

761

Cristovão T. Machado

N.º 4

BREVE ESTUDO

SOBRE

TUBERCULOSE DO TARSO



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA GANDRA

80—Rua de Entre-Paredes—80

70/4 EMC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Conselheiro-Director

VISCONDE DE OLIVEIRA

Secretario

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica.	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio Joaquim 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 Antonio 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 Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Vaga.

LENTES JUBILADOS

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

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} Antonio Placido da Costa. } Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Secção cirurgica.....	

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto Bellarmino Frias.
------------------------	---------------------------

BIBLIOTECA PÚBLICA

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições. (*Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840*), art.º 155.

A Meus Pars

AO MEU SOBRINHO

CHIQUITO

A' MINHA FAMILIA

Ao Meu Dignissimo Presidente

TUBERCULOSES CIRURGICAS

Generalidades

O estudo da tuberculose pulmonar constitue um dos mais notaveis capitulos da pathologia medica, e os progressos da bacteriologia, esmiuçando, destrinçando e aclarando muitos factos que permaneciam obscuros, mostrando o vastissimo campo dominado pelo bacillo de *Koch*, revellando o grande numero de lesões que o terrivel *morbis* tem em vassalagem, abrem na historia da cirurgia, dia a dia enriquecida com trabalhos de primeira ordem, um capitulo não menos notavel—o da tuberculose cirurgica.

Póde dizer-se affoitamente, que a tuberculose cirurgica é das lesões microbianas a que mais instantemente reclama as attenções do cirurgião, pela sua frequencia, pela sua gravidade e pela multipli-

cidade das suas manifestações. Também, assevera Lenn, possuímos sobre as lesões tuberculosas dados scientificos muito mais numerosos e precisos, do que sobre a maior parte das outras doenças cirurgicas.

Não ha terreno accessivel aos meios cirurgicos que o bacillo de *Koch* não possa invadir; não ha órgão ou tecido onde, dadas condições especiaes de receptividade, elle não possa installar-se, fixar-se e proliferar.

Todas as lesões descriptas outr'ora como escrofulosas, e ainda como taes consideradas pelos livros classicos, lesões que constituem um grupo notabilissimo de producções anatomo-pathologicas, são hoje consideradas lesões tuberculosas.

O microscopio, a cultura e a inoculação em serie teem permittido classificar como tuberculosas muitas doenças cirurgicas, e a analyse clinica e anatomo-pathologica, confirmando os conhecimentos etiologicos, teem completado o estudo de taes enfermidades.

Não é nosso intento passar em revista todas as fôrmas clinicas que a tuberculose cirurgica póde affectar. Um tal estudo, feito minuciosamente, consoante a exigencia do assumpto, levar-nos-hia longe e para fóra do modesto programma traçado ao nosso humilde trabalho.

Antes, porém, de mostrar-mos a importancia das lesões tuberculosas do tarso, objecto especial

do nosso estudo, seja-nos permittido, muito ligeiramente, apresentar algumas referencias a diversas modalidades cirurgicas da tuberculose, as mais importantes, e isto bastará para mostrarmos o alcance scientifico das descobertas da actualidade, que, ao mesmo tempo que assignalam ás tuberculosas locais a sua verdadeira significação pathologica, auctorisam tambem a applicar-lhes o seu verdadeiro tratamento.

Se considerarmos os tecidos, vemos as pathologias registarem:

a tuberculose cutanea,
as synovites fungosas,
as adenopathias tuberculosas,
as periostites,
as osteites e as arthrites tuberculosas.

Na pathologia das regiões, em quasi todos os órgãos encontramos mencionada a existencia possivel de lesões tuberculosas, cumprindo assignalar: *o mal de Pott, a tuberculose peritoneal e a tuberculose dos orgão genitales.*

Tuberculose cutanea. São quatro as fôrmas de tuberculose cutanea: *tuberculose verrugosa de Riehl, tuberculose da pelle, gommas tuberculosas, lupus tuberculoso ou de Willare,* porque ha uma fôrma de lupus, não inoculavel, sem tuberculo nem bacillos, e que é designado por—*lupus erythmatoso* ou de

Cazenave. Em todas as outras fôrmas lupicas se tem encontrado bacillos e tem sido possivel a inoculação.

A *tuberculose verrugosa* foi primeiramente descripta por Paltauf e Riehl. Karg e depois Riehl encontraram o bacillo no tuberculo. Symptomatisa-se por placas verrugosas, que endurecem, tomando o character de papillomas corneos. Apparece de preferencia na face dorsal da mão e ante-braço; cresce á peripheria, e no fim d'alguns mezes desapparece na parte central, deixando ficar uma cicatriz lisa.

A tuberculose de Riehl não apresenta ulcerações secundarias, nem se acompanha d'uma repercussão adenopathica. Vidal descreve com o nome de *lupus escleroso*, tuberculos identicos ás verrugas de Riehl.

A raspagem e a cauterisação ignea ou chimica é o unico tratamento proposto.

Tuberculos cutaneos. Apparecem nos individuos atacados de tuberculoses visceraes, a não ser que se realizem condições especiaes de inoculação, como por exemplo, no caso da circumcisão judaica, em que o operador com uma tuberculose pulmonar, póde inocular o *virus* no acto de effectuar a sucção hemostatica.

Estes tuberculos cuja natureza foi determinada por Vidal e Paul Raymund, a principio duros e indolentes, ulceram-se no fim d'algum tempo, offere-

cendo as ulcerações os caracteres de lesões escrofulosas—bordos espessos, sinuosos e violaceos, fundo rugoso e pus cremoso.

