

Um pus «aguado», como a doente informa, conspurcava nos primeiros dias o penso, mas mais tarde mudou de feição e tornou-se de maior consistência e amarelo.

Hospitalizou-se então em C. 1. M. num estado de que

Observação LVIII

Fig. 61 — Osteíte da tíbia. Focos múltiplos

Observação LVIII

Fig. 62 — Três mêses depois

a figura não dá ideia, porque foi tirada cêrca de 1 ano após a entrada.

Banhos de Sol.

Houve a eliminação de pequenos sequestros por todos os trajectos; procedeu-se um dia, mesmo sem anestesia geral com cureta romba à eliminação de fungosidades.

A cicatrização deu-se em três meses.

Cura completa.

Observação LIX

Osteíte da tíbia esquerda. — Eliminação espontânea e extracção de volumosos sequestros. — Banhos de Sol. — Cura em tres meses e meio. — Estado geral ótimo.

M. E. F.

Vem para o hospital depois de ter consultado muitos médicos, que recomendam uma operação urgente, cujo adiamento poderá determinar, dizem, mais tarde uma amputação de perna.

A supuração era abundantíssima, a temperatura elevada, o estado geral péssimo; dôres articulares e periarticulares violentas.

Recolheu ao seu leito; perna e pé em imobilização dentro duma goteira de arame; exposição ao ar durante os primeiros tempos; supressão das mechas lombricoides, que «rolhavam» os trajectos e que produziam um descolamento apreciável ao longo do terço inferior da perna, onde o pus era reprezado.

Irrigações com água fervida e às vezes soluto de boráto de sódio com água oxigenada.

Internamento óleo de fígado de bacalhau.

As melhoras começaram a esboçar-se, quer sob o ponto de vista local, quer sob o ponto de vista geral.

Um mês depois toda a sintomatologia alarmante havia desaparecido e sente-se logo à entrada do trajecto inferior um sequestro, visível até quando se entreabrem os bordos com uma pinça.

Procede-se nessa altura à sua extracção.

Penso a céu aberto. Banhos de Sol.

Tudo se modificou: o apetite é grande, a doente alimenta-se bem, o pus extingue-se e a cicatrização progride com rapidez.

Três meses e meio depois a doente sae completamente curada e com ótimo estado geral.

Observação LX

Osteíte da tíbia esquerda. — Pé eqüino. — Banhos de Sol. — Extracção de sequestros. — Cura completa.

M. C. — C. 2. M.

Esteve internada no hospital mais dum ano com osteíte da tíbia; teve duas intervenções com desbridamentos amplos, osteotomias largas, de molde a tentar eliminar tudo o que houvesse de patológico.

Ora melhor, ora peior não havia maneira de fazer cicatrizar os trajectos fistulosos, nem tão pouco de sus-

Observação LIX

Fig. 63 — Osteíte da tíbia

Observação LIX

Fig. 64 — Três mêses e meio depois

Observação LX

Fig. 65 — Osteíte da tíbia. Pé equino

Observação LX

Fig. 66 — Quatro mêses e meio depois

tar a invasão da osteíte, que de quando em quando elaborava sequestros, que íam sendo extraídos.

Em agosto de 914 vae a banhos de mar, onde se conservou um mês.

As lesões agravaram-se consideràvelmente; a tumefacção aumentou; o pus tornou-se muito mais abundante; e numa das pernas, dôres fortes, infiltração até ao pé; maior regidez da articulação tíbio-társica e sua posição em equinismo.

Depois de ter sido internada de novo, continua com a helioterápia, que já havia experimentado algum tempo e com bom resultado antes de ir para a beira-mar.

Todos aqueles sintomas se abatem e aflora ao orifício duma das fistulas um volumoso sequestro.

Desbridamento para a sua extracção.

Banhos de Sol em dóses progressivas; mobilização da articulação tíbio-társica; correcção do desvio.

A doente cura ao fim de quatro meses e meio; agora já poisa o pé no solo, pode marchar e percorrer grandes distâncias.

Observação LXI

Osteíte do peróneo. — Focos múltiplos, sequestros volumosos. — Resecção do peróneo. — Trajectos fistulosos. — Pasta de Beck. — Método de Beer. — Sem resultado. — Banhos de Sol. — Cura.

M. G. — 24 anos, (C. 1. M. n.º 45) creada de servir.

Tem nos seus antecedentes hereditários fenómenos de escrofulose e de kerato-conjunctivite, e o seu próprio passado tem sido fertil em bronquites de repetição, gastro-enterites e poliadenites.

Há cêrca de 3 anos que vem sofrendo duma osteíte do peróneo esquerdo, cujo volume presentemente é igual ao da tíbia.

Ao longo de toda a perna há numerosas cicatrizes, correspondendo a numerosos trajectos, que ora abrem ora fecham, através dos quais várias vezes se tem dado eliminação de sequestros.

Restam tres, circulares, revestidos de tecido fungoso, rodeados de pele fina e violácea, exsudando pus em quantidade, e comunicando com o peróneo, muito acidentado, isolado dos tecidos moles, sem periósteo e dando ao toque uma sensação especial.

O exame radiográfico confirma os sinais descritos e

permite reconhecer a existência de focos múltiplos, situados ao longo de todo o ôsso: os fenómenos de osteoperiostite são sobretudo muito acentuados no terço superior da perna.

A tíbia conserva-se intacta.

Há dôres, que se exacerbam durante a noite.

Esteve no uso de irrigações com soluto de borato de sódio e água oxigenada.

Chegou-se à convicção de que nada se conseguiria sem uma intervenção cirúrgica.

Procede-se então à resecção do peróneo, o que se fez sem dificuldades de maior, visto se encontrar num leito de fungosidades.

Sutura; drenagens.

A cicatrização não foi completa; formou-se um pequeno trajecto no meio da linha cicatricial; não supura, não exsuda, mas não cicatriza. Muda-se de líquido antiséptico, espaçam-se os curativos.

Recorre-se ás injecções da pasta de Beck e a fistula não se obtura definitivamente.

Faz-se mesmo sem anestesia um curto desbridamento e com a cureta investiga-se da existência de qualquer fio de sutura que entretenha êste estado.

Não se encontra; eliminam-se apenas algumas fungosidades. Fazem-se tratamentos com sôro fisiológico e ao fim de vinte dias, após a curetagem, assistimos à cicatrização, que foi só aparente, porquanto oito dias depois, surgiu o mesmo trajecto.

Esgotados aqueles meios, empregamos o método de Beer. A radiografia nada nos mostra que esclareça semelhante situação e também não se obtiveram quaisquer melhoras.

Só nesta altura se puseram de parte todos os meios empregados; sujeitámos então a doente à helioterápia.

Os banhos de Sol vão aumentando progressivamente de duração, e ao fim de *15 dias* tinhamos uma cicatriz que ainda hoje dura.

A doente tinha entrado em 7 de novembro de 1913 sái em 15 de novembro de 1914 completamente curada.

Observação LXII

Osteíte do peróneo esquerdo; cura pela helioterápia

J. C. C. — 12 anos. Figueira da Foz.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Dois irmãos saudáveis.

A. P. — Adenites inguinais, tendo supurado as da virilha direita.

H. P. — Há nove meses foi surpreendido durante a noite por uma dôr não muito forte, mas persistente, localizada ás proximidades da articulação tíbio-társica esquerda. Manteve-se durante dias; apareceu em seguida uma tumefacção pequena de começo, mas que pouco a pouco foi crescendo até se tornar insuportável.

Foi feita aplicação de pensos quentes durante bastantes dias e por fim o médico incizou à altura do terço inferior do peróneo esquerdo. Não se lembra se houve saída de pus.

Decorridos dias, recolheu ao hospital, porque o médico julgava indispensável e urgente uma «raspagem».

E. A. — Tendo dado entrada nos Lázaros em 21 de março de 1914, recebeu transferência para C. 1. H. em 21 de abril de 1914, onde se apresentou com uma solução de continuidade no lugar indicado, e bem assim com um trajecto fistuloso na união do terço médio do peróneo com o seu terço inferior, de 4 centímetros de comprimento e dirigido de baixo para cima.

Reconhece-se pela inspecção um notável aumento de volume dos tecidos moles, e pela palpação verifica-se que aquele ôsso deve ter uma secção quási igual à da tíbia, cujas dimensões são normais.

Da sondagem se conclue que o peróneo se encontra despolido, rugoso, irregular.

Dôr espontânea e aumentada com a pressão.

Atrofia muscular de todo o membro inferior, sobretudo da perna. Movimentos da articulação tibio-társica dolorosos e delimitados.

Pé em posição eqüina. Emmagrecimento geral. Inapetência. Hipertemia geral, oscilando entre 39° e 37°,3.

Nada de importância nos diferentes aparelhos.

Ausência de elementos anormais nas urinas.

Tratamento. — As lavagens de soluto de borato de sódio, usadas nos Lázaros, são substituídas por banhos de Sol aplicados regular e metódicamente. Tendo começado em 23 de abril de 1914, as melhoras foram aumentando, à medida que a duração da insolação aumentava também.

Em 12 de maio o pus desapareceu quási por completo, e as lesões apresentam-se rutilantes, sem exsudato e sem atonia. O estado geral atesta já os esplêndidos efeitos da helioterápia; as mucosas readquiriram a côr normal, o organismo apresenta-se um pouco mais nu-

trido, o apetite voltou, os intestinos regularizaram-se e a temperatura tem diminuido. Ultimamente já não se eleva acima de 37°,8.

30 de maio de 1914. — Sob o ponto de vista geral e local constata-se um avanço grande para a cura.

A insolação, que é total, demora quatro horas, bem tolerada sempre.

Não tornou a ter dôres. Pigmentação fortíssima; a pele está bronzeada; durante o banho há uma sudação abundante.

15 de julho de 1914. — Os trajectos cicatrizaram de todo; formou-se uma cicatriz linear e longitudinal, tendo havido simultâneamente uma diminuição extraordinária do volume da extremidade inferior do peróneo.

20 de agosto de 1914. — O doente saíu; a cicatriz formada há mais de um mês, com excelente aspecto. Marcha bem e sem a mais leve dificuldade. Aconselha-se a continuação desta terapêutica, que fácilmente se pode pôr em prática mesmo na praia da Figueira.

Observação LXIII

Osteíte da extremidade inferior do peróneo

J. R. — (n.° 75, C. 1. M.) 17 anos, creada de servir.

Conta-me que os pais já faleceram e de doença desconhecida e que os quatro irmãos, que hoje possui, são saudáveis; a seu respeito diz ter tido apenas impa-

ludismo há mais de 5 anos o que não é de estranhar pois, vive em Alfarelos, região sezonática por excelência.

Não se tem calçado e parece ter tido apenas, durante toda a sua vida, um par de sapatos que não eram da sua simpatia. Habituada a andar descalça, sujeita-se freqùentemente a sofrer resfriamentos, e foi precisamente depois de um dêles — em pleno inverno — que a doente foi surpreendida e dolorosamente por uma tumefacção, que da articulação do joelho se estendeu até ao pé.

A marcha é vagarosa e lenta; só muito depois de um mês a tumefacção se desenvolveu, principalmente em torno das regiões maleolares, de maneira a tornar-se necessário fazer uma incisão na região pre-maleolar interna, a qual deu saída a abundância de pus, cujos caracteres não sabe descrever.

É nestas condições que resolve hospitalisar-se.

Observada à entrada, constatou-se a existência duma úlcera junto do maléolo externo e esquerdo, com os bordos irregulares e descolados, lívidos e finos, de fundo dessorado e com um orifício puntiforme, que servia de saída a pus, que se formava junto do ôsso, como a sondagem no-lo demonstrou.

Dias depois da entrada coleccionou-se pus ao mesmo nível, mas do lado interno, originando um abcesso de congestão, pequeno, que foi incisado.

Os tecidos moles estão muito infiltrados, o esqueleto aumentado de volume.

Há dôr à pressão, que aumenta com a marcha.

Sem alterações de articulação, apenas os movimentos

um tanto dificultados pelo que se passa na região periarticular.

Temperatura subindo raras vezes acima de 37°.

Aparelho respiratório e circulatório sem nada que mereça menção especial.

Ausência de elementos anormais na urina.

Esteve desde a entrada, em 14 de janeiro de 1913 até 20 de março com pensos de soluto de bicloreto de mercúrio a 1/4 p. 1000, alternando com pensos de soluto de borato de sódio e água oxigenada.

Embora a dôr tivesse diminuido e o pus fosse em menor quantidade, a tumefacção mantinha-se no mesmo estado, os trajectos não mostravam tendência para cicatrizar, havia massas fungosas; os óssos rugosos e o aspecto «cul de poule» dos orifícios fazia suspeitar que existiria algum pequeno sequestro a manter a supuração e a retardar a cura.

Em 20 de março de 1913 faz-se um pequeno desbridamento e curetagem das fungosidades.

Anestesia local com soluto de novocaina-adrenalina.

Lavagens com soluto borato de sódio; banhos de Sol de meia hora de duração; o tempo da exposição ao Sol foi aumentando até atingir duas horas.

O pus desapareceu, a infiltração foi-se reduzindo vagarosamente, e em poucos dias ficamos reduzidos a uma úlcera simples com uma actividade de granulação surpreendente, havendo necessidade de cauterizações repetidas e sucessivas com nitrato de prata.

A doente retira do serviço em 9 de abril de 1914, isto é, com vinte dias de tratamento, e completamente curada. Examinada há poucos meses verificou-se que a cicatrização havia sido perfeita e definitiva: a cicatriz

um pouco retraída, em *godet,* sem propensão para a queloide está aderente aos tecidos profundos.

Caminha, diz, como se nunca tivesse estado doente.

