

TUMOR BRANCO DO JOELHO NA INFANCIA

75/2 EMC

790

Abel Brandão Leite P. Cardoso de Menezes

TUMOR BRANCO DO JOELHO

NA

INFANCIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
Imprensa Portugueza
RUA FORMOSA, 112
—
1894

75/2 EME

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima

SECRETARIO O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica	Illídio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	{ Maximiano A. Lemos. Vaga.
Secção cirurgica	{ Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto C. de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
----------------------------	------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, art.º 155.º)

À MEMORIA DE MEUS PAES

A minhas irmãs

E

A MEUS IRMÃOS

A MEUS TIOS

AOS MEUS PARENTES

AOS MEUS INTIMOS

Annibal Lopes Brou
Bernardo da Silva
Julio Sardinha
Manoel Pereira Pinto de Miranda
Silvestre Marques

AO MEU COMPANHEIRO DE CASA

D. Francisco de Salles Sotto-Mayor

E

SUA EX.^{MA} FAMILIA

AOS MEUS CONDISCIPULOS

EM ESPECIAL A

Armando da Cunha Azevedo
Clemente Joaquim dos Santos Pinto
Eduardo Maia
Francisco da Silva Carvalho
José Baptista Gonçalves Dias Junior
Joaquim Manoel Cabral
João Monteiro Guedes
Narciso da Silva Guimarães
Pedro Alexandrino de Sousa
Joaquim José Pinto
Julio de Carvalho Baptista

Aos meus contemporaneos

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Antonio José dos Santos
Agostinho José dos Santos
Dr. Fernando d'Almeida
Dr. José Alves Ferreira da Silva
Dr. Eduardo Moura
Dr. José Vicente d'Araujo
Dr. José Rocha
João Bessa da Silva
João Braga
Gabriel José dos Santos
Pedro José dos Santos
Pedro Augusto Ferreira
Manoel Malvar Guedes
Vicente de Bessa
Albano Augusto d'Oliveira

AO ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

E

SEUS EX.^{MOS} IRMÃOS

AO ILLUSTRADO CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O EX.^{mo} SR.

Dr. Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos

INTRODUÇÃO

Com o nome de tuberculose ossea estudaremos as diversas lesões do esqueleto causadas geralmente pelo bacillo de Koch. Em 1865 a tuberculose era considerada como uma affecção geral, diathesica, causada por tudo o que empobrecia o organismo. A 5 de dezembro d'este mesmo anno, Villemin, n'uma communição feita á Academia de Pariz, estabeleceu as proposições seguintes:

1.º *A tuberculose é o effeito d'um agente causal especifico, d'um virus n'uma palavra;*

2.º *Este agente deve achar-se nos productos morbidos que determina pela sua acção directa sobre os elementos normaes affectados;*

3.º *Introduzido n'um organismo susceptivel*

de ser impressionado, este agente deve reproduzir-se e reproduzir ao mesmo tempo a doença de que é causa determinante.

Em 1868, Chauveau confirma as experiencias de Villemin com os seus trabalhos sobre a tuberculisação por ingestão. Desde 1877 a 1882 é grande o numero de vultos que se occuparam d'este assumpto, devendo notar-se, entre outros, Klebs e Toussaint, que julgaram ter encontrado o verdadeiro agente pathogenico d'esta doença.

Este merito pertence sem duvida a Koch, que em 1882 deu todas as provas necessarias á demonstração do parasitismo virulento da tuberculose.

PRIMEIRA PARTE

CAPITULO I

Lesões osseas

Richet distinguia tres fórmas nos tumores brancos, segundo começavam pela cartilagem, pela synovial ou pelo proprio osso. Hoje, graças aos trabalhos de Volkmann, Lannelongue e outros, esta divisão não é exacta, visto as lesões serem quasi sempre de origem ossea.

Estudaremos as lesões osseas no seu conjuncto, desde o pequeno fóco inicial até ás destruições avançadas que terminam pela luxação pathologica e a anquilose.

Referir-nos-hemos em seguida ás alterações da synovial e das partes molles peri-articulares. Todos os ossos que formam a articulação do joelho podem ser o ponto de partida do tumor branco.

Em 28 casos observados por Ollier viu-se:

Origem tibial, 17.

Origem femural, 9.

Origem rotuliana, 2.

Outra estatística, devida a Willemer, dá-nos:

Origem tibial, 8.

Origem femural, 4.

Origem rotuliana, 0.

D'estas estatísticas se deduz que é na tibia que o bacillo tuberculoso se localisa de preferencia. Como explicar esta predilecção do bacillo de Koch? Explica-se talvez pela estrutura eminentemente esponjosa e vascular d'este osso, bem como pelas pressões enormes que supporta. A lesão inicial da tibia póde ser epiphysaria, diaphysaria e diaphyso-epiphysaria, isto é, occupar a cartilagem de conjugação, interessando ao mesmo tempo a diaphyse e a epiphyse. No femur a lesão póde ser epiphysaria ou diaphysaria, sendo a sua séde quasi sempre posterior, quer atraz dos condylos, quer ao nivel da chanfradura inter-condyliana.