Anatomo-pathologicamente este tuberculo é a granulação cinzenta.

N'esta, como em todas as manifestações tuberculosas, cumpre attender ao estado geral. As ulceras são efficaçmente tratadas pelo iodoformio.

Gommas escrofulosas. Designadas por nomes variados, emquanto a sua natureza não foi perfeitamente conhecida, estas gommas passam por tres periodos: crueza, amollecimento e ulceração. No primeiro periodo são tumores duros, arredondados ou ovaes, das dimensões d'uma avellã, moveis e normalmente córados. No segundo periodo perdem a sua mobilidade, tornam-se molles e acabam por se tornarem fluctuantes, tendo a pelle tomado uma côr violacea. Por fim ulceram-se, cobrem-se de orificios, pelos quaes sae o pus caseoso, caracteristico do trabalho do bacillo de Koch. Sem tendencia alguma para a cicatrizaçãõ, acompanham-se de engorgitamento ganglionar, o que tem a maxima importancia para o diagnostico.

A principio o diagnostico é difficil entre as gommas tuberculosas e os fibromas ou lipomas, mas depois, continuando a sua evoluçãõ, a diagnose é facilmente estabelecida. Nos periodos de amollecimento e de ulceração é mais difficil o diagnostico differencial com gommas syphiliticas, mas os

antecedentes pessoas e o iodeto de potassio resolvem todas as dificuldades.

A anatomia pathologica é a d'um tuberculo—*cellulas gigantes, cellulas epithelioides, cellulas embryonarias e bacillos*. A face, o pescoço e os membros são os logares de eleição.

Abrir o tuberculo, apenas fluctuante, penso com iodoformio, cauterisação pelo nitrato de prata, eis o tratamento a fazer.

Lupus. Apesar da tendencia do lupus á organisação fibrosa das respectivas producções pathologicas, ao contrario da tendencia para a caseificação das producções bacillares, o lupus, graças aos trabalhos de Virchow, Finger e outros, é considerado como uma localisação cutanea da tuberculose.

As razões sobre as quaes se baseia a affirmativa da natureza tuberculosa do lupus, são tão seguras, que já hoje não é licito discutir o caso: identidade de estructura histologica, existencia do bacillo, inoculações efficazes com o lupus e em culturas puras obtidas do lupus, morte dos atacados de lupus pela phtysica pulmonar, antecedentes hereditarios.

O lupus caracteriza-se por pequenas nodosidades, implantadas na espessura da derme, e que a principio se revellam por manchas avermelhadas, adquirindo depois dimensões que as tornam perceptíveis á vista e ao tacto, dimensões por vezes consideraveis, constituindo n'este caso—o *lupus hypertrophico, elephantiasiaco*.

O lupus é d'uma evolução ordinariamente muito lenta, e, ou termina pela reabsorção do tuberculo, após uma degenerescencia granulo-adiposa, ou pela ulceração.

O tratamento preconizado consiste na atrophia do tuberculo pela sarjadura linear, ou na sua destruição pelo thermo-cauterio, considerado este ultimo processo de tratamento, por Besnier, como o mais seguro, o mais rapido e o mais inoffensivo. Alguns aconselham a applicação de topicos: acido pyrogallico, traumaticina, sulfo-ichtlyolato de potassa, todos tendentes a provocarem a destruição dos nodulos.

Tuberculose ganglionar. Os ganglios lymphaticos são um excellente terreno para o desenvolvimento da tuberculose.

As adenopathias tuberculosas, as antigas escrofulas, apparecem tanto nos ganglios superficiaes, como nos profundos. Nos ganglios profundos cumpre notar os ganglios mesentericos, séde de predilecção da tuberculose abdominal nas crianças, e os ganglios bronchicos; nos ganglios superficiaes, são, por ordem de frequencia, invadidos os do pescoço, axilla e inguinaes.

Já dissemos que a escrofula é de natureza tuberculosa, e de natureza tuberculosa são, portanto, estas adenites chronicas, d'uma persistencia desesperadora, e que rodeiam de cicatrizes o pescoço dos doentes.

A prova capital, irrefutavel, da natureza da doença, é dada pela inoculação. O bacillo encontra-se attenuado, é certo, mas lá existe, e não poucas vezes succede que a adenite constitue o ponto de partida para uma tuberculose visceral, pois que do ganglio infectado podem derivar os bacillos para outros órgãos, tendo por vehiculos a lympha ou o sangue.

Nem sempre é possivel atinar com a porta de entrada do agente microbiano; n'uns casos a existencia de escoriações, de eczema, explica a penetração, outras vezes é preciso recorrer ao *locus minoris resistentiae*.

No tratamento d'esta fórma tuberculosa, propõe Billroth a extirpação, comtanto que ella possa attingir todos os ganglios infectados. Ligeiros traumatismos, simples sarjaduras, podem ser nocivos, porque não poucas vezes succede que elles vão produzir uma recrudescencia da doença, em lugar de a debellar. E' claro que este tratamento pela extirpação visa a impedir a invasão successiva da cadeia ganglionar e a generalisação da doença. Possivel quando a lesão está bem localizada, torna-se difficil quando os ganglios são volumosos, affectam relações muito intimas com vasos importantes, e os tecidos vizinhos estão infiltrados.