Observação LXIV

Periostite da tíbia. — Fragmentação do peróneo por osteíte. — Resecção total do peróneo. — Trajectos fistulosos post-operatórios, rebeldes à cicatrização. — Banhos de Sol. — Educação dos movimentos do pé. — Cura completa sem qualquer perturbação articular.

A. O. — n.º 74, C. 1. H.) 9 anos.

A. H. — Sem valôr.

A. P. — Escrófulas; temperamento linfático.

H. P. — Há 6 ou 7 meses, dôr, febre, tumefacção, supuração, ulceração dos tecidos correspondentes ao peróneo direito.

Eliminação de muitas esquírolas; tratamentos variados.

Perna muito volumosa, sistema piloso muito desenvolvido, seis orifícios em *cul de poule* ao longo do peróneo que dão saída a pus em quantidade, pus cremoso, espêsso e pequenas esquírolas. A exploração com estilete mostra-nos a falta de ôsso no terço superior; no terço inferior está rugoso, desperiostado, dando ao toque o som característico de sequestro, e apresenta-se com a espessura da tíbia, o que é confirmado plenamente pela radiografia. Na região supramaleolar externa há a cicatriz dum trajecto fistuloso.

O pé em extensão, sendo impossível leval-o a formar um ângulo recto com a perna.

Movimentos de lateralidade dolorosos.

Febre, emmagrecimento, inapetência, impossibilidade da marcha, não conseguindo sequer apoiar o pé no solo.

Pensos quentes e repetidos de soluto de bicloreto de mercúrio; a supuração contínua a ser em grande abundância, a febre alta e as dôres violentas.

Fazem-se irrigações através das fistulas, e tem duas curas diárias de Sol de meia hora cada uma. Foi notável a acção analgesiante e anti-supurativa desta terapêutica; com efeito, o doente só se queixava agora de dôres ligeiras durante os tratamentos, e o pus, que outrora repassava as camadas espêssas de algodão, é em muito menos quantidade; eliminados muitos sequestros, alguns trabeculares, irregulares, friáveis e outros apreciáveis pela palpação constituindo a chamada areia óssea.

A palidez, o emmagrecimento, o aspecto febril e a inapetência foram substituídos por um bom estado geral; dá-se a cicatrização de dois orifícios superiores, mas os inferiores permanecem com aquele aspecto especial, que denuncia a existência de esquírolas ou sequestros, que ainda não poderam ser eliminados.

A expressão em massa da perna produz a saída de mais pus através das fistulas.

Procede-se a novo exame radiográfico, e constata-se que o peróneo foi totalmente destruido na extensão de cinco centímetros; da diáfise falta o terço superior, e os dois terços restantes apresentam em algumas regiões espessura superior à da tíbia, de contôrnos sinuosos, fenómenos de hiperestose, de eburnização em uns pontos, e de destruição noutros.

Sinais de periostite intensa na face interna da tíbia. A família do doente insiste em o levar do hospital, porque não pode sustentar o seu internato por mais tempo.

Resolve-se em face disto e porque êle já se encontra em condições de operabilidade, o que não sucedia antes das insolações solares, fazer a resecção total do peróneo.

Resecção total; linha de incisão irregular, porque houve o intuito de a fazer seguir pelos orifícios das fistulas, de maneira a eliminar o tecido que as forrava; infiltração tuberculosa dos tecidos moles, massa de fungosidades muito volumosa; peróneo incompleto e desperiostado; as extremidades dos segmentos esquirolosos irregulares, pus em abundância; o terço inferior com periostite; peróneo trepanado através de cujos orifícios saía pus.

Seccionado longitudinalmente, viu-se que a cavidade medular se encontrava de dimensões exageradas, em quanto que as paredes, corroídas por um trabalho intensivo interno de rarefacção, estavam finas, adelgaçadas, reduzidas quási a uma lâmina óssea.

A cavidade medular, séde duma medulite veiu a encher-se de fungosidades e de alguns pequenos sequestros parcelares.

A epífise inferior está tambêm *gonflée*.

Eliminação cuidadosa de todo o tecido patológico; a expressão deixa sair dos interestícios musculares blocos de fungosidades; desinfecção demorada com água oxigenada; sutura, drenagem.

Cicatrização por primeira intenção nos dois terços inferiores; permaneceu um trajecto no terço inferior, correspondendo a um dos drenos.

Irrigação com soluto borato de sódio a 4 p. 100 e

água oxigenada; supuração diminuta, mas sem tendência para cicatrizar; por vezes sai pus muco-gelatinoso; a perna ainda volumosa, sem febre.

Começa com a cura de Sol; banhos de meia hora a princípio e de uma hora por fim; ensaios de mobilização para combater a rigidez articular tibio-társica; só as primeiras manobras foram dolorosas; a pele ruboriza-se e pigmenta-se; os musculos perdem a flacidez e robustecem-se; a exsudação purulenta diminue, e, passado tempo, cura; os movimentos da articulação tibio-társica não são perfeitos, em virtude da falta de peróneo, mas não o prejudicam na marcha que se faz bem; corre, salta sem qualquer outro sintoma que relembre a doença passada.

Sái do Hospital; um ano depois é observado; maravilhado com a acção benéfica do Sol, faz sessões de insolação total; o seu linfatismo desapareceu; *habitué* da beira-mar, faltou já nestes dois anos, sem que o seu organismo se houvesse resentido.

Observação LXV

Osteíte do peróneo. — Trajectos fistulosos. — Banhos de Sol. — Eliminação espontânea de sequestros. — Cura.

J. C. — 15 anos, 30 de janeiro de 1915.

A. H. — Pais com saude.

A. C. — Dois irmãos saudáveis.

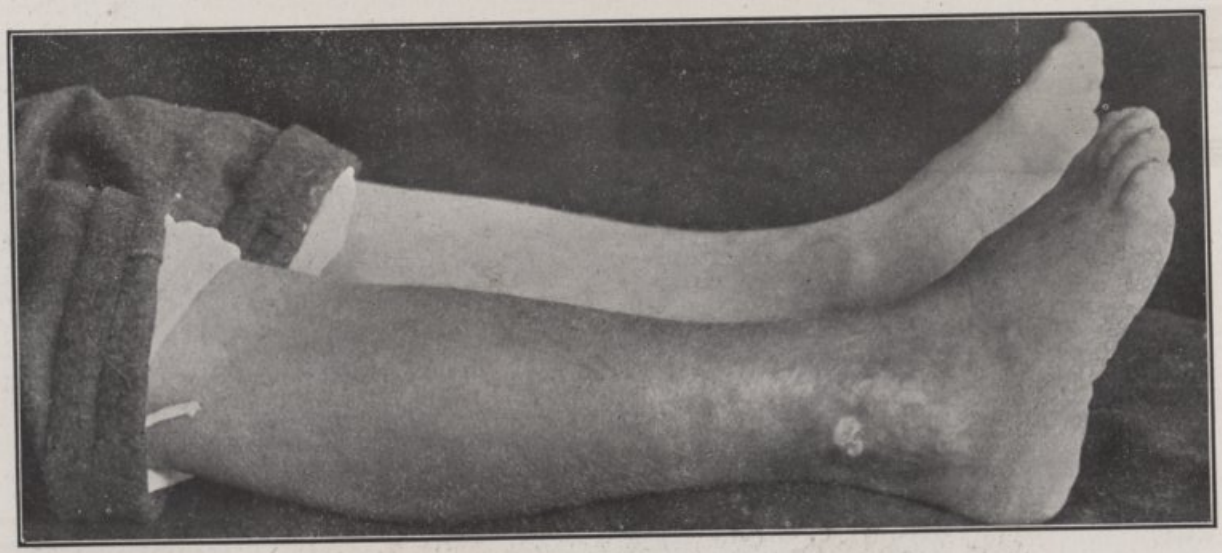
A. P. — Nenhum de importância.

H. P. — Em novembro sentiu dôr na região supra-maleolar externa da perna direita; tumefacção em se-

Fig. 67 — Osteíte do peróneo

Fig. 68 — Sequestros eliminados sob a acção do Sol

OBSERVAÇÃO LXV



Observação LXV

Fig. 69 — Mês e meio depois

guida; incizada por um médico, houve apenas saída de sangue escuro.

Sem tendência para a cicatrização, dirigiu-se ao fim de cêrca de dois mezes para êste serviço, onde se apresenta no seguinte estado:

Tumefacção grande na região articular tíbio-társica, que se estende ao longo do dorso do pé e da perna até à sua parte média; ulceração em tôrno do maléolo; trajecto fistuloso, que vai até ao peróneo, séde da lesão principal e através da qual sái pus pela compressão sôbre o tendão de Aquiles.

Impossibilidade de caminhar; dôres que aumentam quando tenta apoiar-se sôbre o pé dêste lado. Pesa 46,5 quilogramas.

Banhos de ar e de Sol; lavagens apenas com água fervida; supressão de todos os antisépticos; sem qualquer medicação interna.

Cicatrizes pequenas, extraordináriamente reduzidas, e finas. Marcha normal. Pesa 48,900 quilogramas.

Observação LXVI

Osteíte do peróneo; dois trajectos fistulosos. — Lavagens com soluto de borato de sódio e água oxigenada. — Aparecimento já no hospital de novos focos. — Osteotomia. — Cinco fistulas. — Banhos de Sol, cicatrização de três; restam duas sem supuração.

C. 2. M. — n.º 147.

V. R. A. — filha de pais saudáveis e com uma irmã mais nova sadia.

Nunca esteve doente até 910, ano em que lhe apareceu na cavidade poplítea direita, dôr, rubor e tumor.

Incisão no terço superior da face posterior da perna; pus em quantidade; cicatrização em seguida.

Novo foco na parte média da face externa.

Tratamentos diversos; ora melhor, ora peor não conseguia curar.

Dirigiu-se então ao hospital; entra em C. 2. M.

Apresenta dois trajectos fistulosos sôbre o peróneo, e em ligação com êle.

Usou pensos com soluto de borato de sódio e água oxigenada; a perna aumentou de grandeza, a supuração tornou-se mais abundante, e novos focos por várias vezes se abriram; o estado local agravou-se pois, e o mesmo aconteceu ao estado geral.

Osteotomia do peróneo; desbridamento; eliminação do tecido fungoso; penso a chato.

Cura de recalcificação.

As melhoras são muito lentas; a cicatrização dos tecidos moles progride de baixo para cima, mas ficam por fim cinco trajectos fistulosos.

Banhos de Sol; dá-se a cicatrização de três trajectos fistulosos, dos quais conserva ótimas cicatrizes; restão dois, de orifício externo punctiforme, muito estreitos, que não supuram, e que por vezes se conservam cobertos com uma crosta.

Caminha; não há dôr, nem pus; não mais se formaram novos focos.

Supressão do penso; a doente marcha, conservando sempre a pele da região doente em contacto com o ar.

Observação LXVII

Osteíte do peróneo.

A. F. — 14 anos. (T. Cirurgica).

A. H. — O pai suicidou-se por envenenamento. A mãe teve durante muito tempo um trajecto fistuloso num dos dedos do pé direito, que determinou a sua amputação. Um irmão com osteíte de côxa.

A. P. — Escrofulose na primeira infância; enterites freqùentes.

H. P. — Quatro meses antes de dar entrada no hospital foi obrigado a recolher ao leito, porque sentia uma fadiga grande nos membros inferiores; poucos passos bastavam para que o sofrimento do pé se tornasse impossivel; as dôres, embora não fossem violentas, eram incómodas, persistentes e vinham acompanhadas de impotência muscular.

Êstes fenómenos, difusos de começo, acentuaram-se sobretudo nas faces externas das pernas direita e esquerda. Febre à tarde, e a inapetência surgiu em seguida.

As pernas começaram a engrossar, as dôres vão aumentando de intensidade, e junto do maléolo externo direito, passado bastante tempo, divisa-se um adelgaçamento grande de pele, que está rubra, distendida e prestes a abrir.

Um médico termocauteriza, e vai acompanhando dia a dia o tratamento, que segue arrastadamente até obter a cicatrização, que foi antecedida pela eliminação duma esquírola óssea.

Foi bem de pouca dura, pois, não tardou o aparecimento duma «borbulha» no vértice inferior da cicatriz, que dia a dia se foi agravando até atingir o estado actual. Ao mesmo tempo que êstes factos se passavam, outra sintomalogia análoga aparecia e se desenvolvia na perna esquerda; evolução em seguida da osteíte até à fistulização.

Presentemente nota-se na região supra-maleolar externa e direita a existência da pele luzidia, fina, distendida e com um trajecto fistuloso na parte média, dando saída a uma massa de tecido fungoso, que se encontra muito turgescente e elevada acima dos tecidos circunvizinhos. Êste trajecto, através do qual já sairam dois pequenos sequestros, tem um centímetro e meio de profundidade e está em comunicação com o ôsso rugoso e talvez com sequestro.

Não há mais descolamento algum, e o pus tem um aspecto flegmonoso. À esquerda observa-se o mesmo: trajecto fistuloso de 1 centímetro de profundidade, que se estende até ao peróneo, que o exame radiográfico mostra estar irregular e escavado numa pequena área.

Dôres fortes, pêlos das pernas muito desenvolvidos; emmagrecimento e atrofia musculares. Sem elementos anormais nas urinas, fosfatúria, e diminuição da taxa de ureia (10 gramas em 24 horas).

Diminuição e rudeza de murmúrio vesicular à esquerda, expiração prolongada e alta — adenopatia no triângulo de Scarpa.

Lavagens diárias com soluto de borato de sódio a 4 p. 100 e água oxigenada; drenagem.

Não há alteração apreciável; o estado geral e local

manteem-se; resolve-se intervir cirurgicamente em 2 de fevereiro de 1912.

Incisões amplas e longitudinais nos tecidos moles para se operar a céu aberto: no ôsso havia, sobretudo à direita, um pequeno orifício; é aumentado com goiva e martelo, de maneira a poder introduzir-se o dedo indicador. Esvaziamento em seguida das fungosidades e de um sequestro minusculo à direita.