A rotula rarissimas vezes é o ponto de partida da lesão. Estas lesões osseas, qualquer que seja a sua localisação, apresentam sempre o mesmo aspecto e seguem a mesma evolução.

Fazendo um corte sobre a parte atacada d'um osso observa-se uma mancha d'um branco amarelado, distinguindo-se nitidamente da parte sã. Esta mancha é constituída por uma cavidade revestida d'uma membrana fungosa, na qual se distinguem foliculos tuberculosos disseminados em toda a sua superficie. No interior d'esta cavidade existe uma materia caseosa semi-solida mais ou menos abundante. Em volta o osso apresenta uma zona bastante extensa de osteite rarefaciente. São estas as lesões banaes do tuberculo enkistado dos ossos; vejamos como ellas se propagam á synovial. Póde o periosseo ser attingido e mesmo perfurado, dando lugar assim a um abcesso frio peri-articular, ou então á articulação ser logo invadida. N'este caso a cartilagem de encrustamento altera-se na sua face profunda até se perfurar, derramando-se em seguida o conteúdo do fóco na cavidade articular. Podem então sobrevir os signaes d'uma arthrite aguda cuja mancha é mais ou menos insidiosa. Depois da cartilagem é a parte adjacente da synovial que se tuberculisa. No começo observam-se finas granações e mais tarde apparecem então as fungosidades. Emquanto a synovial se torna fungosa, os fócos osseos não ficam estacionarios,

mas continuam a estender-se. Nós já vimos como elles, desembaraçando-se do seu conteúdo, constituíam as cavernas que mais tarde determinavam a formação de sequestros.

Estes são em principio difficeis de reconhecer, visto a textura macroscopica do osso estar pouco alterada. Mais tarde tomam uma côr amarellada, distinguindo-se mais facilmente. Depois de constituido, o sequestro actua como corpo extranho, provocando em volta uma osteite rarefaciente que o isola e torna movel. Estes sequestros são alojados em cavernas de paredes duplas, sendo uma d'estas dura e quasi que constituida por tecido esponjoso e uma pequena lamina de tecido compacto. A outra, bastante molle, é formada por uma membrana fungosa de 2 a 5 millimetros de espessura. No ponto onde a caverna se abre na articulação, a membrana fungosa que a tapeta reflecte-se pelo orificio de communicação, continuando directamente com a synovial que tem o mesmo aspecto e a mesma textura histologica. Esta continuidade indica-nos nitidamente o modo de invasão da serosa.

Quando o sequestro é movel na caverna que o encerra, é separado d'ella por um intervallo de alguns millimetros cheio d'um liquido sero-

purulento. O sequestro póde ter a mesma fórma e dimensões da caverna. Encontram-se algumas vezes varios sequestros na mesma caverna que determinam suppurações prolongadas. N'um estado mais adiantado da doença, a epiphyse destaca-se e cahe na cavidade articular actuando como corpo estranho. Apparece então uma reacção inflammatoria intensa que nos leva por vezes a intervir cirurgicamente.

Muitas vezes encontram-se não lesões circumscriptas, mas infiltrações diffusas das epiphyses, sobretudo quando as alterações da synovial predominam. Qualquer que seja a fórma da tuberculose ossea o joelho toma quasi sempre uma posição viciosa principalmente quando o membro não é immobilizado. É curioso ver como a litteratura medica é pobre no que diz respeito ás luxações pathologicas do joelho. O factó surprehende-nos tanto mais quanto é certo que os cirurgiões se têm dedicado com interesse ao estudo das luxações da coxo-tuberculose. Umas e outras têm importancia visto obedecerem a leis fixas e apresentarem-se sempre com o mesmo aspecto. Foi Bonnet o primeiro que no seu tratado das doenças das articulações enumerou as differentes posições que

póde tomar um joelho affectado de arthrite tuberculosa.

Estas luxações fazem-se d'uma maneira lenta e progressiva, podendo, todavia apparecer bruscamente. A primeira d'estas luxações é a que se observa geralmente e parece ser devida ás contracturas musculares que favorecem mais ou menos o amollecimento das extremidades osseas.

CAPITULO II

Lesões das partes molles

Synovial

Já vimos no principio do nosso trabalho que a tuberculose da synovial do joelho é quasi sempre consecutiva a um fóco de osteite. Apresenta-se debaixo de tres fórmas: hydarthrose, synovite fungosa e pyarthrose. A hydarthrose tuberculosa póde ser aguda ou chronica. A chronica, assignalada em 1878 por Lannelongue com o nome de synovite granulosa, é caracterisada clinicamente por um derrame que

apparece bruscamente e sem reacção alguma. As lesões da synovial consistem em granulações miliares.

A forma aguda é muito mais rara e quasi sempre secundaria. O derrame sobrevem bruscamente e sem causa apreciavel, tornando-se logo o joelho bastante doloroso. A resolução é vulgar e dá-se quasi sempre durante o primeiro mez, mas póde acontecer tambem que a hydarthrose se transforme n'uma synovite fungosa. Abrindo então a articulação, vê-se a synovial mais ou menos espessa e a sua face interna avermelhada e congestionada. A quantidade do liquido recolhido oscilla entre 50 a 150 grammas.