Synovites tuberculosas. As bainhas tendinosas são tuberculisadas, em geral, secundariamente á infecção articular visinha, mas ás vezes a tuberculisação é primitiva.

A synovite fungosa, o «*ganglio complicado*» dos antigos, apparece de preferencia nas bainhas tendinosas d'um musculo de tendões multiplos: extensores, flexores, etc.

Em qualquer das suas fórmas anatomo-pathologicas — *fungosa, hydropica, ou de granulos riziformes* — apresenta sempre bacillos.

Ossos. Articulações. Estão estreitamente ligados, anatomica e physiologicamente, os ossos e as articulações, e estas relações intimas mantem-se ainda nos dominios da pathologia, mormente em casos de tuberculose.

Nas tuberculosos articulares o bacillo começa o seu trabalho na epiphyse, e d'ahi vai invadindo a articulação, interessando todos os tecidos articulares e periarticulares, até chegar a produzir o tumor branco, a arthrite tuberculosa, bem exemplificada na coxalgia.

A tuberculose ossea e articular é extremamente frequente, e todos os annos vemos nas nossas enfermarias de clinica casos de osteite e arthrites, principalmente em adolescentes.

E' de facto no periodo de crescimento, quando o movimento de formação osteogenica se encontra no maximo da sua energia, que o trabalho de proliferação é mais facilmente pervertido. Depois, n'este periodo as epiphyses teem uma vascularisação imperfeitissima — vasos sinuosos, irregulares, mal estruturados — de modo que os bacillos leva-

dos pelo sangue se agglomeram em embolias nos tractos vasculares das extremidades osseas. Mais tarde, quando a ossificação está completa, e que desaparecem estas causas locais de receptividade, é menos possível a tuberculisação ossea. E' por isso que a tuberculose ossea e articular é mais frequente na adolescencia, e mais frequente nas epiphyses dos ossos compridos, e nos ossos curtos.

Não vamos traçar a anatomia-pathologica de taes lesões. A sua evolução segue a marcha typica das granulações, até que attinge a caseificação.

Estas tuberculosos acompanham-se, mais facilmente de manifestações pulmonares, do que a tuberculose pulmonar se faz acompanhar de manifestações osseas.

Das regiões particularmente affectadas pela tuberculose, o tarso occupa um dos primeiros logares, e nós, entrando no assumpto especial da nossa dissertação, vamos estudar com demora esta localisação do bacillo de Koch, localisação que tem tomado n'estes ultimos tempos notavel importancia, e tem sido o objecto de communicações interessantes da parte de cirurgiões eminentes, que tem dirigido a sua attenção mais especialmente para a parte operatoria.

II

TUBERCULOSE TARSICA

Etiologia

Quando dizemos tuberculose do tarso, entendemos a tuberculose que se desenvolve na porção osteo-articular do tarso.

No estudo anatomico do tarso ha a considerar, como em todo o pé e como em todos os membros: pelle, tecido cellulo-adiposo, aponevroses, musculos e tendões, vasos e nervos, ossos e articulações.

Mas para o estudo das lesões tuberculosas da região, o que mais convém estudar é a porção ossea e articular, pois que é n'ella que o processo bacillar inicia o seu trabalho.

O tarso comprehende duas linhas d'ossos: uma posterior, constituida pelo astragalo e calcaneo, outra anterior, formada pelo escaphoide, cuboide e os tres cuneiformes. Estes ossos estão ajustado

de modo a formarem uma abobada, dando um apoio solido ao peso do corpo, e protegendo de pressões os vasos e nervos plantares. As articulações que elles formam são: a *calcaneo-astragaliana*, a *tarso-tarsiana* ou *medio-tarsica* e a *tarso-metatarsiana*.

Em todas estas articulações ha a considerar a existencia de superficies articulares, cartilagens de encrustamento, synovias e apparatus ligamentosos.

E' n'estes ossos e n'estas articulações que a tuberculose se implanta.

De todas as enfermidades que podem invadir o tarso, a tuberculose é a mais frequente. Regista a pathologia cirurgica a existencia n'esta região de affecções traumaticas e rheumaticas, blennorrhagicas e syphiliticas, de causas variadas e até algumas de causa ainda desconhecida, como a tarsalgia, que Gasselin pretendeu explicar pela sua theoria ossea, e Duchenne pela sua theoria muscular.

A causa, porém, mais commum das osteo-artrites do pé é a tuberculose.

Tambem das tuberculosas cirurgicas esta é uma das mais frequentes, como já acima dissemos, Quando mesmo se produza uma osteo-artrite traumatica, comquanto a causa seja um dado agente vulnerante, se o terreno está empobrecido por uma tara hereditaria ou por acentuadas condições de miseria physiologica, a osteo-artrite evoluciona para a tuberculose, evolução favorecida pelas circums-

tancias especiaes do doente, que soffreu o traumatismo.

Isto mostra já a importancia que deve dar-se a traumatismos n'esta região e em pessoas predispostas.

Comprehende-se facilmente, que não é um traumatismo, causa, para bem dizer, banal de lesões osseas e articulares, que deve dar uma osteo-arthritis tuberculosa; comprehende-se que, mesmo n'um escrofuloso, n'um individuo portador de macula diathetica, se a inflammação provocada pelo agente do traumatismo fôr cuidadosamente tratada, o caso poderá tomar um character benigno. No caso, porém, de faltarem estes cuidados, o mais ligeiro entorse pode terminar por uma arthritis tuberculosa.