As cavidades ósseas são cuidadosamente limpas, porque todo o tecido de aspecto suspeito é eliminado à custa duma cureta de Volkman de goivas.

As lesões à esquerda eram um pouco mais limitadas, no entanto dirigiam-se até junto da extremidade inferior do peróneo neste trabalho de curetagem foi necessária toda a atenção para que não perfurassemos a camada envolvente e exterior daquele ôsso e assim conseguissemos uma comunicação prejudicial com a articulação tibio-társica. O termo cautério tocando os tecidos moles, limitrofes do ôsso atingido garantem a antisepsia bacilar.

Drenagem; penso compressivo intra e extra-ósseo; havia-se usado durante a operação o tubo de Nicaise Empregou-se tambêm gaze polvilhada com iodofórmio.

Clorofórmio Adrian; sem acidentes nem incidentes.

Ao fim do 3.º dia levanta-se o primeiro penso e fazem-se irrigações abundantes de água oxigenada com soluto de borato de sódio.

A granulação é viva à esquerda; a cicatrização prosegue com certa rapidez; à direita sucede o inverso: os tecidos apresentam pouca vitalidade; tórpidos, de aspecto cianosado, exalam ao levantar o penso um

cheiro desagradável; substitue-se aquele soluto por um de permanganato de potássio a 1 p. 1000 e bem quente.

Ao décimo dia aparece, cêrca de um centímetro acima do vértice superior da incisão, um pequeno trajecto, puntiforme através do qual «escorre» pus; a sondagem leva-nos à superfície do peróneo, que está rugosa e irregular.

Ao longo duma sonda cánula deixam-se cair umas gotas de mistura iodada, e êste penso repete-se dia a dia. Sem febre, excepto nêste último dia, em que a temperatura subiu a 37°,8.

O estado geral melhorou, para o que contribuiu também o uso de xarope iodotânico.

As dôres foram cedendo pouco a pouco, e em breve aquelas lesões ficaram reduzidas a trajectos fistulosos estreitos, é certo, mas muito profundos, e sempre permitindo a passagem duma sonda até aos tecidos duros.

Apesar dos maiores cuidados de asepsia e antisepsia não se consegue debelar o pus por completo. Estamos por assim dizer no *statu quo ante*.

Ao fim de 60 dias de internato, o doente sái sem estar curado; vái um ano à Figueira; permanece ali durante dois meses, e as suas lesões não cicatrizam: vem mais tarde consultar-nos, e aconselhamos loções das pernas com soluto de borato de sódio e exposição ao Sol durante uma hora e, mais tarde, durante duas.

Foram suspensos os drenos e as irrigações; assim simplificamos os curativos, de maneira a poderem ser feitos sem dificuldade por qualquer pessoa; aconselhou-se também a marcha.

O doente procurou-nos há meses; está robusto e tem duas belas cicatrizes, duras, consistentes, aderentes

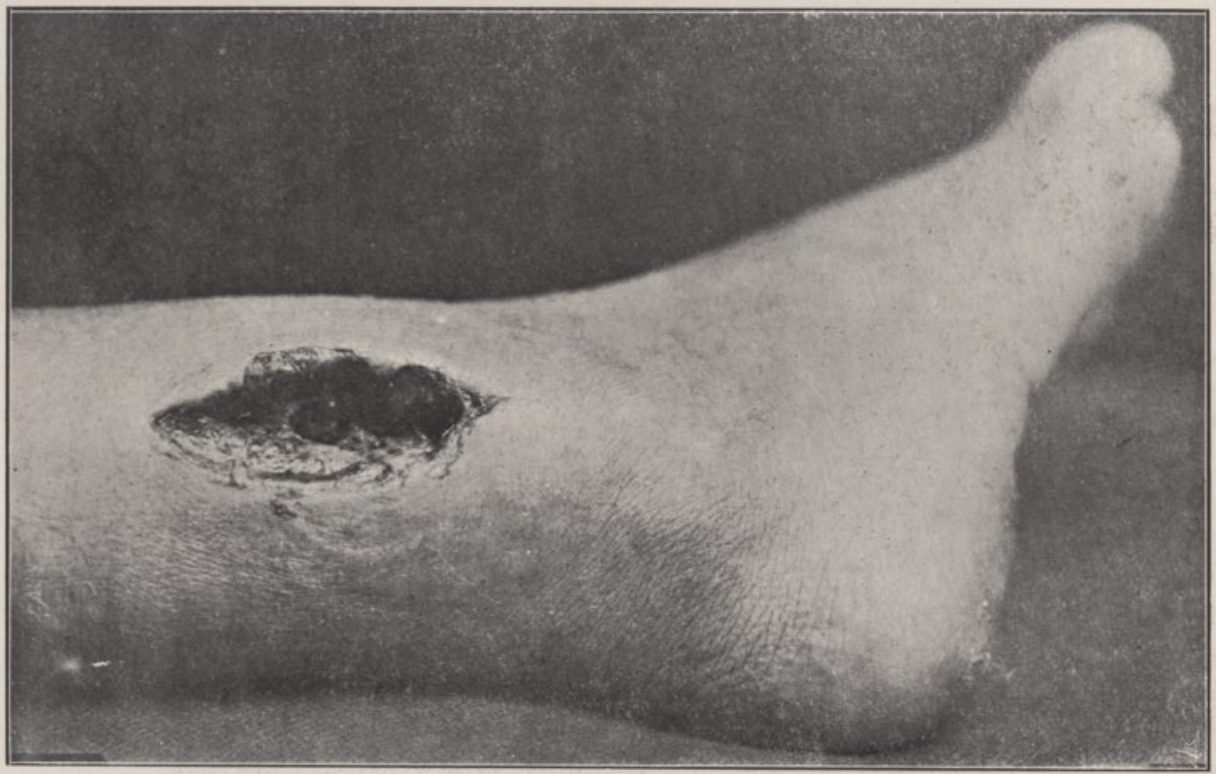


Fig. 70 — Osteíte do peróneo

Fig. 71 — Sequestros eliminados sob a acção do Sol

Observação LXVIII

Observação LXVIII

Fig. 72 — Dois mêses depois

profundamente, e não se queixa da mais leve dôr, quer espontânea, quer à pressão.

Não sabe precisar com rigor a data da sua cura.

Observação LXVIII

Osteíte do peróneo esquerdo. — Banhos de Sol; eliminação espontânea de sequestros. — Cura.

I. da P. — C. 1. H. 12 anos.

A. P. — Pais e irmãos saudáveis.

A. P. — Aos 10 anos esteve durante 11 meses no leito com doença sôbre a qual não dá informes.

H. P. — Em setembro caiu duma figueira; a perna esquerda ficou debaixo do corpo; sentiu dôres fortes, principalmente no joelho; tumefacção em tôrno da articulação tíbio-társica; veiu à supuração.

E. A. — deu entrada no hospital em 15 de março de 915; solução de continuidade, de bordos irregulares, acima do maléolo externo, com supuração e revestida dum induto amarelado; rubor em tôrno; dôr; impossibilidade de se apoiar no membro dêste lado.

Banhos de Sol; pensos com soluto de borato de sódio; eliminação espontânea dos sequestros, que a figura representa.

A cicatrização progride regularmente; o pus desapareceu; o estado geral melhorou e a doente está curada.

Observação LXIX

Osteíte do peróneo direito. — Trajectos múltiplos no terço médio e terço inferior — Extracção de sequestros. — Banhos de Sol. Cura em trinta dias.

A., de 15 anos de idade sofreu um resfriamento grande dos membros inferiores há cêrca de dois anos.

Desenvolveu-se um processo inflamatório, que terminou por supuração e foi incizado no terço médio e inferior, onde presentemente existem dois trajectos fistulosos, que não tendem para a cicatrização.

Verificou-se a existência de sequestros móveis, que foram extraidos como se se tratasse dum corpo extranho.

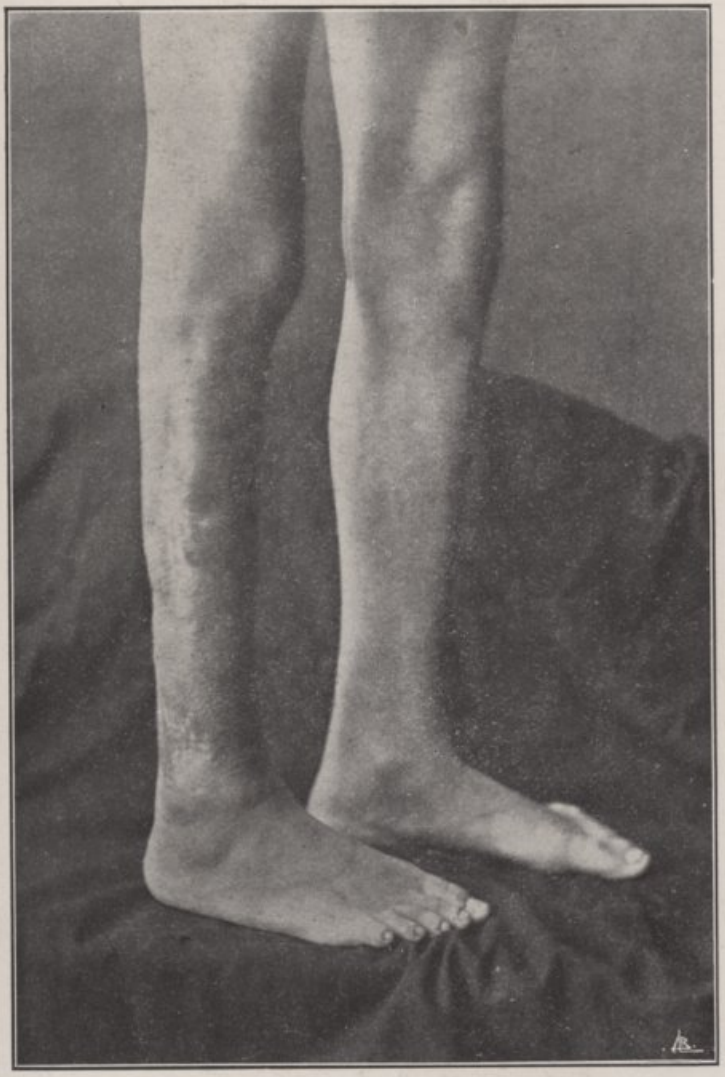
Penso a chato.

Banhos de Sol. Sem supuração.

Cura completa em trinta dias.

Observação LXIX

Fig. 73 — Durante o tratamento



Observação LXIX

Fig. 74 — Mês e meio depois

Observação LXX

Osteíte do tarso. — Trajectos fistulosos múltiplos. — Mau estado geral; volumosos sequestros; sua extracção simples. — Pé eqùino. — Banhos de Sol; cicatrização completa correcção daquele desvio.

C. 2. H. — n.º 137.

L. de J. — 16 anos, serviço rural é internada em 1 de julho de 1913.

Tem no seu passado escrofulose, adenites cervicais rebeldes aos tratamentos empregados e cefaleia freqùente.

Cinco meses antes de vir até ao hospital, sentira de manhã, ao levantar, uma dôr muito forte no tornozelo direito, que se exacerbava quando tentava apoiar-se sôbre o membro dêste lado; recolheu ao leito no dia seguinte; tumefacção volumosa, dura, acentuada sobretudo nas regiõis infra-maleolares; empregou fricções com petróleo e outros medicamentos, mas sem resultado.

Apareceram então hipértemia local, rubor e dôr cada vez mais forte; veiu depois à supuração ao nível do calcâneo; pus claro, aquoso, parecendo «aguadilha» diz a doente.

Tentou curar-se em casa durante um mês, mas em vão.

Articulação tíbio-társica direita muito aumentada de volume; rubor, edema, impossibilidade de movimentos, porque o sofrimento é insuportável; trajecto fistuloso estreito, mas profundo em ligação com o calcâneo e situado na fáce interna do pé; pus em grande quantidade: parte é retido e descola os tecidos moles.

Os movimentos articulares não estão livres; o pé encontra-se em posição eqüina; os movimentos de adducção e abducção são difíceis, delimitados e dolorosos.

Teve como tratamento lavagens de soluto de permanganato de potássio.

A doente não melhorava; pelo contrário, apareceram novos trajectos dois na região supra-maleolar e infra-maleolar externas, e o terceiro no dorso do pé; a supuração tornou-se muito mais abundante e as dôres agravaram-se.

A êste estado local mau corresponde um estado geral péssimo; a doente faz febre elevada, não come e vê-se definhar dia a dia.

Há sequestros, reconhecidos pela sondagem. Desbridamento amplo, respeitando tanto quanto possível a integridade dos tecidos moles, do periósteo e dos óssos; extracção de dois volumosos sequestros, que compreendiam pelo menos um terço do astrágalo e do calcâneo.

Enucleados êstes corpos extranhos, deixou-se aberta, sem pontos de sutura, a solução de continuidade.

O processo tuberculoso invadiu outras superfícies articulares dos óssos do tarso; delas irrompia pus durante o acto operatório; havia imensas fungosidades; as sinoviaes visinhas estavam invadidas.

Banhos de Sol; a supuração extingue-se em poucos dias; a temperatura vem para junto do normal; o apetite aparece, a doente alimenta-se, o estado geral melhora rápidamente; a cicatrização avança.

Apróxima-se o inverno; toma óleo de figado de bacalhau e quando o Sol não aparece são expostas ao ar as lesões. As melhoras progridem até completo restabelecimento; correcção de equinismo do pé.

A doente sai em 7 de junho de 1914 completamente curada e sem perturbações de marcha.

Observação LXXI

Osteíte do 3.º metatarso; sequestros. — Desarticulação. — Tuberculose sinovial; infiltração por entre as massas musculares. Penso a chato. — Banhos de Sol. — Cura rápida.