Synovite fungosa—É esta a forma que geralmente se encontra no joelho tuberculoso. Tanto na forma primitiva como na secundaria, o joelho augmenta consideravelmente de volume, tornando-se cylindrico ou antes fusiforme.

Os pontos onde as fungosidades apparecem mais frequentemente são o contorno da rotula, o fundo de sacco sub-tricipital e o ponto de inserção dos ligamentos cruzados. Estas fungosidades não ficam limitadas á synovial, mas invadem as bolsas serosas, sobretudo a bolsa commum ao gêmeo interno e semi-membra-

noso e a do musculo popliteo. Assim se explica a apparição d'um certo numero de abcessos frios da cavidade poplitea. Qualquer que seja a sua séde, estas fungosidades curam-se por sclerose e retracção fibrosa, podendo tambem, por vezes, experimentar-se a caseificação e fusão purulenta.

Pyarthrose tuberculosa e abcessos frios do joelho—A arthrite tuberculosa póde percorrer toda a sua evolução e curar mesmo sem suppuração. Isto é sobretudo frequente quando o membro é immobilisado desde o principio e o doente se acha em boas condições hygienicas. Os abcessos podem formar-se quer na synovial, quer nos tecidos peri-articulares. No primeiro caso constituem os abcessos frios intra-articulares; no segundo são os abcessos circumvisinhos de Gerdy ou peri-articulares de Koenig.

O abcesso frio intra-articular é ás vezes consecutivo á abertura d'um foco caseoso do femur ou da tibia na junctura. Outras vezes é uma hyarthrose tuberculosa cujo conteúdo se transforma n'um liquido puriforme.

A pyarthrose tem muitas vezes outra origem. O liquido que a constitue resulta da fusão dos tuberculos contidos nas fungosidades da synovial. Os abcessos frios peri-articulares teem

uma triplice origem: synovial, ossea e ganglionar. Quando derivam da synovial, as fungosidades nascem da face externa da serosa, perfuram a capsula e espalham-se no tecido celular ambiente, experimentando a transformação purulenta. Dos abcessos ossi-fluentes do joelho, já nos occupamos e vimos que elles podiam ter origem em qualquer dos tres ossos da articulação. A terceira variedade é muito rara e resulta d'uma suppuração tuberculosa dos ganglios popliteos. Não insistiremos sobre a evolução d'estes abcessos, que, uma vez abertos, se tornam fistulosos, sobretudo quando entretidos por um fóco de osteite.

Ligamentos e capsula—Só excepcionalmente é que os ligamentos são invadidos primitivamente pela tuberculose. Lannelongue cita um caso d'um foco inicial do ligamento rotuliano. A capsula é quasi sempre destruida secundariamente por propagação das lesões osseas ou synovias. Os ligamentos cruzados são os mais expostos.

Lesões peri-articulares — Não insistiremos sobre as destruições dos tegumentos que podem ser mais ou menos extensas. Na cavidade poplitea encontram-se alterações ganglionares, musculares e nervosas. A adenite poplitea é frequente no tumor branco do joelho mas diffi-

cil de encontrar. Traduz-se apenas por um empastamento geral da região. O bacillo pôde percorrer os lymphaticos da coxa e ir infectar os ganglios da virilha.

Os nervos pouco ou nada soffrem. Não acontece o mesmo com os vasos, cujas paredes podem ser destruidas.

O membro inferior apresenta, no seu conjuncto, uma atrophia mais accentuada nos musculos da coxa que nos da perna. Esta falta de desenvolvimento traduz-se muitas vezes por um encurtamento de dois a tres centimetros. Outras vezes porém observa-se um ligeiro allongamento, devido, segundo uns, á interposição de fungosidades entre as superficies articulares, segundo outros a uma exaggeração irritativa das propriedades osteogenicas da cartilagem de conjugação.

Symptomatologia

Os symptomas do tumor branco do joelho no seu principio são de tal maneira insidiosos que é difficil, por vezes, affirmar a natureza da doença. A marcha é essencialmente lenta, não se notando nem vermelhidão nem calor na articulação. O primeiro symptoma que apparece

é a dór, dór fixa, acalmando pelo repouso, exaggerada pela pressão, pelos movimentos, emfim por qualquer esforço. Passado algum tempo tumefaz-se a região, tumefacção em parte devida ao processo tuberculoso, pela formação dos tuberculos e alterações que estes soffrem, em parte devida á inflammação dos tecidos vizinhos, irritados pela proximidade da lesão.

A tumefacção vae augmentando pela formação de fungosidades articulares e o joelho torna-se cylindrico. Segundo o predominio das lesões, articulares ou osseas, assim a tumefacção se torna mais ou menos fluctuante.

Os movimentos, já prejudicados pela dór, vão-se reduzindo cada vez mais, não podendo finalmente o doente jogar com a articulação.