Todas as causas depauperantes, que d'um modo geral influam sobre toda a economia—doenças anteriores, más condições hygienicas—são elementos de valor etiologico na tuberculose.

A idade tem uma influencia incontestavel. E' de observação clinica vulgar a apparição das tuberculosas cirurgicas nas primeiras idades, infancia ou adolescencia. O facto é de facil explicação. Nas primeiras idades, isto é, no periodo de crescimento, os ossos não estão ainda completamente formados, faltando nos ossos compridos a solidificação da parte que deve unir a diaphyse á epiphyse. Acontece que o trabalho de proliferação, que n'este periodo se realisa no osso, embaraçado pelo agente

pathologico, se por um lado ha uma grande actividade do tecido, portanto uma maior resistencia, por outro lado esta actividade proliferativa acarreta a formação d'um grande numero de elementos cellulares, que no seu estado embryonario são facilmente dominados pelos agentes bacterianos. A natureza histologica dos ossos do tarso é ainda um outro factor a estudar na etiologia das lesões tuberculosas do pé.

Os ossos do tarso são ossos curtos, portanto constituídos por tecido esponjoso limitado por uma delicada lamina de tecido compacto. O tecido esponjoso é cheio de cavidades contendo substancia medullar, e como, segundo Morel, o tuberculo, como todos os productos heteromorphos dos ossos, pertence quasi sempre á medulla ossea e ao periosseo, explicado fica o facto.

A tuberculose do tarso não apparece indifferentemente em um ou em outro osso, em uma ou em outra articulação, tem logares de predilecção.

Mondran e Audry reuniram varias estatisticas de casos d'esta ordem, e segundo elles, deram o seguinte resultado: que o ponto de partida da tuberculose do tarso é, na maioria dos casos, osseo e reside no calcaneo, vem depois do calcaneo o astragalo como mais frequentes vezes attingido pela tuberculose.

Em 167 casos, 113 começaram no osso, 29 na synovial e 25 representavam lesões diffusas, inva-

dindo igualmente o osso e as partes molles. Dos 113 casos que tiveram origem no osso, 40 pertencem ao calcaneo, 29 ao astragalo e os restantes repartem-se pelos diferentes ossos do tarso e metatarso.

Não será fóra de proposito referir n'este breve estudo etiologico da tuberculose tarsiana, o que se tem notado a respeito da recidiva das osteoarthritides tuberculosas do pé.

E' frequente succeder na clinica a recidiva da osteite, que tratadas convenientemente, tinham cicatrizado por completo, graças a um penso quotidiano e cuidadoso.

Um doente, que esteve em uma das enfermarias de clinica cirurgica da Escola durante cinco mezes, na passada época escolar, portador d'uma osteite tuberculosa no terço inferior do femur, tendo soffrido a cauterização de parte do osso tuberculisado, saiu completamente curado, pelo menos parecia-o. Tres mezes depois reabriu um dos primitivos trajectos fistulosos. Como este, muitos outros casos semelhantes se observam na clinica hospitalar.

Admittem os classicos que estas recidivas diminuem dez annos depois da apparição da primeira osteite.

Audry. fundando a sua opinião em 120 observações colhidas na clinica de Lyon, observações em que elle pôde seguir os doentes, acompanhando

do e estudando a evolução da doença, julga-se autorisado a diminuir notavelmente o numero de annos. Ha para a recidiva das tuberculoses chirurgicas uma lei de decrescimento, segundo a qual, atravessados os dois primeiros annos, as probabilidades de cura definitiva augmentam progressivamente.

Até aqui temos percorrido as causas que favorecem a implantação dos bacillos. Estes constituem a causa predominante, apesar do que affirma Bard na sua Anatomia Pathologica. Bard considera o bacillo um parasita secundario, *uma flora especial*, que se desenvolve sobre a materia vitrea das fermentações tuberculosas.

Não discutimos o contagio e a hereditariedade, por isso que representam na historia da tuberculose, qualquer que seja a sua manifestação, factores perfeitamente averiguados—o primeiro transmittindo directamente a doença, o segundo criando um terreno apto para a adquirir.

Symptomatologia

Os symptomas da tuberculose do tarso são os symptomas proprios dos tumores brancos e das osteites tuberculosas, revestindo caracteres particulares pelo facto da sua séde.

Costumam os classicos dividir em tres periodos a evolução da doença. O primeiro decorre da

aparição dos primeiros symptomas até ao momento em que se estabelece a caseificação. O segundo comprehende o tempo de formação da massa caseosa e producção de fungosidades nas cavidades articulares, e o terceiro é a phase da fistulação.

Na enumeração dos symptomas correspondentes a estes differentes periodos, deviamos referir os que competem a uma periostite, a uma osteite e a uma arthrite. Mas sendo na pratica dispensavel em geral esta dissociação, por isso que a lesão ou é diffusa, ou toma a sua habitação n'um osso, o que facilmente se reconhece, e tendo estudado em conjuncto toda a tuberculose da região, é em conjuncto que vamos mencionar os elementos symptomaticos.

O primeiro symptoma que apparece é a *dôr*; dôr fixa, acalmado pelo repouso, exagerada pela pressão, pelos movimentos, emfim, por qualquer esforço.

Depois d'um tempo variavel tumefaz-se a região, tumefacção em parte devida ao processo tuberculoso, pela formação dos tuberculos e alterações que estes soffrem, em parte devida á inflamação dos tecidos visinhos, irritados pela proximidade da lesão. A tumefacção vae augmentando pela formação de fungosidades articulares, e as linhas curvas que marcam os logares de união do tarso com a tibia e com o metatarso desaparecem. Segundo o predominio das lesões, articulares ou os-

seas, assim a tumefacção se torna mais ou menos fluctuante.