C. 2. M. — n.º 153.

M. J.—28 anos, vendedeira de leite é internada em 25 de junho de 1913.

A. H. — Pais vivos e sadios. Três irmãos saudáveis.

A. P. — Nenhum de valor.

H. P. — Em abril, sem que saiba a causa, apareceu-lhe uma dôr forte na face plantar do pé direito, ao nivel do 3.º metatarso; fez uso de cataplasmas de linhaça, mas a tumefacção do pé avançou e estendeu-se em seguida até à perna; terminou por supuração na face dorsal; o pus, aquoso de começo, tornou-se cremoso; durante cêrca de três meses fez lavagens diárias com solutos antisépticos; como o seu estado não me-

lhorasse veiu para o hospital, onde se apresentou no seguinte estado:

Pé muito tumefeito, sobretudo no dorso; dois orifícios puntiformes através dos quais sai às gôtas um pus muito consistente; rodeados de pele lisa e distendida, marcha claudicando.

Pela radiografia comprova-se o diagnóstico do osteite de todo o 3.º metatarso, cuja espessura tem mais um terço do que o normal e verifica-se a existência dum sequestro, apreciavel tambêm pela sondagem; a superfície articular com a 1.ª falange está muito aumentada de volume.

Faz-se a desarticulação do 3.º metatarso; penso a chato.

Banhos de Sol segundo a nossa técnica.

No acto operatório reconheceu-se que os tecidos estavam todos infiltrados, com lesões tuberculosas por entre as massas musculares e tendiosas. A cicatrização por primeira intenção seria impossivel e em virtude disso não demos um ponto de sutura sequer. Ausência completa de supuração; a cicatrização avança regularmente; os gomos carnudos são muito abundantes e sangram fácilmente.

O estado geral melhora extraordinàriamente.

Cura completa; temos visto esta doente e nunca mais teve o mais ligeiro rebate no pé.

Observação LXXII

Osteíte do metatarso esquerdo.—Dores violentas, edema, febre. — Falência da medicação usada. — Banhos de Sol; desaparecimento do edema e do sofrimento, queda da temperatura. — Muito melhorada; pede alta, porque não aceita a imoblização do pé.

C. 2. H. — n.º 373.

B. S. P. — de 28 anos de idade.

Conta que há 7 meses sentira uma dôr surda, mas persistente ao nível da entrelinha articular tíbio-társica esquerda, dôr que se foi acentuando e que se exarcebou durante a noite.

A êste período, compatível ainda com a sua profissão doméstica, sucedeu o seu estado de hoje: o sofrimento é intolerável, o pé aumentou de grandeza, sobretudo no dorso, os movimentos embora não estejam impossibilitados são difíceis por causa da dôr, há edema, maior volume das diafises do 2.º e 3.º metatarso, diagnosticado pela palpação e pela radiografia.

Sem sinais de rubor, nem de flutuação, é portadora ainda de adenopatia inguinal esquerda e bem assim de poliadenites cervicais; pálida e emmagrecida, com inapetência e constipação sente-se cançada e sem fôrças, apesar de viver e ser natural da beira-mar. O vértice do pulmão direito respira menos bem e não é raro sentir uma pontada ao nível da espinha da omoplata do mesmo lado.

Farta de tomar medicamentos e de aplicar pomadas e fricções ao pé, vem ao hospital na esperança de se curar.

Toma internamente óleo de figado de bacalhau e a

fórmula da recalificação de Ferrier; localmente experimenta a exposição ao ar e ao Sol sempre que possivel é.

A acção analgésica foi a mais surpreendente: a doente sentia um bem-estar inagualável quando o membro inferior era banhado pelo Sol; êste bem-estar tornou-se definitivo, de modo que as dôres fôram substituídas por uma sensação de tensão, que a apoquentava de quando em quando.

O gráfico da temperatura baixou e agora só apresenta duas, três décimas à tarde; o apetite reapareceu e a doente já se alimenta regularmente; tem aumentado de pêso.

O edema desapareceu e o pé está tão enxuto que chega a parecer menos volumoso que o outro.

A doente revolta-se contra a imobilização em que tem o pé, visto estar dentro duma goteira; como se sente aliviada pretende levantar-se o que lhe é recusado, em virtude do que pede alta.

Assim saiu, extremamente melhorada em bom caminho de cura.

Observação LXXIII

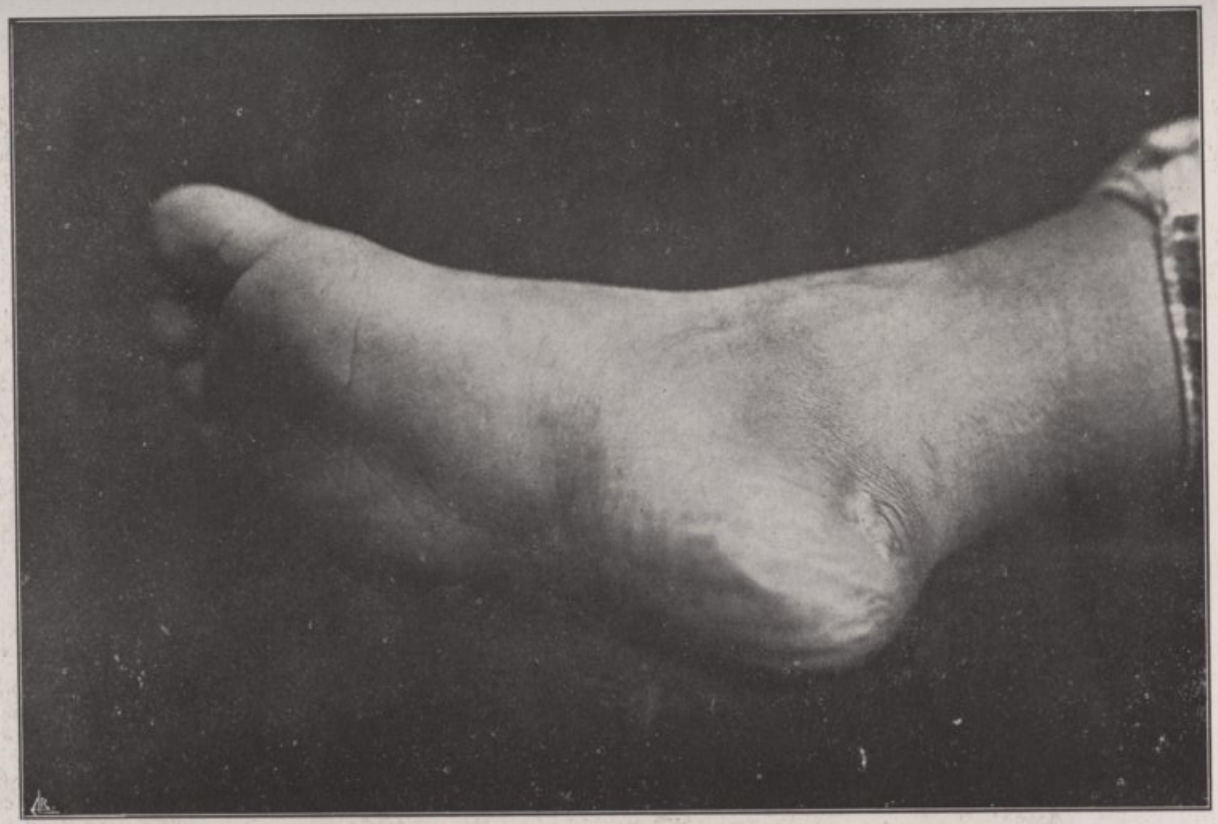
Osteíte do calcâneo direito; eliminação espontânea de grande sequestro. — Osteíte da tíbia esquerda; eliminação espontânea de pequeno sequestro. — Cura completa ao fim de sete meses.

H. C. — 13 anos, filho de pais saudáveis e irmão de duas crianças mais novas e doentes.

Observação LXXIII

Fig. 75 — Osteíte do tarso

Fig. 76 — Sequestro eliminado sob a acção do Sol



Observação LXXIII

Fig. 77 — Três mêses depois

No seu passado conta sarampo e adenites cervicais, que vieram à supuração.

Há quatro meses instalou-se uma dôr no calcanhar direito, que se exacerbava com a marcha e com a pressão.

O sofrimento foi aumentando; começou a claudicacar; apareceu uma tumefacção sub-maleolar e do lado interno, que algum tempo depois se estendeu a toda a região do calcâneo.

O médico incizou no lado interno, houve eliminação de pus, abundante de comêço; formou-se um trajecto fistuloso em seguida que conduz um estilete até ao ôsso; conserva-se em casa a ensaiar tratamentos os mais variados até 20 de novembro de 1914, dia em que deu entrada no serviço Técnica Cirúrgica. Dias antes, havia tambêm fistulizado um fóco de osteíte da face anterior da tibia, no seu terço superior. Sem alteração dos movimentos da articulação tíbio-társica. O doente faz febre e apresenta-se emmagrecido. A radiografia confirma a existência de lesões, que atingem quási todo o calcâneo; à esquerda há ósteo-periostite da tíbia.

Falta o Sol; faz-se a exposição ao ar: o doente mantêm duas a três horas as pernas e pés completamente descobertos e em frente duma janela aberta. As melhoras começaram a desenhar-se.

Eram aproveitados cuidadosamente os poucos dias de Sol que houve.

A supuração tornou-se serosa e pouco abundante. A pele que estava lisa, distendida, luzidia foi pouco a pouco adquirindo os seus caracteres normais, ao mesmo tempo que o emmagrecimento ia desaparecendo.

A temperatura baixou; o apetite cresceu; o estado geral modificou-se consideràvelmente para o que deve

ter contribuido também duas colhéres de óleo de figado de bacalhau, que tomava diáriamente.

Ao fim duma série de dias de insolação, em fevereiro, eliminava *espontâneamente* um sequestro, que representa quási metade do calcâneo; à esquerda deu-se a saída de pequeníssimos fragmentos de ôsso em forma de lamelas. O pus desapareceu por completo; o doente caminha já; beneficiando umas vezes da helioterápia, outras vezes da aeroterápia, em breve consegue a cicatrização de todas as lesões, que, com a expulsão dos sequestros haviam adquirido um aspecto rubro; sangrava fácilmente.

13 de março de 1915. — Cura completa da osteíte do calcâneo e bem assim da tíbia. O estado geral esplendido.

Sai sem qualquer defeito na marcha.

Observação LXXIV

Osteíte do metatarso. — Fenómenos de osteíte do tarso. — Fístulas. — Cura pelo Sol.

C. 1. M. — n.º 333.

M. do R. — 22 anos não apresenta nos seus antecedentes nem hereditários, nem pessoais qualquer facto digno de registo. Na história da doença merece em primeiro lugar a nossa atenção o facto de o estado actual ter sido precedido duma dôr fraca, mas constante que duma maneira pertinaz a não deixava em so-

cêgo; de noite o sofrimento era verdadeiramente insuportável; êste sintoma, único alarmante, deixou de ser provocado pela marcha ou pela pressão para se tornar espontâneo e se estender às regiões maleolares e à linha anterior da articulação. Os movimentos de flexão e extensão são dolorosos e delimitados, não porque se reconheça que haja quaisquer indícios de anquilose, mas porque existem contraturas de defêsa.

Houve tumefacção e edema difuso pelo dorso do pé e pelas regiões infra-maleolares que se desenvolveu sobretudo a meio da distância, que une a cabeça do 5.º metatarso ao meio da linha anterior da articulação tíbio-társica.

A pele tornou-se luzidia, lisa, adelgaçada, ulcerou-se e deixou saír pus mal ligado, flocôso, amarelo palha.

Hoje existe um trajecto fistuloso oblíquo para cima e através do qual o estilete deixa sentir a existência de ôsso. Pequena supuração.

O pé está em ligeiro equinismo.

Aparelhos respiratório e circulatório sãos.

Compressas quentes com soluto de borato de sódio e irrigações do trajecto com cânula Janet. O pus, que sempre havia sido em pequena quantidade, manteve-se sensivelmente com os mesmos caracteres; o estado local conserva-se perfeitamente estacionário; toma xarope iodotánico na dóse de duas colhéres de sopa por dia e as suas lesões ósseas não sáem do torpor em que estavam; não reágem, sómente os tecidos moles vão perdendo a sua infiltração.

Recorre-se à helioterápia; a doente está descontente por se encontrar retida no leito e porque não prevê

uma cura rápida; de começo as sessões duram meia hora e fôram aumentando de duração de três em três dias até chegar a duas horas.

No fim de cada exposição ao Sol fazia-se uma ligeira lavagem com água fervida para eliminar poeiras, que houvessem caído e um exudato purulento, que aflorava sempre ao orifício da fistula.

Feito êste penso, sucedia muitas vezes encontrar-se no dia seguinte a gaze sem estar conspurcada, embora se tentasse um expressão suave para esvasiar o que pudesse estar retido. As melhoras progridem e o doente sai do hospital completamente curado.

Observação LXXV

Osteíte do tarso e metatarso. — Trajectos fistulosos em atonia. — Supuração. — Cura só pelo Sol.

C. de M. — (n.º 63. C. I. H.) 10 anos.

Desconhece o seu passado; ignora os antecedentes mórbidos dos pais e irmãos; pouco sabe dizer acêrca da sua história pregressa.

Em tempos, que não precisa, começou a não poder correr, a não poder saltar; estava sentado emquanto os companheiros brincavam.

Havia dôr forte? Não.

O pé cansava e havia uma impressão desagradável, que o levava a preferir o descanço. Só depois surgiram fenómenos dolorosos, que se intensificaram duma

maneira lenta, mas progressiva; o edema de todo o pé, atingindo mesmo a região da articulação tíbio-társica, não se fez esperar.

Recolhido ao leito, febril, lutando contra dôres atrozes, assistiu ao adelgaçamento da pele, viu-a tornar-se lisa, luzidia, acuminada e por fim ulcerar-se, como se tivesse um trabalho de corrosão interna.