A impossibilidade de movimentos extensos e completos, acarreta ao doente attitudes viciosas que são de alta importancia para o diagnostico. Bonnet admitte quatro variedades de deslocamentos consecutivos ao tumor branco do joelho:

- 1.º Saliencia do joelho para dentro sem luxação.
- 2.º Luxação da tibia para diante.
- 3.º Luxação da tibia para traz.
- 4.º Luxação da tibia para traz e para fóra

com rotação d'este mesmo osso igualmente para fóra. Em qualquer d'estas posições o membro atrophia-se mais ou menos.

Os poucos movimentos que o doente póde imprimir á articulação são acompanhados de estalidos que denotam as alterações profundas das partes doentes. A caseificação não é a terminação fatal de todo o processo tuberculoso, mas é todavia o mais frequente. A massa caseosa vae-se accumulando, apparecendo em seguida as suppurações interminaveis das arthrites fungosas. Os tegumentos ulceram-se formando-se trajectos fistulosos pelos quaes o pús sahe para o exterior.

Este pús, bastante fetido, arrasta trabeculas osseas necrosadas em maior ou menor numero. Introduzindo um estylete por estas fistulas, encontra-se por vezes uma superficie dura e mobil que é o sequestro. São estes sequestros que muitas vezes mantem os trajectos fistulosos, impedindo a cicatrização. Além d'estes symptomas, temos mais o estado geral do doente, no qual se repercute a existencia da tuberculose localisada.

As forças do doente vão diminuindo dia a dia se uma intervenção opportuna e um tratamento geral se não instituem.

SEGUNDA PARTE

Indicações therapeuticas

As osteo-arthrites tuberculosas do joelho reclamam, como todas as tuberculoses cirurgicas, um duplo tratamento: um tratamento geral, hygienico e reconstituente, que é de grande importancia, mas que nada offerece de particular, e um tratamento local que nós teremos quasi que unicamente em vista. Ha duas cousas a considerar na therapeutica dos tumores brancos do joelho: d'uma parte as manifestações bacillares propriamente ditas que se apresentam debaixo da fórma de fungosidades ou abcessos; d'outra parte as deformações e attitudes viciosas que deverão ser prevenidas, se possivel fôr, ou corrigidas depois da sua producção.

CAPITULO I

**Tratamento das manifestações
tuberculosas do joelho**

É indispensavel distinguir um certo numero de fórmãs. Não se poderia applicar o mesmo tratamento a uma synovite fungosa ligeira e ainda em principio e a um tumor branco supurado, fistuloso e de focos multiplos. Deveremos pois distinguir os tres typos seguintes:

Arthrites tuberculosas não suppuradas. Arthrites tuberculosas suppuradas benignas. Arthrites tuberculosas suppuradas graves.

Arthrites tuberculosas não suppuradas

Immobilisação, compressão e revulsão, tal é a velha formula que synthetisa o tratamento ha muitos annos empregado.

A immobilisação não exerce certamente uma acção directa sobre o bacillo e seus productos, mas é uma condição quasi indispensavel, senão para curar, pelo menos para impedir que o mal continue a estender-se. Acalma as dores, mo-

dera a inflamação e tem a grande vantagem de evitar as attitudes viciosas. Obtem-se collocando o membro n'uma gotteira gessada que se estenda desde o pé até á parte superior da coxa.

No caso de contracturas musculares em que apparecem dores vivas, deve recórrer-se então á extensão continua, não devendo comtudo esta prolongar-se por muito tempo para evitar o relaxamento do apparelho ligamentoso do joelho.

A compressão expulsa os liquidos da articulação e favorece a atrophia das fungosidades. A revulsão, quer debaixo da fórmula de vesicatórios, quer empregando pontas de fogo ou tintura de iodo, é d'uma efficacia duvidosa. Tem-se procurado outros meios de atacar mais directamente as lesões. A ignipunctura foi a primeira tentativa d'este genero, vindo em seguida as injeções intersticiaes. Hueter, na pratica d'estas injeções empregava uma solução phenicada a 2 ou 3 por 100. Le Fort empregava as injeções intersticiaes com uma solução de sulfato de zinco.

Bruns e Krause usaram a glycerina iodoformada.

Estas injeções teem sido empregadas com bom exito por Lannelongue, constituindo o chamado methodo sclerogenico. Por este processo

obtem-se em volta das fungosidades um tecido fibroso especial em que grande numero de vasos são obliterados, ou contrahidos, e em que os lymphaticos faltam quasi completamente. Este tecido assim desprovido de lymphaticos torna-se refractario á infecção tuberculosa, constituindo assim uma especie de barreira. A consequencia immediata da injeccão é a transformação do neoplasma tuberculoso em tecido fibroso, graças ao affluxo de quantidades enormes de elementos embryonarios, á obliteração e á atresia dos vasos da synovial. As injeccões praticam-se com uma solução de chloreto de zinco ao decimo. Será bom, diz Lannelongue, operar a transformação da synovial n'uma só sessão, para o que se devem injectar doses relativamente consideraveis do medicamento, isto é, 40 a 50 gottas. Para dar estas injeccões Lannelongue procede da maneira seguinte:

Introduz a agulha da seringa por cima do fundo de sacco superior de maneira a tocar o femur ao nivel da reflexão da synovial fungosa e deposita a solução sobre o femur, acima e principalmente abaixo do periosseo.