Os movimentos, já prejudicados pela dôr, vão soffrendo uma redução gradual, acabando o doente por não poder jogar com o pé. Compreende-se que isto não succederá, se o processo morbido estiver circumscripto ao cuboide, por exemplo.

Todos estes symptomas dependem, está claro, da séde e extensão da lesão.

Mais tarde são possiveis os movimentos em todos os sentidos, se o processo, continuando a sua marcha destruidora, interessou os meios de união das differentes articulações.

A impossibilidade de movimentos extensos e completos, no primeiro caso, a mobilidade em todos os sentidos no segundo, acarretam para o doente attitudes viciosas. O membro correspondente atrophia-se, atrophia que é constante em todas as lesões articulares da mesma natureza.

Os movimentos irregulares que é possível imprimir ao pé, após a relaxação pathologica do aparelho ligamentoso, acompanham-se de estalidos, (*craquements*) que denotam a alteração profunda das partes doentes.

A caseificação não é a terminação fatal, necessaria, de todo o processo tuberculoso, é o mais frequente; mas um tuberculo pode parar na sua marcha, e persistir sem completo desenvolvimento no meio dos tecidos—*tuberculo de Cruveilhier*; póde

soffrer uma transformação fibrosa—*granulação fibrosa de Bayle*, pôde já depois de casefeito, calcificar-se e ficar enkistado—*tuberculo estacionario de Charcot*. Todavia a evolução ordinaria d'um tuberculo termina pela caseificação. Esta massa caseosa vae-se accumulando, e mais tarde, como ás fermentações do bacillo de Koch se associam as das bacterias pyogenicas, apparecem as suppurações interminaveis das arthrites fungosas.

O pús abre caminho para o exterior pela ulceração dos tegumentos, formando-se trajectos fistulosos persistentes, pelos quaes fica saindo. Este pús, mais ou menos fetido, caseoso ou seroso, arrasta trabeculas osseas necrosadas, de modo que o estylete introduzido por estas fistulas encontra uma superficie rugosa, crepitante, sangrando facilmente; ás vezes o estylete bate de encontro a uma superficie dura e mobil, que não sangra nem crepita, é o sequestro. São estes sequestros que muitas vezes mantem os trajectos fistulosos, impedindo a cicatrização.

A estes symptomas junta-se o estado geral do doente, no qual se repercute, por vezes bem nitidamente, a existencia da tuberculose localisada.

As forças do doente vão dia a dia diminuindo n'uma progressão assustadora, e se uma intervenção opportuna e um tratamento geral conveniente não seguram a derrocada que a tuberculose vae produzindo, o doente gasta-se n'uma completa hecticidade.

Diagnostico

Dada a symptomatologia que fica descripta, cumpre investigar da natureza da doença, da sua séde e até do seu periodo.

A natureza da doença, a existencia do bacillo, não é possivel determinal-a rigorosamente sem o exame microscopico e sem as inoculações, e estas devendo ser praticadas em coelhos ou caviás, por serem os animaes que maior e mais segura receptividade offerecem á tuberculose.

A inoculação e a investigação bacteriologica, constituindo um criterio certo para a determinação da natureza da doença, não é o mais pratico, e por isso urge recorrer á observação clinica e ao estudo anatomo-pathologico, para firmar o diagnostico. E deve dizer-se em abono da verdade, que os elementos fornecidos pela clinica são de valor, e que elles permittem conhecer a doença.

O mesmo se dá a proposito da tuberculose pulmonar.

Diz Grancher no seu livro—*as doenças do aparelho respiratorio*—que a descoberta de Koch não supprimiu nem rebaixou a de Laënnec, como muitos pretendem, n'uma condemnavel ingratição pela memoria do celebre anatomo-pathologista a quem se deve notabilissimos estudos sobre a tuberculose, e que os meios de exploração da phtysica

bacillar não foram vencidos, subsistindo com toda a sua importancia.

O mesmo pôde afirmar-se em relação á tuberculose cirurgica.

Diz Tillaux: *«lorsque chez un sujet jeune ou chez un adulte on constate l'existence d'un point douloureux persistant et bien localisé à un os du pied ou à une articulation, sans qu'aucune violence appreciable ait été exercée à ce niveau, il est fortement à craindre que ce ne soit un debut d'ostéite ou d'arthrite bacillaires, et les présomptions sont plus justifiées encore, si à la douleur s'ajoute un certain degre de gonflement. Il est d'ailleurs préférable dans ces circonstances de pousser les choses au pis, car un traitement rationnel et energique institué à cette periode s'opposera peut-etre au developpement ulterieur de l'affection, à l'envahissement des os et articulations de voisinage.»*

Esta dôr inicial pôde referir-se á syphilis ou ao rheumatismo, mas a evolução da doença dissipa todos os erros.

Quando a affecção attingir o periodo de supuração, quando o pé entumecido e crivado de fistulas, perdeu a sua fôrma regular, o diagnostico impõe-se.

A exploração com o estylete permittirá ainda elucidar mais o diagnostico, revellando a existencia de rugosidades, de asperezas, facilmente sangrentas.

Os movimentos anormaes que é possível imprimir ao tarso, fixando-se a perna, e os estalidos, as crepitações, percebidas na occasião, dão ao exame clinico um notavel grau de certeza.