Assim se estabeleceram vários trajectos fistulosos, quási todos no dorso do pé, através, dos quais sai um líquido turvo, seroso, com flócos em suspensão; e as ulcerações de bordos finos, descolados, teem bem um aspecto específico.

Usou durante largo tempo compressas embebidas em soluto de bicloreto de mercúrio.

Hospitaliza-se e é submetido desde logo aos bânhos de Sol; insolação total, protegida a cabeça, durante meia hora; ao fim de oito dias tem diáriamente uma sessão de uma hora e vai subindo até a hora e meia.

O doente engorda, transpira abundantemente, a pele fica da côr de cacau; um bom estado geral secunda as melhoras notáveis, que localmente fômos constatando: a supuração diminue em poucos dias tendo perdido os caracteres descritos para tomar o aspecto dum líquido seroso, que, aflorando ao orifício das fistulas durante a cura, se exsicava sendo necessário arrastá-lo com um jacto de água fervida; os trajectos fôram diminuindo de comprimento o que ia sendo verificado com a sondagem.

E esta, que no comêço se fazia sem provocar uma gôta de sangue, principiou a produzir, mesmo quando feita cautelosamente, hemorragia.

Tudo nos fazia acreditar que no interior das fistu-

las sucedia o que no exterior era bem visivel: os tecidos perderam o aspecto «mortiço», de atonia para se tornarem rubros; a cicatrização completou-se e o doente saiu do hospital a 7 de abril de 1913 marchando já sem o apoio da bengala.

Observação LXXVI

Osteíte do tarso.

A. A. — 6 anos (n.º 140 C. 2. M.).

A. H. — Pais vivos e saudáveis.

A. P. — Sem importância.

H. P. — Em março de 1913 deu uma queda, que determinou o aparecimento no pé direito duma dor ligeira; desapareceu no fim de alguns dias para reaparecer com maior agudeza ao fim de três semanas; generalizou-se à articulação tíbio-társica e tornava-se verdadeiramente insuportável durante a noite; de intermitente que era, tornou-se fixa e constante. Desenvolve-se uma tumefacção grande que faz desaparecer o contôrno próprio desta articulação para a tornar quási cilíndrica, sem saliências nem depressões. Não tarda em seguida a impossibilidade de se apoiar sôbre êste pé, tendo necessidade de recolher ao leito.

A palpação comprova a existência de empastamento e a pressão é dolorosa principalmente entre os dois maléolos.

Ausência completa de movimentos voluntários de

extensão e flexão, amplitude reduzida para os movimentos de lateralidade.

Dôres violentas quando se pretende forçar a articulação e exercer aqueles movimentos. Fôram feitas várias punções brancas.

Manifesta-se flutuação mais tarde; é feita uma incizão e sai pus em abundância.

Lavagens diversas. Cançado de tratamentos, interna-se no hospital.

E. A. — Há a acrescentar trajectos fistulosos um no dorso do pé e um outro interno peri-maleolar, que estão em comunicação com superfícies ósseas desnudadas, irregulares com orifícios através dos quais penetra o estilete. Adenopatia inguinal, temperatura superior à normal, palidez, emmagrecimento.

Sem elementos normais nas urinas.

Duas incisões longas, interna e externa, peri-articulares.

Extracção de numerosos sequestros.

Fungosidades peri-astragalianas e tíbio-társicas; no interior do astrágalo, cuja consistência está modificada, havia uma pequena esquírola no meio dum ninho de fungosidades. Eliminação do tecido mórbido, fazendo *brossage* com gaze.

Resecção do estrágalo. Drenagem, cloroformização, lavagens com soluto borato de sódio e água oxigenada.

Continua a supurar. Banhos de Sol durante meia hora; o estado geral e local vão melhorando.

Cura de recalcificação.

A quantidade de pus diminue; a granulação segue intensivamente; os tecidos moles conservam-se ainda

muito tumefeitos e o tornozelo apresenta-se extraordinàriamente volumoso.

Aumenta-se para uma hora e meia o tempo de cura.

O doente engorda, torna-se córado e ensaia os primeiros movimentos do pé.

Tendo entrado em 17 de julho de 1913, sai em 25 de abril de 1914 com cicatrização completa e caminhando encostado a uma bengala.

Recomendou-se a continuação da helioterapêutica.

Observação LXXVII

Osteíte do calcâneo esquerdo; supuração abundante; mau estado geral; sequestros; sua extracção. — Banhos de Sol; cicatrização. — Optimo estado geral. — Quási curada. — Sem perturbações da marcha.

C. 2. H.

M. — 7 anos desconhece os antecedentes pessoais e hereditários, bem como a história pregressa.

Deu entrada em C. 2. M. no dia 8 de fevereiro de 1914 apresentando uma longa solução de continuidade sôbre a face externa do pé esquerdo, sôbre o calcâneo, de bordos irregulares e em esfacélo, supurando abundantemente.

Tumefação muito grande, rubor, pé disforme, terço inferior da perna da grossura da côxa; impotência funcional absoluta, sofrimento atroz; à direita, trajectos sôbre a tíbia, extensos, irregulares de bordos violáceos; a temperatura não desce abaixo de 38°; a criança não

Observação LXXVII

Fig. 78 — Á esquerda: osteíte do tarso; pé bôto.
Á direita: osteíte da tíbia

Observação LXXVII

Fi. 79 — Ao fim de três mêses

come, não dorme, geme durante a noite; esquelética, apresenta magreza e atrofias musculares.

Desbridamentos vários de maneira a comunicarem entre si os diversos fócos; irrigações abundantes com soluto de permanganato de potássio.

O estado geral é péssimo; não melhora; localmente a tumefacção diminui, mas a supuração mantem-se; dia o dia o penso apresenta-se embebido de pus em quantidade.

Toma internamente óleo de figado de bacalhau.

Banhos de Sol; lavagens com soluto de borato de sódio; fórmula recalcificante de Ferrier.

A situação melhora, o sofrimento cessa, a tumefacção desaparece, o pus diminue e os fenómenos a distância vão-se reduzindo de molde a ficarem localizados em tôrno das lesões.

20 de agosto de 1914. — A sondagem denuncia a existência de sequestros no tarso esquerdo; incisão e extirpação.

Penso a chato; irrigação com sôro fisiológico.

O trabalho de cicatrização avança com rapidez extrêma; não há pus, ligeira exsudação apenas.

Pigmentação forte; a doente conserva o pé dentro duma goteira para imobilizar a articulação do tarso.

A cura está quási completa; encontra-se ainda na enfermaria, porque existe uma pequena ulceração, quási puntiforme em via de cicatrização.

Caminha desembaraçadamente; não claudica.

Observação LXXVIII

Espinha ventosa.

C. 1. M. — n.º 180.

A. B. C., 4 anos, entra no hospital em 10 de novembro de 913 onde permanece até 22 de novembro de 914.

Fraco, atrépsico, tendo tido no seu passado bronquites diversas e enterites numerosas, apresenta fócos múltiplos de osteíte, localizados aos ossos curtos: no 2.º metacarpo direito, em comunicação com o exterior por um trajecto fistuloso do qual sai pus; à esquerda na falange do médio e do anelar, bem como na 1.ª e 2.ª falange do dedo mínimo; nos 1.os metatarsos, quer à direita, quer à esquerda e finalmente há um foco de osteíte na parte superior da tíbia direita, que supura abundantemente.

O pequeno doente, verdadeiro lazaro, começa a tomar internamente óleo de fígado de bacalhau e banhos de Sol sôbre as lesões; colocando a mão sôbre gaze mantêm-nas de manhã à noite em contacto com o ar, de modo que o pus não é mais reprezado. Adotou mais tarde a insolação total.

O estado geral melhora extraordináriamente; há

Observação LXXVIII

Fig. 80 — Cicatrizes num caso de espinha ventosa

eliminação de esquírolas das osteítes de mão e o trabalho de cicatrização em seguida foi tão perfeito que quási não existem cicatrizes. Saiu gordo, com um esplêndido estado geral.

Observação LXXIX

Espinha ventosa do dedo grande do pé direito. — Banhos de Sol. Eliminação de esquírolas. — Cura.

C. 1. H.

A. P., 14 anos.

Fig. 81 — Cicatrização

A. H. — Desconhecido.

A. C. — Sem importância.

Á. P. — Sarampo aos 5 anos.

H. P. — Há 8 meses dor fugaz no joelho esquerdo;

aumento de volume, que desapareceu ao fim de tres semanas.

Apareceu depois outra mais forte ao nível da primeira falange e da sua articulação com o metatarso correspondente do dedo grande do pé direito. Tumefacção em seguida, que vem à supuração espontânea mês e meio mais tarde, dando lugar a um trajecto fistuloso através do qual havia constantemente supuração.

E. A. — Entra em C. 1. H., naquelas condições regulares; o estado geral é mau; cura de banhos de Sol e de ar; penso aséptico.

Eliminação de esquírolas, uma das quais era uma grande parte da 1.ª falange.

Cicatrização imediata, o dedo ficou ligeiramente mais curto; sem anquilose com o seu metatarso, embora haja uma certa rigidez articular.

Observação LXXX

A. P. (C. 1. H) 14 anos. Diz que a mãe é uma pulmonar; o pai um ulceroso do estômago; o irmão mais velho um herniário e que no seu passado só teve sarampo.

A respeito da sua história progressa informa que um mês antes de dar entrada em C. 1. H sentiu dôres ao longo do membro inferior esquerdo, em seguida no membro superior do mesmo lado e no pé direito, onde tempos antes havia sofrido um traumatismo; estas dôres, mais enfraquecidas localizaram-se depois na primeira falange do polegar e propagaram-se à respectiva articulação metacarpo-falangiana.

Assiste ao engrossamento daquele pequeno ôsso, vê a pele com caracteres normais, e verifica que o sofrimento aumenta com a pressão e com a marcha.

A êste período de consistência normal dos tecidos, sucede-se um outro em que há o edema, fluctuação, fenómenos de artrite metacarpo-falangiana e impossibilidade funcional. O médico inciza e cureta. Recolhe ao hospital.

Exame do doente: Polegar do pé fusiforme; ulceração na região dorsal; trajecto fistuloso comunicante

com a falange, pus em pequena quantidade; polegar em extensão: a sondagem parece mostrar que há sequestros.

Na face posterior do terço inferior do antebraço existe uma elevação semi-esférica, de dois centímetros de raio, interessando — parece — sómente os tecidos moles, com flutuação na região superior.

A punção mostra que êste abcesso contêm pús fluido, sem micróbios. O terço superior do rádio está engrossado; há empastamento dos tecidos moles, dôr, e a pele mantem-se normal.

No terço superior do bordo interno da tíbia existe um abcesso profundo, que dá sensação nítida de flutuação; a pele mantêm-se normal e o doente não sabe há quanto tempo se está coleccionando o que, na sua linguagem, parece um ôvo de perdiz.

O estado geral é regular, apezar do descóramento da pele e mucosas — Tuberculiano-reacção positiva.

Feita a punção do abcesso do pulso e uma estreita incisão na perna, principiou no uso de desinfecção da ulceração com soluto borato de sódio a 4% e banhos de Sol, chegando a estar todo exposto durante duas horas.

Nunca apresentou sinais de intolerância.

Houve a eliminação espontânea dum sequestro trabecular, que representava uma grande parte da primeira falange; tornou-se indispensável fazer uma pequena incizão para lhe dar saída, visto as diminutas dimensões do orifício exterior da fistula.

Passou nesta altura ao uso do xarope iodotânico na dóse de duas colheres por dia.

A cicatriz formou-se perfeita e completa em poucos

Observação LXXX

Fig. 82 — Cura completa — Estado geral óptimo

dias; no pulso não há rubor, nem dôr: palpa-se sómente um pequeno nódulo duro que não ocasiona o mais ligeiro incomodo; o empastamento do ante-braço desapareceu, restam apenas as suas lesões da perna que estão reduzidas a uma ulcera redonda, de meio centímetro de raio, de bordos finos, azulados e descolados, que exsuda apenas um ligeiro líquido sanguíneo.

A expressão comprova a ausência de pus; a sondagem mostra-nos que o processo está localizado e que só resta um curto deslocamento dum centímetro de comprimento, orientado de cima para baixo e subcutâneo.