As partes da synovial collocadas abaixo da rotula, de cada lado do ligamento rotuliano, tambem são accessiveis, mas importa proceder com

methodo para evitar maus resultados. Toma-se a parte da synovial collocada por baixo da rotula, adiante do ligamento rotuliano, introduz-se a agulha pelo bordo da rotula, dirigindo-a parallelamente ao bordo do ligamento rotuliano, um centimetro por dentro d'este bordo, e deixam-se cahir duas gottas da soluçãõ; inclinando a agulha podemos dar uma segunda injeccãõ mais por dentro. Para tornar a transformação mais rapida e mais segura é conveniente injectar a mesma quantidade de medicamento parallelamente ao bordo superior da epiphyse da tibia, ao nivel da reflexãõ e muito proximo do seu bordo anterior.

O membro deve ser collocado immediatamente ou passados tres dias n'uma gotteira gessada para evitar qualquer movimento. Para prevenir o apparecimento de escharas, deve introduzir-se a agulha de fórma a attingir a aponevrose e até mesmo a camada superficial das fungosidades. Para a synovial infra-rotuliana procede-se da mesma fórma. A dilataçãõ e a reacçãõ inflammatoria apparecem promptamente passadas 24 horas. O joelho é uniformemente dilatado e a pelle torna-se vermelha e luzidia. Apresenta por vezes uma rede venosa analogã á que se observa á superficie dos sarcomas.

Esta circulação superficial indica que os vasos profundos foram obliterados em grande parte pelo medicamento. A reacção é proporcional á dóse de chloreto empregado e ao titulo da solução. A elevação da temperatura nunca excede 39° e cahe á normal depois de alguns dias. Ao segundo dia, a palpação revela-nos já uma mudança de consistencia bastante consideravel; os tecidos fungosos mais resistentes acham-se mais tensos. A irritação propaga-se ao periosseo e ao proprio osso, tornando este mais volumoso. No oitavo dia toda a reacção inflammatoria desaparece por completo.

As fungosidades assim transformadas apresentam uma consistencia lenhosa, o que levou Lannelongue a chamar-lhe fibroma synovial.

Então a articulação deve ser submettida á uma compressão energica durante seis semanas a um mez. A synovial, em principio muito espessa, diminue pouco a pouco e toma o seu volume normal, ao mesmo tempo que os movimentos apparecem de novo. Um dos accidentes mais serios e mais frequentes d'este methodo, é o apparecimento d'um derrame sanguineo no interior da articulação. Este derrame parece ser devido a rupturas vasculares consecutivas á congestão inflammatoria. As escharas

constituem tambem uma complicação bastante séria, mas que se evita perfeitamente introduzindo a agulha profundamente, de modo a atingir a aponevrose. É este um dos methodos de tratamento que deve ser ensaiado visto os successos que por elle têm colhido grande numero de cirurgiões.

Em seis casos de arthrites fungosas do joelho, apresentados por Lannelongue no ultimo congresso de cirurgia e tratados por este methodo, cinco ficaram curados.

Nós concluiremos dizendo que para as arthrites fungosas não suppuradas, o methodo sclerogenico deve sempre ser empregado. Para o resultado ser mais seguro convem sempre desde o principio immobilisar o membro e exercer uma compressão mais ou menos demorada. A massagem e a electricidade podem concorrer igualmente para a cura.

Arthrites tuberculosas suppuradas

Comprehenderemos debaixo d'este titulo todas as variedades d'abcessos, quer elles sejam peri ou intra-articulares, quer provenham d'um foco osseo (caverna ou sequestro). O que caracteriza os tumores brancos suppurados é a ir-

regularidade na distribuição das lesões, bem como a sua marcha mais ou menos insidiosa. É n'esta fôrma que geralmente estão indicadas a arthrectomia e a resecção.

A arthrectomia foi feita pela primeira vez por Wolkmann. Consiste na extirpação, quer da synovial, quer da capsula e synovial. Phocas descreve com o nome de arthrectomia ossea uma operação em que combina a excisão da synovial com a legração dos focos epiphysarios.

Não obstante as numerosas publicações que ultimamente têm apparecido, a arthrectomia é uma operação cujo valor definitivo se não acha ainda estabelecido. As suas indicações são bastante limitadas, visto a raridade das lesões exclusivamente synoviales na infancia. Apenas convem nas synovites fungosas ligeiras, quer sejam seccas, quer se acompanhem d'abcessos independentes do esqueleto. Praticada n'estas condições, a arthrectomia não é isenta de perigos: a ferida extensa que fica depois da extirpação da synovial é uma porta de entrada para a infecção tuberculosa.

Wolkmann, Ollier e sobretudo Wartmann, citam casos de tuberculose miliar aguda generalisada devida á arthrectomia. Os resultados

immediatos são excellentes e a reunião por primeira intensão realisa-se geralmente.