O conhecimento perfeito da anatomia do tarso, que se supõe em todo o cirurgião, permittirá attingir com facilidade a extensão do processo morbido, e determinar com segurança a séde exacta da lesão.

Prognostico

A terminação pela cura espontanea, pela resolução, é assignalada pelos auctores, principalmente nas primeiras edades, mas deve notar-se que é rarissimo. Se a therapeutica não intervém, fechando uma fonte de destruição organica, difficilmente o organismo sairá vencedor na lucta, e mais facilmente se produzirão as degenerescencias amyloide e adiposa, que formam o sequito usual das suppuções prolongadas, ou uma disseminação de nodulos tuberculosos terminará a vida do doente.

O prognostico a estabelecer depende da extensão do processo morbido e da sua localização.

Attendendo á disposição anatomica dos ossos do tarso, vê-se claramente que a lesão não offerece a mesma gravidade em todos elles.

Tillaux põe o facto nitidamente em evidencia.

A tuberculose do cuboide pode ficar por muito tempo limitada, emquanto que a do escaphoide

invade facilmente as articulações dos cuneiformes pela comunicação da articulação escaphoidiana anterior com as d'elles.

A tuberculose do primeiro metatarsiano póde ficar por muito tempo limitada, por isso que anatomicamente este osso está isolado dos restantes metatarsianos.

No prognostico da tuberculose do tarso, como em todas as tuberculoses cirurgicas, é preciso attender ao estado geral do doente. Favoravel, se o doente não está empobrecido, se as grandes funcções da economia se realisam regularmente, desfavoravel se as condições de resistencia individual estão minorisadas.

Tratamento

Um dos assumptos que tem sido mais largamente discutido no ultimo congresso de cirurgia é a intervenção operatoria nas tuberculoses locais.

Desde 1889 que se não realisa um congresso de cirurgiões, que se não realisa uma sessão notavel d'uma sociedade de cirurgia, que tal assumpto não entre em discussão, trazendo operadores distinctos o contingente valioso das suas observações e da sua opinião.

Em França abriu um caminho novo ao tratamento cirurgico das tuberculoses locais o notabilissimo professor da escola de Lyon, Ollier.

Ollier, refundindo e aperfeiçoando a medicina operatoria com o seu trabalho completo e originalissimo sobre resecções, abriu a toda a cirurgia ossea um caminho novo, permittindo-lhe uma intervenção segura, simultaneamente conservadora e destruidora; conservadora, porque conserva a porção indispensavel á regeneração parcial do osso affectado, destruidora, porque elimina todo o tecido contaminado.

Este feliz aperfeiçoamento influiu poderosamente no tratamento da tuberculose do pé, e hoje, quando o estado da região o indica, não se fazem ablações d'ossos, mas é ás resecções que se deve recorrer, sempre que seja possível.

Ocioso será dizer que o exito dos processos operatorios de Ollier é seguramente garantido pelo methodo antiseptico. E é com a antiseptia e com o processo d'Ollier que a tuberculose do tarso pôde ser atacada precocemente, n'um periodo que para os classicos reclamava ainda a compressão, immobilisação ou revulsão.

Nas tuberculoses cirurgicas o estado geral do doente tem a maxima importancia, porque, ou esse estado é satisfatorio e auctorisa a mais ousada intervenção, ou está depauperado, e então convém reconstituil-o.

Por via de regra os individuos portadores de tuberculoses locais são organismos desequilibrados por accentuadas taras hereditarias, e que recla-

mam, por isso, um tratamento geral, que augmentando a resistencia organica, constitue um obstaculo sério á evoluçãõ da doença, e o que é mais, á sua disseminaçãõ.

O estado geral do doente constitue, pois, uma indicaçãõ, que será satisfeita, rodeando-se o doente de boas condições hygienicas, subtraindo-o ao meio onde a affecçãõ se manifestou, e pelos preparados ferruginosos, iodados, arsenicaes e sobretudo pelo oleo de figado de bacalhau, procurando reconstitui-lo, trabalhando para a reintegraçãõ da sua abalada saude.

O tratamento local das tuberculoses cirurgicas varia conforme o periodo em que se encontra a doença.

No primeiro periodo, quando a affecçãõ é symptomatisada apenas por dôres e tumefacçãõ o tratamento proposto consiste na *extensãõ*, acompanhada da *immobilisaçãõ* e compressãõ.

A extensãõ pôde ser: *brusca*, *gradual* ou *continua*.

A extensãõ rapida, feita depois de ter o cuidado de chloroformisar o doente convenientemente, produz uma reacçãõ cirurgica, mas em seguida, alguns dias depois, as dôres e a tumefacçãõ desaparecem.

A extensãõ gradual não é tão efficaz, e é dolorosa; preferem muitos a extensãõ continua preconisada por Wolkmann.

Ao mesmo tempo que se faz a extensão, immobilisa-se o membro, utilizando um aparelho que permita a fiscalisação permanente da região lesada.

Ainda n'este periodo alguns aconselham, como auxiliares da extensão, os revulsivos e os calmantes.

São meios que me parecem e que pela pratica se revellam em geral, de bem minguido proveito.

N'este primeiro periodo o que deve sobretudo evidenciar-se é a importancia da extensão com immobilisação e compressão.

Não iremos agora discutir, nem para o caso importa muito, como actuam sobre uma affecção bacillar incipiente a compressão e a immobilisação ; tal discussão de grande interesse e perfeitamente bem cabida em pathologia geral, perde completamente a sua importancia em clinica.