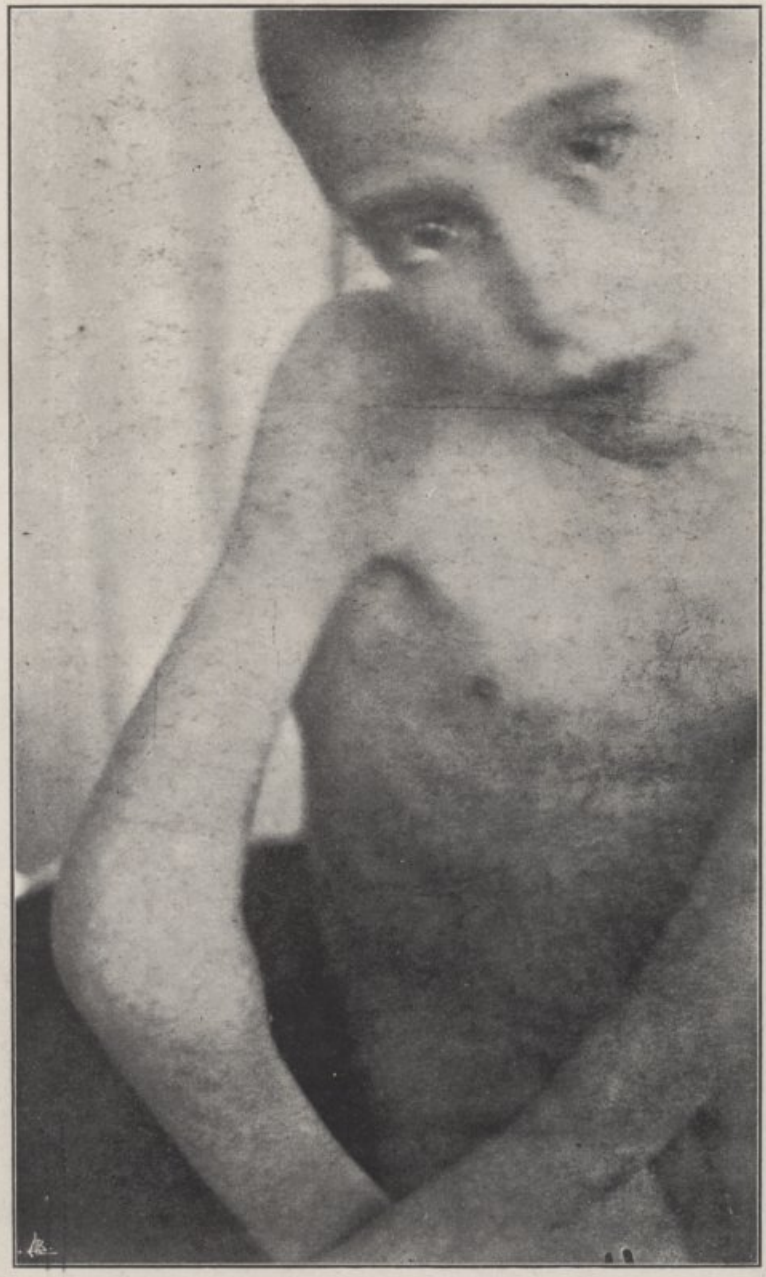
Pretende sair porque se julga curado; não lhe é consentido e o doente manteve-se ainda em C. 1. H. durante mais algum tempo.

Marcha e executa todos os movimentos normais à excepção do movimento do primeiro metatarso com a falange, cuja articulação apresenta uma certa rigidez, mas sem deformação apreciável.

Saíu completamente curado; gordo e nutrido como a figura indica.

ARTRITES

Artrites do cotovelo.
Artrites do punho.
Artrites coxo-femurais.
Artrites do joelho.
Artrites tíbio-tarsicas.



Observação LXXXI

Fig. 83 – Artrite do cotovêlo

Observação LXXXI

Fig. 84 — Quatro mêses depois

Observação LXXXI

Artrite do cotovelo direito. — Impotência funcional completa. — Imobilização em goteira de gêsso. — Insolação local. — Melhoras consideráveis: reaparecimento da mobilidade e ausência de dôres. — Continua em tratamento.

D. L., 7 anos, entrou no hospital em 1 de outubro com osteíte da tíbia esquerda, supurando abundantemente. Tratado com vacinas houve uma baixa na produção de pus e localmente começou a melhorar.

Entretanto instala-se uma artrite do cotovelo direito com dôres muito fortes; tumefacção grande, impotência funcional completa; hipertemia.

Imobilização imediata em goteira engessada, banhos de Sol.

As dôres desapareceram por completo, a tumefacção diminuiu e a mobilidade do cotovelo voltou.

O doente continua ainda com a insolação local e as melhoras do estado geral sam paralelas às que se vão registando localmente.

Pesava em 2 de outubro de 1914, 18,5 quilogramas; pesa em 30 de abril de 1915, 22 quilogramas.

Observação LXXXII

Artrite do cotovelo direito. — Osteíte do fémur direito.

I. de J., 15 anos, C. 2. M., filha de pais falecidos, ambos com tuberculose pulmonar.

Entrou para êste serviço em 14 de novembro de 1914; dois meses antes instalou-se acima da rótula uma dôr violenta, que lhe causou impotência funcional completa; tumefacção a seguir; joelho em flexão; aplicação de cataplasmas.

No momento de ser internada em C. 2. M. mostrava a côxa direita muito tumefeita e com a pele prestes a abrir, um pouco acima do côndilo interno do fémur.

Temperatura a 39°,5; emmagrecimento grande; abatimento; não come.

Punção com trocate; sai pus espesso, consistente e tanto que é impossível esvasiar por êste processo e completamente o saco de pus ali coleccionado.

No dia seguinte é feita uma incisão extensa e uma contra-abertura do lado externo para assegurar melhor a drenagem dêste processo.

Lavagem com soluto de permanganato de potássio e banhos de ar, sempre que os de Sol eram impossíveis.

Havia no dorso do punho um abcesso com flutuação e tumefacção, que se prolongava ao longo do antebraço, atingia o cotovelo onde era máxima e estendia-se no mesmo sentido até quási ao hombro.

As dôres eram maiores do que nunca; não dormia e durante o dia não sentia socêgo; a tumefacção ia

Observação LXXXII

Fig. 85 — Artrite do cotovêlo. Osteite do fémur

Observação LXXXII

Fig. 85 — Durante o tratamento

aumentando; não podia executar o mais ligeiro movimento, só conseguia deslocar dum para outro lado o membro superior direito transportando-o cuidadosamente com a mão do outro lado.

Imobilização em goteira de gêsso; banhos de ar e banhos de Sol; as dôres cessaram por encanto, dizia a doente; o sono era socegado e não mais se lastimou; o abcesso do punho reabsorveu-se; a tumefacção diminuiu; o perímetro ao nível do cotovelo de 26^{cm},5 baixou para 22^{cm},5.

Os trajectos do fémur cicatrizaram.

A doente continua em tratamento por causa da artrite do cotovelo.

O estado geral é magnífico.

Observação LXXXIII

Artrite do punho. — Impotência funcional. — Helioterápia; cura.

R. de J. S., 23 anos, C. 2. M., criada de servir.

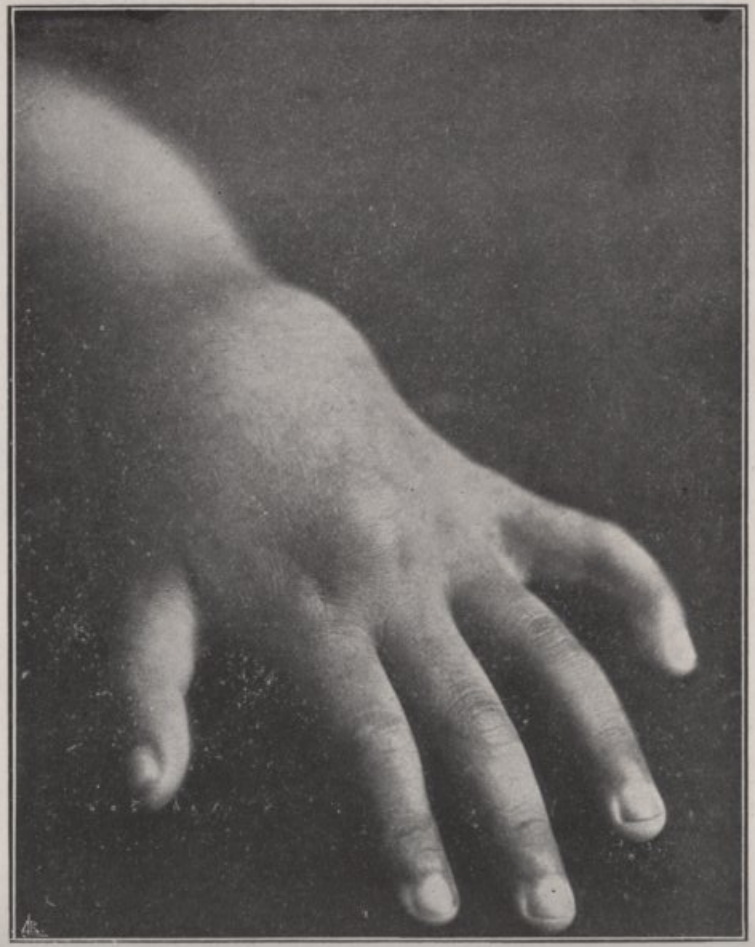
A. H. — Pais saudáveis e irmãos fracos.

A. P. — Sarampo em criança.

H. P. — Há três anos caíu dum carro em virtude do que fez uma ferida inciza na fronte de que conserva a cicatriz; o antebraço ficou tumefeito e doloroso; mobilizado durante bastante tempo foi melhorando, sentindo sempre uma menor capacidade funcional da articulação do pulso. Como estivesse agora criada de servir e obrigada a uma maior actividade articular, reconheceu que não podia fazer esfôrço com a mão dêste lado, tendo chegado a deixar caír no chão corpos relativamente leves. As dôres instalaram-se duma maneira surda mas persistente.

E. A. — Aumento de grandeza do dorso do punho, correspondendo à tumefacção da sinovial rádio-cárpica. Atrofia da massa muscular do antebraço sobretudo no seu terço superior, que se encontra em ligeira rotação interna e oposição ao terço inferior, que se apresenta em rotação interna.

Punho em flexão. Impotência funcional completa



Observação LXXXIV

Fig. 87 — Artrite do punho

Observação LXXXIV

Fig. 88 — Três mêses e meio depois

porque pequenos movimentos bastam para causar dôres. Dôres espontâneas durante a noite.

A doente guia o antebraço e o braço esquerdo com o membro são e precisa que êste lhe sirva de suporte para não caír passivamente ao longo do corpo.

As superfícies articulares, sobretudo a do cúbito, sentem-se engrossadas. Veias superficiais muito dilatadas. Ausência de flutuação. Movimentos dos dedos normais. Durante dez dias tomou iodeto de potássio em doses crescentes, desde $0^{gr},5$ até 2 gramas.

As melhoras são quási nulas: experimenta-se a acção revulsiva da tintura de iodo. Nota-se uma melhoria que não progride durante muito tempo.

Substitue-se então pela helioterápia e imobilização perfeita do punho, tendo deixado completamente livres os movimentos dos dedos. As melhoras sucedem-se surpreendendo sobretudo a doente a acção analgésica desta terapêutica.

Saíu do hospital em 17 de junho, sem dôres; articulação ligeiramente tumefeita, movimentos um tanto reduzidos, sem a sensação de fadiga nem de fraqueza do antebraço e mão, trabalhando desembaraçadamente.

Observação LXXXIV

Artrite do punho.

A. R., 9 anos.

Artrite do punho esquerdo; tumefacção muito volumosa, abcesso ossifluente no dorso da mão sôbre a extremidade inferior do 3.º metatarso.

Observação LXXXV

Coxalgia esquerda; trajectos fistulosos; marcha impossível. — Banhos de Sol; melhoras acentuadas; continua em tratamento.

E. M. da F., 10 anos, nada diz a respeito dos pais e dos irmãos, nem tão pouco dos seus antecedentes pessoais e história progressa.

Coxalgia esquerda com grande volume da articulação dêste lado, *ensellure* muito acentuada; três trajectos fistulosos comunicantes, de extensão indeterminada, supurando muito abundantemente; o pus parece, informa o doente, aguadilha e é em tal quantidade que se torna indispensável fazer dois e três pensos durante o dia.

A marcha é completamente impossível; os movimentos no leito são dolorosos.

Entrou em 9 de abril de 1915 e desde então os banhos de Sol modificaram por completo as lesões; o tratamento foi demasiadamente intensivo, e tanto assim, que o sistema solar apareceu ao longo da face externa do membro inferior e roubou a epiderme em algumas regiões de modo a ficar a derme a descoberto.

Dois dos trajectos cicatrizaram; só resta um que não supura já.

A marcha, quando é permitida faz-se sem dificuldade e não causa dôr; subsiste a poliadenia no triângulo de Scarpa dêste lado.

Alimenta-se bem; tem aumentado de pêso; em 9 de abril a balança marcava 26,400 quilogramas, em 30 do mesmo mês tinha já 27,500 quilogramas.

Observação LXXXVI

Coxalgia direita, fistulada. — Supuração que resiste aos antisépticos. — Banhos de Sol; sem pus. — Marcha sem apoio.

S. R., 11 anos, C. 1. H., entrou em 23 de janeiro de 1914, filho de pais tuberculosos.

Teve osteíte da perna esquerda já há anos; possue duas extensas cicatrizes a atestar a grandeza e extensão do processo de então.

Entrou no serviço com coxalgia direita, encurtamento de cinco centímetros, poliadenite inguinal, dôr à pressão.

Abcesso na região súpero-externa da côxa, que foi incizado; formação dum trajecto fistuloso, que se mantinha há mais dum ano, apesar dos tratamentos diários feitos com antisépticos diversos; não deixou de supurar e chegou a formar-se até um novo trajecto, situado acima daquele.

Desde janeiro que toma banhos de ar ou banhos de Sol e tudo melhorou; localmente, a supuração terminou, e as fístulas cicatrizaram, a asimetria foi diminuindo e a marcha que do comêço se fazia apenas com muletas,

sendo impossível apoiar no solo o membro superior direito, já hoje mesmo se faz sem qualquer apoio.

Em 12 de agosto de 1914 pesava 22 quilogramas e em 30 de abril tinha 30,300 quilogramas.

Observação LXXXVII

Coxalgia esquerda com longos trajectos; impossibilidade de se mover. — Supuração abundante. — Banhos de Sol; marcha bem.

J. M. G. A., 7 anos, C. 1. H., entrou em 27 de novembro de 1914.

Coxalgia esquerda com dois trajectos fistulosos, que veem obturados com extensos e compridos drenos represando pus em abundância, que corre continuadamente apenas são extraídos.

Chega ao serviço dentro dum taboleiro, sem se poder mecher, nem deslocar tal o estado geral de miséria orgânica, tal a invasão dos tecidos junto da articulação côxo-femural.

Temperaturas altas e o membro em semiflexão.