Uma estatística devida a Augerer dá-nos em 48 operados: 28 recahidas, 3 amputações e 3 mortes. Em 5 casos operados por Rochet houve 4 recahidas e 1 morte. Como explicar a causa d'estes insuccessos? Com effeito, ainda que as extremidades articulares pareçam sãs, isto nada prova, porque podem existir fôcos intra-osseos em via de evolucionar. A synovial extraordinariamente extensa em superficie e anfractuosa nos seus fundos de sacco, sobretudo na parte superior, difficilmente pôde ser tirada por completo.

Na cavidade poplitea existe uma serie de bolsas serosas e diverticulos que acompanham os tendões dos musculos d'esta região e que se insinuam a uma certa distancia nos proprios intersticios musculares. *Muitas vezes estes fundos de sacco synoviales são invadidos ao mesmo tempo que a grande synovial e para evitar recahidas devem ser extrahidos. Podemos, pois, concluir que se nas synovites puras, com ou sem abcessos a arthrectomia pôde ser seguida de bom exito, na maior parte dos casos, porém, é uma operação insufficiente e muitas vezes seguida de recahidas. A resec-

ção, boa no adulto, não se deve applicar na creança.

Fazendo a resecção ultra-epiphysaria seria uma operação completa e que terminaria pela cura, mas as desordens que acarreta são taes que é repellida por todos os cirurgiões. Não ha mesmo vantagem alguma em empregar esta operação de preferencia á amputação pela côxa, visto o membro soffrer um encurtamento de 25 a 30 centímetros e mesmo mais quando se trata d'uma creança de menos de 5 annos. A resecção intra-epiphysaria é a unica permittida e mesmo preconizada por Lucas Championnière e sobretudo por J. Bœckel que a praticou 25 vezes em creanças de 5 a 10 annos. Esta operação, dizem estes cirurgiões, é seguida de cura e evita que os doentes permaneçam por muito tempo no leito e no quarto, que os cachetisa e expõe muitas vezes ás tuberculoses visceraes.

Tem além d'isso a vantagem de se acompanhar d'um pequeno encurtamento, visto que se conservam as cartilagens de conjugação. A resecção intra-epiphysaria está longe de dar sempre os resultados satisfatorios que por ella obtiveram Championnière e Boeckel.

É frequentemente seguida de pseudarthrose

e quasi sempre de deformações secundarias. Tem ainda o inconveniente de ser insufficiente em grande numero de casos. Que a resecção intra-epiphysaria seja superior á synovectomia como quer Boeckel, nós não o negamos, mas parece-nos todavia que ella não será mais que um methodo d'exceptão, constituindo as operações economicas o methodo de escolha nos tumores brancos suppurados do joelho. São estas as ideias sustentadas por Ollier: *«les opérations économiques, l'avivement, l'abrasion, l'évidement d'une des sallies osseuses, les cauterisations intra-articulaires sont des opérations qui ont une grande importance dans la chirurgie de l'enfance et qui doivent remplacer à cet âge le plus possible les résections typiques.»*

Em vez de atacar o mal d'uma só vez é melhor esperar as suas manifestações, combatel-as, fazendo assim uma therapeutica dos symptomas.

É assim que se deve fazer a incisão dos abcessos, tirar com a legra a membrana tuberculosa que os tapeta e cauterisar a sua parede com uma solução de chloreto de zinco ao decimo. Se o abcesso communica com a articulação, se ha pyarthrose, deve fazer-se então uma

arthrotomia seguida de curetagem articular. A sondagem dos focos osseos com o estylete deve ser feita com o maximo cuidado.

Se associarmos ás operações economicas o methodo sclerogenico, a cura é muito mais rapida. O chloreto de zinco, produzindo a transformação fibrosa das fungosidades e das paredes dos abscessos, põe o cirurgião em condições particularmente vantajosas para intervir. Com effeito, a sclerose dos tecidos e as obliterações musculares diminuem as probabilidades d'auto-infecção pelo bacillo tuberculoso. Finalmente, as recahidas parecem menos frequentes.

Arthrites tuberculosas suppuradas graves

Esta fórma encontra-se tanto nos doentes antigos que nunca foram submettidos a um tratamento regular, como nas creanças cacheticas em que o processo tuberculoso seguiu logo de principio uma marcha mais ou menos maligna.

Estes casos são caracterisados por uma dilatação enorme do joelho, fistulas multiplas, lesões diffusas e generalisadas das epiphyses e destruições ligamentosas. Quando as lesões são

extensas, a unica operação indicada é a amputação. Antes, comtudo, de recorrer a esta operação devemos tentar conservar o membro, o que algumas vezes é possivel pela ignipunctura.

Para que o resultado seja seguro, não devemos receiar introduzir profundamente a ponta do thermo-cauterio até ás extremidades osseas. Estas cauterisações deverão ser muito proximas e devem exceder a periphéria das fungosidades.

Este methodo, empregado pela primeira vez por Richet, é de novo recommendado por Vicent, com o nome de arthrotomia-igneá. A reacção que se segue á cauterisação é muito viva mas desapparece passados alguns dias.