Que, com estes processos de que vimos fallando se podem colher bons resultados, é o que tem averiguado não pequeno numero de cirurgiões e que na pratica se observam.

A mecanica d'elle, para o nosso fim, como já dissemos, é de somenos valor. Para esta phase da doença é de vantagem, e isto basta.

E' este o meio aconselhado por Tillaux para o *Mal de Pott*.

Recentemente Lannelongue tem preconisado um novo methodo de tratamento—o *methodo esclerogene*—precisamente applicavel, segundo o auctor, n'es-

ta phase em que os classicos aconselham os methodos já estudados.

Foi no congresso de cirurgia, que se realisou em Paris de 18 a 23 de abril do anno passado que Lannelongue, n'uma segunda communicação, apresentou nitidamente as indicações.

Para que o seu methodo possa ser muito justamente apreciado, o notavel professor de pathologia cirurgica na faculdade de medicina de Paris, divide as osteo-arthrites em tres grupos :

tuberculosas não abertas e não suppuradas,
tuberculosas não abertas e suppuradas,
tuberculosas abertas.

Esta divisão tem todo o valor, não só para se poder apreciar com verdade o merecimento do methodo esclerogene, mas qualquer outro.

A cada um d'estes grupos corresponde uma nova phase da marcha do processo tuberculoso, de modo que uma tal divisão ajusta-se perfeitamente á observação clinica; depois, os casos do primeiro grupo, diz Lannelongue, não tendo sido objecto de qualquer tratamento directo ou de qualquer incidente notavel, servem para demonstrar a efficacia do methodo.

Dando a maxima importancia á distincção estabelecida entre as osteo-arthrites tuberculosas, in-

siste sobre a necessidade de atacar com actividade o neoplasma bacillar. Para isso é indispensavel o repouso das partes affectadas, obtido pela extensão e immobilisação, mas isto só não basta para impedir a extensão do mal.

Assevera Lannelongue, o que é profundamente verdadeiro, que hoje se pôde estabelecer, senão como axioma, pelo menos como um principio cujas excepções só servem para confirmar a regra, que o tratamento d'estas affecções será tanto mais efficaç, quanto mais promptamente se actuar.

Vejamos, visto que o caso ainda não perdeu a actualidade, como Lannelongue explica o mecanismo do seu methodo. As injeccões de chloreto de zinco produzem em volta do neoplasma um terreno particular, d'uma constituição muito distincta da dos tecidos normaes.

Este terreno é formado de numerosissimos elementos embryonarios, que formam um tecido fibroso á roda do tecido morbido. O tecido de nova formação é um tecido refractario á infecção tuberculosa, pois que é destituido de lymphaticos, que tanto contribuem para a proliferação bacillar. O tecido fabricado está para os tecidos normaes, como um muro de pedra para um muro de terra. Nota-se tambem que o tecido novo resiste aos bacillos e aos seus productos. Os elementos neoformados invadindo o neoplasma tuberculoso, transformam-n'o

em tecido fibroso, e este é o desideratum procurado por Lannelongue, e que elle pretende obter com o seu methodo.

A technica da esclerogenese de Lannelongue reduz-se a praticar, em volta da articulação, picadas com a agulha de Pravaz, introduzindo em cada picada duas gottas d'uma solução decimal de chlorreto de zinco. A agulha deve ser introduzida á periphèria da zona doente, e a injeccção não será nunca intra-articular, mas superficial ao neoplasma tuberculoso.

N'uma sessão podem ser injectadas seis ou dez gottas, em picadas differentes, ou em uma picada, mas mudando a direcção da agulha.

Muitos cirurgiões iniciaram o tratamento, e o futuro se encarregará de mostrar se é mais uma tentativa therapeutica, de reduzida importancia, ou se de facto constitue um meio valioso e certo de atacar as osteo-artrites tuberculosas, em qualquer das phases da sua evolução, nas mais precoces como nas mais avançadas, operando-se transformações locais que destróem o processo morbido, e impedem a absorpção das toxinas bacillares, o que é revellado pelas melhoras do estado geral, regresso do appetite, augmento de peso.

Como se vê, o methodo therapeutico de Lannelongue é applicavel ás artrites, mesmo no periodo das fungosidades e da suppuração. N'esta altura ainda alguns cirurgiões pretendem ter obtido

benefícios com a immobilisação e compressão. Mas o que está mais indicado é o uso de injeções modificadoras, praticadas pelos trajectos fistulosos. Nas nossas enfermarias de clinica cirurgica o que mais se utiliza é o ether iodoformado. Le Fort, em 1879, recommendou á sociedade de cirurgia o sulfato de zinco em injeções intra-articulares. Le Fort empregava uma solução decimal, adicionada de tres vezes o seu volume de alcool. D'esta solução eram injectadas seis gottas em cada sessão.

Esta communicação de Le Fort, que elle apoiava em casos notaveis de cura, auctorizou-o a contestar a originalidade do methodo de Lannelongue.

Quando a suppuração se estabelece, quando se notam trajectos fistulosos, cumpre appellar para meios mais energicos, e de efficacia mais segura, meios que consistem: *na curetagem, na cauterisação pelo thermo-cauterio, na reseccão* e finalmente *na amputação*.

A curetagem póde ser util, e sempre que a lesão esteja bem limitada, que um só osso seja affectado, póde utilizar-se, todavia Ollier prefere recorrer ao processo a que dá o nome de *tunelisação*.