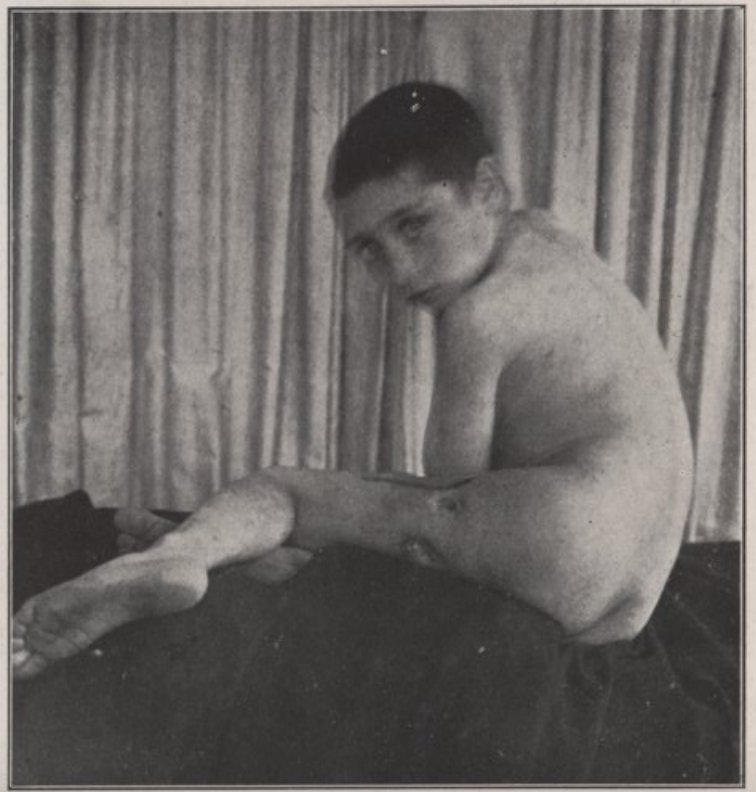
Banhos de ar e banhos de Sol; a maior parte das vezes insolação local, porque o inverno não permitia em geral a acção directa dos raios solares sôbre todo o organismo.

Em todo o caso, as melhoras foram-se acentuando e hoje quási não há supuração.

As cicatrizes são muito estreitas, finas e bem organizadas. Caminha regularmente. Em 23 de janeiro pesava 22,700 e em 23 de abril 23,700 quilogramas.

Observação LXXXVI

Fig. 89 — Coxalgias



Observação LXXXVIII

Fig. 90 — Coxalgias

Observação LXXXVIII

Coxalgia esquerda; abcesso ossifluente. — Banhos de Sol; quási curado.

A. R. S.

Coxalgia esquerda; abcesso ossifluente na face súpero-externa da côxa; foi puncionado duas ou três vezes, mas na última a pele estava tão invadida, que se ulcerou e já o pus se não tornou a coleccionar. Marcha impossível.

Aparece um novo trajecto fistuloso, que supura grandemente.

Banhos de Sol e banhos de ar; muito melhor; as fístulas quási não supuram. Em 12 de agosto de 1914 pesava 15,200 quilogramas e em 30 de abril 20,200 quilogramas. Quási curado.

Observação LXXXIX

Coxalgia direita. — Seis trajectos fistulosos. — Banhos de Sol. — Cinco fístulas cicatrizadas. — Albuminuria.

S. F., 12 anos.

A. H. — Mãe falecida de doença ignorada.

A. C. — Quatro irmãos: um é pulmonar.

A. P. — Nenhuns.

H. P. — Aos 7 anos dôres na articulação coxo-femural direita, dôres pouco fortes no comêço, mas que

se foram exacerbando a ponto de impedirem a marcha; êste sofrimento fixo, de maior agudeza durante a noite não lhe permitia dormir.

Tumefacção em seguida; a doente internou-se; portadora dum abcesso na região súpero-externa da côxa, prestes a abrir; foi incizado; tempos depois abriu um outro abcesso.

Deu-se a cicatrização e a doente sai.

Regressa de novo; junto da antiga cicatriz, irregular e deprimida, sem que houvesse qualquer traumatismo ou outra causa conhecida apareceu mais um processo inflamatório, que abcedou e veiu espontâneamente à supuração.

Permaneceu em casa durante algum tempo experimentando remédios vários; apresenta-se no hospital da seguinte maneira:

E. A. — Seis soluções de continuidade supurando abundantemente: uma na parte superior e interna do triângulo de Scarpa, a segunda na parte externa da fossa ilíaca e as outras sôbre uma linha curva, que, descendo da região nadegueira passa sôbre o grande trocánter e vem até ao terço superior da côxa na sua face externa.

A ulceração nadegueira corresponde a um abcesso frio, que abriu espontâneamente em 14 de novembro último e continua por um trajecto fistuloso de baixo para cima e de dentro para fóra, através do qual a expressão dá pus em quantidade avultada.

Bordos irregulares e violáceos.

A pressão desperta dôres principalmente em tôrno das fistulas, na crista do ilíaco e ao nível da articulação sacro-ilíaca.

Observação LXXXIX

Fig. 91 — Coxalgias. Seis fístulas

Observação LXXXIX

Fig 92 — Cicatrização dos trajectos

Tumefacção muito grande; pus mal ligado, amarelo-claro.

Côxa em flexão e rotação para dentro; a côxa em ângulo recto sôbre a bacia; a perna em ângulo obtuso sôbre a côxa; pé eqüino.

Sinal de Verneuil. Encurtamento do membro superior.

Atrofias musculares acentuadas.

Vestígios de albumina nas urinas.

Banhos de Sol.

A doente melhora consideravelmente; cinco trajectos fistulosos cicatrizaram; resta um. Boa nutrição.

O doente apresenta edemas; a quantidade de albumina elevou-se para 2 gramas: retinite albuminúrica.

Regímen lácteo. Emmagrecimento.

Continua com a terapêutica e as melhoras sob o ponto de vista local são notáveis.

Observação XC

Coxalgia. — Côxa em flexão forçada sôbre a bacia. — Trajecto fistuloso com supuração abundante acima do pubis. — Sua cicatrização. — Desaparecimento da anquilose.

P., 6 anos, C. 2. M., magra, com um mau estado geral dá entrada no hospital com o membro inferior direito completamente imobilizado e em flexão forçada a côxa sôbre a parede abdominal e a perna sôbre a côxa, o pé em extensão, como a figura representa.

A rotação externa e abdução são exageradas; movimentos espontâneos absolutamente impossíveis; se

tentamos desfazer um pouco a posição viciosa as dôres são horríveis.

Atrofias consideráveis; a pele quási cobre directamente o esqueleto; empastamento em tôrno da articulação côxo-femural; impossibilidade de explorar a virilha, em conseqüência da posição da côxa.

Temperatura elevada, atingindo 40°.

Trajecto fistuloso extenso na linha mediana, acima do pubis, sendo impossível determinar até onde vai e dando descargas grandes de pus.

Banhos de Sol. Xarope iodotânico; medicação recalcificante de Ferrier.

Passados dois meses, a supuração diminue, o estado geral melhora e a doente permite um ligeiríssimo afastamento da côxa da bacia sôbre a qual estava apoiada, de maneira a exercer até uma certa pressão.

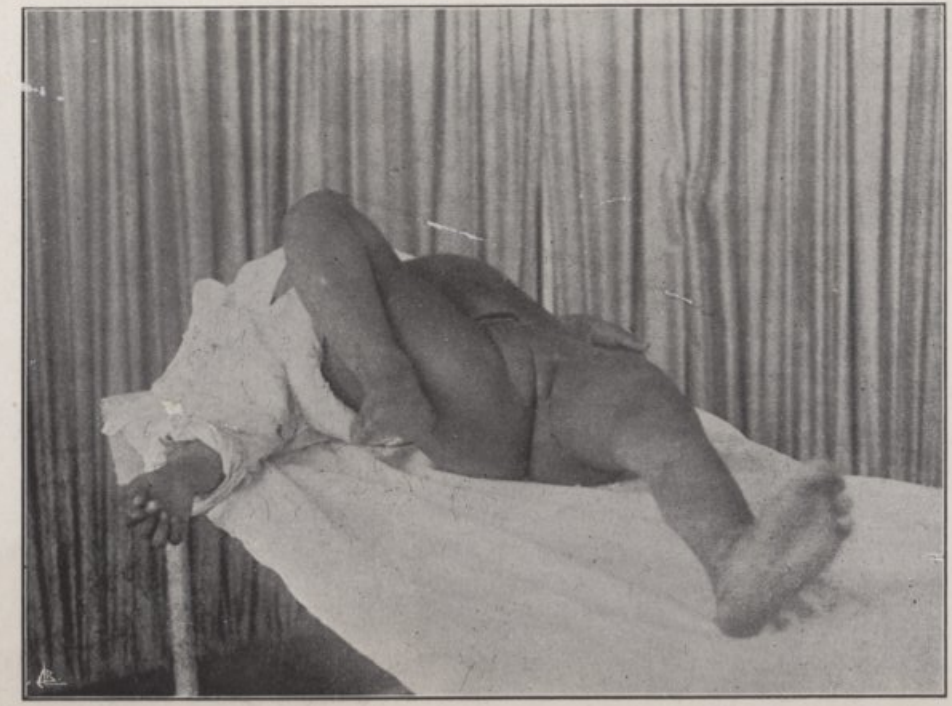
As melhoras acentuaram-se pouco a pouco; o trajecto está fechado há mais de três meses e a anquilose vai-se desfazendo, de modo que a doente caminha com muletas e sem muletas e pode tomar a posição que a figura mostra.

O estado geral é incomparavelmente melhor.

Observação XCI

Coxalgia esquerda. — Impotência funcional. — Empastamento. — Hipertermia elevada. — Banhos de Sol. — Imobilização, extensão contínua. — Quási curada.

P. dos S., C. 1. M., n.° 355, dá entrada em 19 de março de 1915.



OBSERVAÇÃO XCI

OBSERVAÇÃO XCI

Observação XCI

Fig. 95 — Coxalgia esquerda

Sofria há meses de dôres na anca esquerda e claudicava; apareceu em seguida febre; contracturas flectindo a côxa sôbre a bacia e a perna sôbre aquela; empastamento muito grande em tôrno da articulação côxo-femural e atingindo a côxa.

Dôres espontâneas muito violentas; movimentos completamente impossíveis e exacerbando-lhe o sofrimento.

Febril, atingindo por vezes 40° e sem remissão apreciável; pálida, emmagrecida.

Banhos de Sol; extensão contínua, imobilização (fig. 19).

Sem febre, sem dôres, sem contractura; óptimo estado geral.

Observação XCII

Coxalgia direita.—Artrite do cotovelo esquerdo.—Abcesso ossifluente volumoso.—Ulceração, apesar de aspiração.—Cura pelo Sol.

A. de J., 18 meses.

É trazida ao hospital pela mãe, que apresenta cicatrizes diversas no pescoço de escrofulose antiga, e pelo pai que, embora não seja robusto e forte, tem sido sadio.

Morreram quatro irmãos com enterites e outras doenças; agora restam seis, bem pouco saudáveis.

Desde o parto, que foi normal e a termo, até há um mês e meio, nada houve digno de registo no passado mórbido da pobre criança.

Nesta ocasião notou-se um aumento de volume no perna direita, e braço esquerdo, tendo aquele terminada sem qualquer medicamento e êste último deu origem a uma colecção purulenta na prega dígito-palmar, correspondente ao dedo mínimo. Mais tarde veio à supuração o cotovelo direito; finalmente instalou-se a sintomatologia duma coxalgia esquerda, que pela mãe foi reconhecido sómente depois de se ter coleccionado um volumoso abcesso na parte superior e externa da côxa e do mesmo lado.

Temperaturas elevadas, dôres fortes, impotência funcional absoluta; a criança mantêm sempre as pernas em flexão sôbre as côxas e estas flectidas sôbre o abdómen; defende-se e não permite os mais ligeiros movimentos; há dôr viva e espontânea; a criança recusa-se a tomar leite; duma palidez de cera vai emmagracendo dia a dia.

O cotovelo direito supura; ulcerado, apresenta um trajecto fistuloso em comunicação com a articulação. Polimacroadenites nas virilhas e axilas.

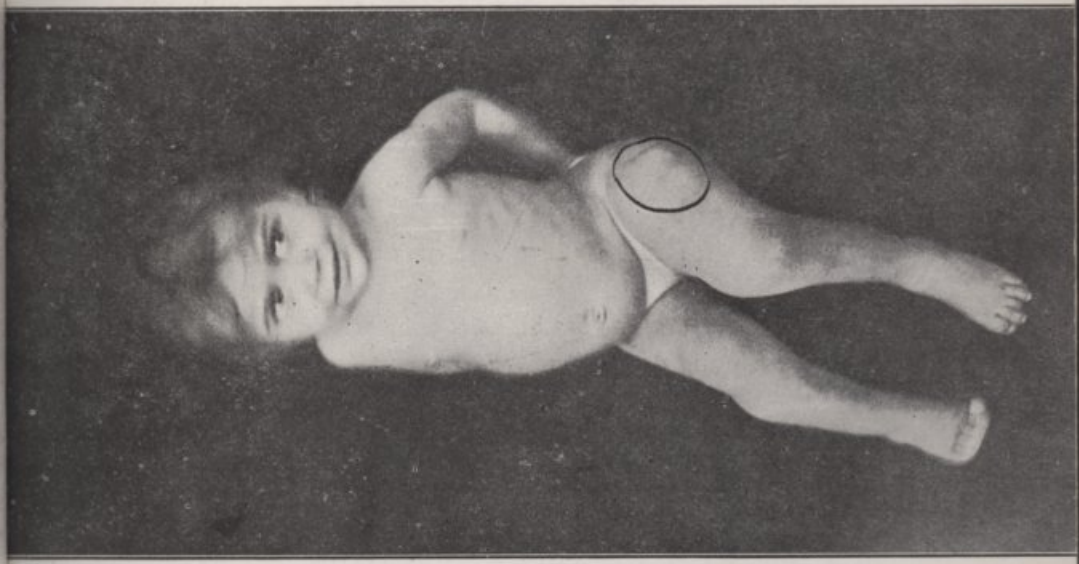
Principia com o tratamento pelo Sol; dez dias são gastos em se aclimatar: presta-se com prazer a esta terapêutica; a temperatura vem baixando progressivamente, à medida que o organismo vai beneficiando do Sol.