CAPITULO II

Tratamento orthopedico

Para que um tumor branco do joelho possa ser considerado como curado e que a marcha seja possivel, não basta que os fócios tuberculosos estejam extinctos e que as fungosidades

tenham experimentado a transformação fibrosa ; é preciso ainda que o membro conserve uma boa posição e que não haja flexão da perna sobre a coxa. O fim de todo o tratamento bem dirigido deverá pois ser evitar as deformações e corrigil-as quando já produzidas. Em principio o tratamento preventivo quasi que consiste em sustentar o joelho em direita, para o que basta immobilisar o membro n'uma gotteira gessada posterior.

Esta gotteira deverá ser mudada de dias a dias a fim de evitar que uma ligeira flexão se produza no aparelho.

Quando haja flexão da perna sobre a côxa, como frequentemente acontece na clientela hospitalar, e quando esta flexão é ligeira e sobretudo recente, a conducta do cirurgião é outra. Procura-se obter o endireitamento do membro por pequenos movimentos alternativos de flexão e extensão. Uma vez corrigida a deformação, immobilisar-se-ha o membro n'uma gotteira. Estes casos simples não apresentam difficuldades, o que já não acontece com os casos antigos, datando de muitos mezes e mesmo de muitos annos. Então a attitude viciosa acompanha-se da retracção dos tecidos fibrosos peri-articulares e da soldadura mais ou menos completa

das extremidades osseas. Podemos dividir as anquilozes do joelho em 3 grupos :

1.º Ankilose fibrosa sem deformação das superficies articulares.

2.º Ankilose fibrosa com deformação das superficies articulares.

3.º Ankilose ossea.

N'estas tres variedades a attitude viciosa é quasi sempre a mesma, é o joelho angular com subluxação para fóra. E qual será a causa d'esta subluxação? Bonnet diz ser devida ás posições viciosas que os doentes tomam no leito. É assim que deitando-se elles sobre o lado affectado e actuando o peso do membro sobre o bordo externo do pé e sobre a extremidade inferior da tibia, o joelho deve estar em semi-flexão e a tibia tende a fazer com o femur um angulo aberto para dentro, o que arrasta necessariamente uma distensão do ligamento lateral externo.

A extremidade inferior da tibia é impellida para dentro e para diante, enquanto que a sua parte superior é desviada para fóra e para traz. É então que se realisa o duplo deslocamento pelo qual os condylos da tibia escorregam mais ou menos para fóra e para traz dos condylos do femur, enquanto que a perna por seu lado experimenta um movimento de rotação em vir-

tude do qual a ponta do pé se volta para fóra e o calcanhar para dentro. Ainda que a opinião de Bonnet seja adoptada por muitos outros cirurgiões, não nos parece todavia exacta.

Para nós, a contracção muscular é a causa unica da subluxação para fóra. São d'esta mesma opinião vultos eminentes como Malgaigne, Weber e Eymery.

É o bicipete o agente d'esta subluxação.

Ankilose fibrosa sem deformação das superficies articulares

Dous factores entram aqui em jogo: a contracção muscular, facil de vencer, e a retracção dos tecidos fibrosos poplíteos.

Sem recorrer aos methodos sangrentos, póde o cirurgião tornar o membro direito por dous processos: extensão brusca, extensão lenta. A extensão brusca deve fazer-se sob a influencia do chloroformio, que supprime a contractura e a dor. Podemos-nos utilizar para isso das machinas de Collin e Robin. Será todavia mais prudente recorrer á extensão manual, visto que estas machinas desenvolvem uma força muitas vezes cega e intempestiva. O cirurgião, tomando solidamente a coxa com uma mão e a perna

com a outra, faz executar ao joelho movimentos forçados de flexão e extensão até que a deformação desapareça.

Não obstante as vantagens incontestáveis da extensão brusca, ella tem todavia grandes inconvenientes. Além da laceração dos tegumentos, pôde dar-se tambem a ruptura dos vasos e nervos, o que seria de extrema gravidade. As fracturas das extremidades articulares e sobretudo os descollamentos epiphysarios são, como demonstrou Nusbaum, quasi inevitáveis.

Todos estes accidentes se evitam certamente quando recorremos á extensão lenta e gradual, que se obtem submettendo o membro á extensão continua. Esta pôde fazer-se por meio deapparelhos como o de M. Le Fort, que tem a fórma d'uma gotteira composta de dous planos inclinados que se reúnem ao nível do cavidade poplitea. Diminua-se pouco a pouco, por meio d'um parafuso apropriado, o angulo de flexão até que o membro esteja direito.

Ankilose fibrosa com deformação das superficies articulares

N'esta variedade, a extensão brusca deve ser rejeitada. A extensão continua e gradual pôde

ser empregada, mas logo que ella deixa de se exercer, o membro immediatamente toma a posição primitiva. N'estas deformações devemos pois fazer uma resecção orthopedica intra-epiphysaria.

Ankilose ossea

A ankilose ossea do joelho em flexão póde ser corrigida, quer fracturando o femur acima da articulação, quer fazendo uma resecção. As indicações da resecção orthopedica são muito mais extensas que os da osteotomia. Assim convem em todas as anquiloses fibrosas ou osseas com uma grande sub-luxação para fóra. Póde ainda empregar-se nas anquiloses osseas acompanhadas de fistulas o que se não dá com a osteotomia. Em todos os casos em que a osteotomia esteja indicada, podemos empregar tambem a resecção orthopedica, que não é mais grave e que nos dá resultados mais seguros. Acontece por vezes, sobretudo no adulto, que a soldadura ossea se não effectua, constituindo-se assim uma pseudarthrose. Observa-se quasi sempre depois da operação um encurtamento no membro, mas é tão pequeno que nada difficulta a marcha do doente.

A resecção póde ser seguida de duas complicações graves sob o ponto de vista do seu funcionamento: a suspensão do crescimento do membro e a sua deformação. A primeira d'estas complicações é devida a que o membro atrophiado antes da operação continua depois a não se desenvolver convenientemente. Mais graves porém são as deformações consecutivas ás resecções do joelho na infancia. Consistem ellas n'uma flexão progressiva que se produz quer a creança guarde o leito, quer caminhe. Quando os dois ossos se não soldarem em posição rectilínea, mas com um certo grau de flexão, ella é inevitavel. A resecção tem, pois, seus inconvenientes e está longe de dar um resultado perfeito em todos os casos; todavia é ainda o melhor tratamento de que dispomos para as anquiloses em que a extensão continua não possa ser empregada.

CAPITULO III

Tratamento geral

Os resultados do tratamento cirurgico do tumor branco do joelho estão subordinados ao estado da saude geral. O tratamento local melhor dirigido e melhor applicado nada póde se o organismo inteiro está em condições desfavoráveis. Não obstante a immobilisação, a extensão continua, etc., as alterações do joelho podem aggravar-se.

A therapeutica medica não possui actualmente nenhum agente que possa chamar-se especifico; nenhum medicamento tem sobre as lesões tuberculosas uma acção comparavel a do iodeto de potassio sobre as lesões terciarias da syphilis.

Deve considerar-se a evolução d'um foco tuberculoso como o resultado d'uma lucta entre os tecidos e o bacillo tuberculoso, resultado que por consequencia depende da resistencia dos tecidos.

Esta resistencia é grande nos individuos fortes e pequena nos individuos mais ou me-

nos enfraquecidos. Resta-nos indicar em que condições o doente conserva ou adquire um bom estado geral. Os meios principaes são tirados da hygiene, como insiste com rasão Lannelongue. A creança deverá viver sempre que possa no campo, conservando o membro n'um bom aparelho. A alimentação tem um dos papeis mais importantes entre os meios hygienicos empregados. O regimen dos doentes deverá ser rico em alimentos azotados.

O tratamento medico propriamente dito consiste no uso de preparações tonicas e reconstituintes, tendo por base a quina, o ferro, o arsenico, o phosphato de cal e o iodo.

O oleo de figado de bacalhau convem no inverno; durante os calores do estio é geralmente mal supportado e occasiona muitas vezes perturbações digestivas. O uso moderado dos agentes medicamentosos e sobretudo do oleo de figado de bacalhau, tem uma grande importancia, mas não póde de nenhum modo substituir as precauções hygienicas, que occupam o primeiro logar na parte medica do tratamento. A creosota e o iodoformio muito aconselhados na tuberculose ganglionar, ou visceral, não têm acção segura na osteo-tuberculose. Póde-se todavia empregar o iodoformio, como aconselha

M. Verneuil, sobretudo nos individuos cujo estado geral pareça compromettido pela presença de focos tuberculosos multiplos.

Póde associar-se ao tratamento medico a acção dos climas temperados e das aguas mineraes. Hoje é universalmente reconhecido que a permanencia á beira mar, ao abrigo dos ventos frios e dos calores excessivos, exerce uma acção muito activa sobre os individuos cujas funcções se acham enfraquecidas.

O appetite renasce, as forças levantam-se e o somno regularisa-se. Sem entrar na interpretação d'estes resultados, basta dizer que elles são devidos ás vezes á extrema pureza e ao movimento continuo do ar atmospherico, e aos agentes excitantes e antisepticos de que se acha carregado, taes como o iodeto de sodio e o iodo.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.— A amygdala é um órgão lymphoide.

Physiologia.— Ha perfeita independencia entre a ovulação e a menstruação.

Therapeutica.— Com antiseptico prefiro o aristol ao iodoformio.

Anatomia pathologica.— Não está provado que o cancro seja um producto parasitario.

Pathologia geral.— A complexidade anatomica da pelle explica-nos a vastidão da sua pathologia.

Pathologia interna.— Deve ser repellida toda a medicação systematica no tratamento da febre typhoide.

Pathologia externa.— Não admittimos o tratamento abortivo na blennorrhagia.

Operações.— No tratamento dos aneurismas pela laqueação da arteria, é preferivel o methodo de Hunter.

Partos.— A mulher póde gravidar, conservando todos os caracteres da virgindade.

Hygiene.— É urgente implantar entre nós a vaccinação obrigatoria.

Visto,

Maximiano Lemos.

Póde imprimir-se.

O director,

Wenceslau de Lima.