O abcesso ossifluente, de enormes, dimensões está muito superficial; a pele lisa, distendida encontra-se já comprometida no processo.

Há necessidade de puncionar o que se fez com um trocate; usa-se o aspirador Dieulafoy; extráem-se 200 centímetros cúbicos de pus; o último vem corado de sangue; houve aspiração exagerada.

ERVAÇÃO XCII

Fig. 97 — Curada ao fim de 40 dias



BSERVAÇÃO XCII

Fig. 96 — Coxalgia e abcesso ossifluente

Continuam os banhos de Sol; as lesões no braço no fim de quinze dias não teem supuração, exsuda apenas um líquido ligeiramente turvo.

O abcesso tornou a coleccionar-se; sente-se uma espécie de crepitação sanguínea.

Faz-se de novo aspiração, mas os trocates obturam-se com coágulos, de modo que não é possivel conseguir o esvasiamento completo.

Faz-se uma estreita punção com o bisturi através da qual se consegue eliminar uma quantidade apreciável de sangue em pequenos coágulos.

A exposição ao Sol determina o aparececimento de gomos carnudos, vermelhos, rutilantes e em abundância. O trabalho de cicatrização avança. Ausência completa de pus. O estado geral modifica-se por completo; não há já febre e a criancinha alimenta-se.

Aumentando de 5 minutos, dia a dia, a duração do banho do Sol atingiu duas horas de insolação total, número que não foi ultrapassado; a pigmentação foi tardia de começo, mas por fim tornou-se bem acentuada, não tendo sido registado qualquer sinal de intolerância da pele, nem dos diferentes orgãos e aparelhos.

Sem quaisquer tópicos, nem outra medicação a cicatrização e a cura dá-se com rapidez extrema.

Sem deformação na forma e contôrno da côxa, há um pequeno encurtamento de meio centímetro neste membro, que cede a uma suave extensão.

A mãe apenas conseguiu a cicatrização das lesões, a melhoria do estado geral, a ausência de dôr e o socêgo da criança recusa-se a permanecer no hospital; sai contra conselho médico; apesar de se ter mostrado a conveniência em se demorar mais algum tempo para

desfazer duma maneira definitiva e decisiva êste ligeiro encurtamento insiste e sai.

A fotografia que adiante publicamos, foi tirada um mês depois de saída de C. 1. M.

Mantêm-se no mesmo estado e a criança está de facto curada.

E. M. S. R. J. M. G. A. R. S. A. R.

Fig. 98 — Abandonaram as muletas

Observação XCIII

Artrite do joelho esquerdo; flexão de 90°; movimentos quási nulos; estado geral péssimo. — Banhos de Sol; extensão contínua e progressiva; membro já em extensão completa e executando alguns movimentos. — Sai claudicando.

B. de J., 47 anos, trabalhadora de serviços rurais.

A. H. — Não conheceu os pais.

A. P. — Impaludismo durante tres anos; por vezes hemorragias rectais. Esteve há dois anos e meio no hospital com osteíte da bacia, apresentando hoje ainda algumas cicatrizes e um trajecto fistuloso em comunicação com a espinha ilíaca antero-superior e direita.

H. P. — Nota, talvez há mais de um ano, «um enfraquecimento» das articulações dos joelhos; dôres vagas, quási sempre mais fortes de manhã, ao levantar, do que durante o dia; tumefacção não muito acentuada.

Ha meses apanhou um resfriamento grande; o sofrimento exacerbou-se; a tumefacção aumentou, a impossibilidade funcional tornou-se completa. Foi obrigada a permanecer no leito e agora, porque as melhoras não vinham e o estado geral peorava dia a dia, recorreu ao hospital.

O joelho esquerdo está de grandes dimensões, duro,

extremamente sensível, causando dôres insuportáveis quando se tenta qualquer movimento; a perna apresenta-se em flexão de 90° sôbre a côxa; o joelho esquerdo, menos volumoso, doloroso à pressão, sem flutuacão verdadeira, nem falsa, encontra-se liso sem as depressões peri-rotulianas e permite alguns movimentos.

Hipertemia geral e hipertemia local.

Rêde venosa superficial, dilatada bastante.

Atrofia muscular bilateral sobretudo à esquerda.

Gânglios nas virilhas.

Emmagrecimento; torax de aspecto suspeito; ralas pulmonares à direita; tosse; expectoração abundante; suores de madrugada. Insónias.

Recusa alimentar-se.

Sem elementos anormais nas urinas: baixa de urea e riqueza em productos minerais.

Havia feito uso de sanguesugas e de revulsivos vários; sem melhoras apreciáveis.

Começou em seguida com os banhos de Sol, num tratamento intensivo, multiplicando as sessões durante o dia. A adaptação deu-se sem reacção de qualquer natureza e ao fim de vinte dias os membros inferiores eram beneficiados diariamente durante duas horas.

Internamente tomou óleo de figado de bacalhau.

Apenas decorreram quinze dias fez-se a aplicação dum aparelho de extensão contínua à perna esquerda, sendo de ½ quilograma o respectivo pêso; a articulação direita era imobilizada dentro duma goteira de gêsso de dentro da qual saía durante a insolação.

Os efeitos analgésicos das primeiras sessões foram verdadeiramente maravilhosos; o apetite nasce e cresce;

a temperatura baixa, havendo por vezes *poussées* ligeiras após o banho solar; a nutrição torna-se magnífica e o perímetro das articulações vai diminuindo progressivamente.

Depois das horas de tratamento tinham quási sempre mais ½ centimetro.

A doente pigmenta-se, a sudação é enorme.

Os movimentos à direita tornam-se cada vez menos dolorosos e de maior amplitude.

As melhoras da articulação esquerda foram aparecendo com muito maior lentidão, no emtanto surpreendente comparativamente com o que é costume dar-se nestes processos patológicos.

O pêso do aparelho de extensão atingiu 3 quilogramas sem provocar sofrimento; a extensão é quási completa. Ha uma dôr ligeira à pressão sôbre os côndilos.

Em junho de 1914 a doente começa a mobilizar esta articulação; êste trabalho prosegue metódicamente; fazem-se massagens ligeiras, e pouco a pouco se vão acentuando os trabalhos de flexão.

Em 25 de setembro a doente pede alta; recusa-se-lhe. Insiste e sai claudicando, mas sem dôres; com movimentos normais da articulação direita; com pequena amplitude dos movimentos à esquerda e com êste joelho levemente aumentado de grandeza.

Soubemos por informações que retomou o seu modo de vida.

Observação XCIV

Artrite do joelho direito. — Fístulas. — Supuração. — Pasta de Beck. — Helioterápia.

M. da C., 22 anos, criada de servir, n.º 212, C. 2 M.

Conta que estivera já neste hospital há 11 anos, onde sofreu uma operação no pé no qual tinha osteíte. Em conseqüência dessa intervenção a perna e o pé direitos ficaram com a grandeza que pussuiam aos 11 anos.

Não dá informações precisas, mas talvez que as cartilagens de crescimento hajam sido interessadas no acto operatório.

Escrofulosa sempre, tem usado banhos de mar quási todos os anos. Ultimamente foi acometida por impaludismo.

Em 24 de junho conseguiu ser internada porque, dez dias antes e em seguida a um resfriamento, sentiu uma dôr forte no lado interno do joelho, à qual se sucedeu tumefacção e rubor.

Após os sinais de inflamação veio uma colecção purulenta, que abriu espontâneamente na face externa da articulação, um centimetro acima da linha que passa pelo rebordo superior da rótula. Só então as dôres abrandaram e a temperatura baixou de 39°,5 para 38°, oscilando durante muito tempo entre êste valor e 37°.

O pus foi abundante e de aspecto característico.

Língua saburrosa, mau hálito, constipação de ventre; anorexia.

O trajecto, que daquele modo se estabeleceu, estava

em ligação directa com a cavidade articular. A perna está em ligeira flexão sôbre a côxa.

Começou o tratamento com injecções de pasta de Beck, que lhe produziam no dia seguinte dôres horrorosas e por vezes uma elevação febril. Repetiram-se os tratamentos semana a semana e a par de todos os sinais reveladores de melhoras dignas de apreço, constatava-se a capacidade cada vez menor da cavidade articular e do descolamento.

A supuração foi baixando também progressivamente. Em 2 de outubro parecia concluida a cicatrização, mas a doente sofre ainda e tem a sensação de vazio dentro do joelho.

Não pode apoiar-se, nem fazer sôbre êle o mais pequeno esforço. E na verdade no dia 12 a cicatriz correspondente ao orifício primitivo amolece, ulcera-se, perfura-se e dá saida a uma exsudação não muito abundante, nem de mau aspecto; é sero-purulenta.

Ensaia-se agora a helioterápia; o Sol falta muita vez, mas empregam-se em sua substituição os banhos de ar e de luz natural e é interessante notar que até êstes mesmos teem um poder eliminador brilhante, pois sem expressão, nem qualquer outro procedimento faziam aflorar à superfície fragmentos de pasta, que se encontravam retidos pelos tecidos lesados.

Os pensos da manhã não se apresentavam conspurcados; exsudação era praticamente nula.

Não tornou a haver dôres e a doente principiou a caminhar encostada a uma cadeira.

Em 2 de dezembro a doente pediu alta; saiu quási curada; estreita ulceração no local anteriormente descrito, cumunicando com um trajecto fistuloso de 2

centímetros de profundidade, de bordos rutilantes, sangrando muito, sem tecido fungoso, nem supuração.

Observação XCV

Artrite do joelho; flexão ligeira, dôres fortes. — Banhos de Sol, imobilização; reabsorpção do derrame intra-articular, imobilização progressiva. — Curada.

F., 9 anos, C. 1. H. Coimbra.

A. H. — Pais saudáveis.

A. P. — Nada de importante no seu passado.

H. P. — Há dois anos e meio deu entrada no hospital com uma artrite do joelho direito, que lhe impossibilitava a marcha. Durante dois meses foi tratada com calor e revulsivos, tendo adquirido bastantes melhoras.

Saíu depois, mas claudicava; não podia apoiar-se sôbre o membro inferior direito porque se fléctia pelo joelho, mesmo involuntariamente.

Esta articulação aumentava de volume e uma dôr ora vaga, ora aguda era a sua companheira permanente.

Consultou alguns médicos que aconselharam imobilização, que foi usada durante bastante tempo.

Houve entretanto várias *poussées* tratadas com cataplasmas de linhaça quentes, tintura de iodo etc.

Ultimamente o seu estado agravou-se e recolheu de novo a C. 1. M.

E. A. — O joelho está aumentado de volume, a

Observação XCV

Fig. 99 — Artrite do joelho

Observação XCV

Fig. 100 — Mobilidade recuperada

perna flectida ligeiramente sôbre a côxa e em rotação externa; as bitesgas estão cheias de fungosidades, dando uma sensação falsa de fluctuação. Dôr à pressão sobretudo do lado interno entre o rebordo tibial e o côndilo interno. Rêde venosa superficial dilatada.

Hipertemia local e geral. Movimentos de flexão e de extensão muito reduzidos e causando sofrimento interno. A marcha impossível.

Gânglios do triângulo de Scarpa muito aumentados de grandeza, indolores e rolando sob os dedos. Não se reconhece adenopatia na cavidade poplitea.

Emmagrecimento geral; inapetencia.

Sem elementos anormais nas urinas.

A doente inicia o seu tratamento precisamente segundo a técnica descrita.

As dôres diminuiam ao fim de dois dias de insolação. Faz-se a aplicação duma tala posterior, bem algodoada, fixada na parte inferior da perna e superior da côxa, permitindo o arejamento quási completo de todo o membro.

A imobilização com a helioterápia, deu-lhe um alívio completo e não mais tornou a sentir um ligeiro incómodo sequer.

A pele pigmenta-se.

Teve de comêço elevação febril durante três dias, que a afastaram do tratamento nêsse tempo. As modificações do estado geral são assombrosas. Quando o Sol faltava fazia também a sua sessão de cura, exposta ao ar.

O volume foi diminuindo duma maneira progressiva ao mesmo tempo que se tornavam visíveis as irregularidades da forma do joelho e diminuia a psendo fluctuação.

Ao fim de vinte dias de tratamento, esta havia terminado por completo.

Internamente a doente usa óleo de fígado de bacalhau.

Quando se levantou a tala definitivamente, a articulação do joelho defendia-se e não permitia a flexão. Aquele facto só se deu quando cessaram todos os simtomas objectivos que caracterizavam a artrite e, caso interessante, não havia atrofia muscular nem óssea. Talvez até que existisse um maior volume de massa muscular do lado doente.

Fizeram-se em seguida algumas massagens suaves e pouco a pouco se foram readquirindo os movimentos da articulação, sendo perfeita, completa e indolor a flexão, como a gravura demonstra.

Observação XCVI

Artrite do joelho de evolução lenta; não cedeu à medicação antireumatismal. — Banhos de ar e de Sol; imobilização; cura.

M. R., n.º 35, C. 2. M.

A. H. — Mãe falecida com uma aneurisma.

Três irmãos saudáveis.

A. P. — Cloro-anemia aos 18 anos.

Nega sífilis, infecção gonococica e reumatismo.

H. P. — Ha 20 anos, durante um puerpério, experimentou uma dôr forte, permanente, localizada no joelho direito e que resistiu a todos os tratamentos, durante 6 meses. Cessou ao fim dêste tempo para reaparecer