A tunelisação consiste na destruição com o thermo-cauterio do neoplasma localisado no cuboide, por exemplo.

O thermo-cauterio ao mesmo tempo que destroe as fungosidades e todo o tecido pathologico,

leva uma temperatura mortifera para os microbios. A cavidade praticada com o cauterio é cheia de gaz e iodoformada.

Ollier preconisa a tunelisação principalmente nas tuberculoses tarsianas da infancia, e revolta-se contra o abuso da curetagem, operação que segundo a sua alta opinião, é inutil, perigosa e faz perder a occasião mais opportuna d'uma intervenção efficaz.

A resecção é o methodo de eleição de Ollier. Pela resecção é eliminado o osso doente, mas fica o periosseo, que regenera em grande parte o osso, permittindo movimentos, e deixando uma fórma, para a extremidade do membro, muito menos defeituosa do que a que fica pela simples ablação.

E' a resecção, que diminue o numero de indicações para a amputação, e ainda quando esta tenha de se effectuar, se o tarso, profundamente lesado, não permittir operações conservadoras, a amputação deve ser feita de modo que uma parte do periosseo do calcaneo ainda se conserve.

Ollier divide as resecções do tarso em typicas e atypicas, segundo se extrae um ou mais ossos, obedecendo a regras bem definidas, ou sendo a technica irregular e desigual.

E' impossivel fixar regras bem determinadas, estabelecendo o caminho a seguir na applicação dos trabalhos de Ollier ao tratamento da tuberculose do tarso. A intervenção é regulada pela natureza

do caso clinico. Se se trata d'uma tuberculose central, de resto muito frequente, e que a lesão está bem limitada, a ablação simples do osso interessado bastará para impedir a propagação do processo pathologico. No caso em que o processo tuberculoso invadiu o tarso extensamente, esta invasão pôde permittir ainda uma das duas operações methodicas de Ollier: a tarsectomia anterior e a tarsectomia posterior.

O processo pôde abranger o tarso na sua totalidade, tornando impossivel qualquer resecção, e n'este caso é indispensavel recorrer á amputação. Não entramos na exposição detalhada dos methodos operatorios, quando se procede a uma tarsectomia simples ou complexa. Esse estudo completo e perfectissimo no livro de Ollier sobre as resecções, é guia seguro a todo aquelle que desejar operar com sciencia e arte. No nosso trabalho apenas nos limitamos a registar o cuidado especial que deve haver em todas estas operações, conservando-se todo o periosseo possivel, e da parte ossea a que estiver perfectamente sã.

Com esta conservação conseguem-se, por vezes lisongeiros resultados. Por exemplo basta assignalar a amputação da perna pelo terço inferior, conservando-se o retalho calcaneo com o periosseo do osso cerrespondente. E' uma modificação de Ollier ao processo de Pirogoff.

Ollier mantendo o periosseo, consegue cobrir

a extremidade do membro amputado como uma camada de tecido osteogene, que pela sua actividade, pela sua proliferação, vae dar um solido apoio ao membro.

Se é enorme a importancia da conservação da pelle da parte posterior da região plantar, não é menos importante a conservação do periosseo do calcaneo. E como esta conservação exige que o periosseo esteja integro, é conveniente que se intervenha a tempo, antes d'elle ser invadido pelo processo morbido.

Este modo de actuar em medicina operatoria tem razão de ser, embora a amputação da perna não seja muito visinha do tarso; todavia comprehende-se que, quanto mais proximo dos maleolos se amputar melhor é o resultado.

Apresentamos um caso do nosso professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia, em que este processo operatorio deu o mais lisongeiro resultado.

OBSERVAÇÃO

«Ignacio... orphão do collegio de S. Caetano de Braga, de 11 annos de idade.»

Os seus paes, que não conheceu, morreram ainda novos, ambos de tuberculose. Teve tres irmãos que falleceram, segundo todas as probabilidades, de tuberculose igualmente: encephalo-meningea em dois e mesenterica em um. Todos falleceram antes dos 5 annos.

Em maio de 1892 após um passeio, encorporado na forma, começou a sentir dôres no peito do pé direito, dôr que só o incommodava a principio depois d'uma marcha um tanto consideravel. Pelos fins do verão a dôr fez-se sentir mais, dôr continua, acompanhada da formação de tumefacção com rubor, no dorso do pé. Após a applicação de emolientes o medico do collegio lancetou o abcesso, saindo um pús solto e um tanto grumoso, mal ligado. A dôr quasi desapareceu agora, mas o orificio *rendia* sempre um liquido sero-purulento.

Em principios do inverno recolheu ao hospital de S. Marcos, onde se demorou tres mezes, sendo-lhe ahi alargado o orificio de suppuração e tentada qualquer intervenção manual, que o doente não soube defenir.

Voltou para o collegio e veio ao Porto consultar o professor Azevedo Maia em fins d'Abril de 1893.

Uma tenta mettida pelo orificio fistuloso revelava uma superficie ossea desnudada e muito sensivel; a cavidade era de pequena capacidade e aparentemente fechada, mas era de notar que o tarso em massa estava mais grosso que o do pé esquerdo. Com as devidas reservas de prognostico, o professor Azevedo Maia aconselhou um reconhecimento mediante anestesia, o que foi levado a effeito, a cinco de maio do corrente anno, no hospital de Santa Maria. Foi ajudante o quintanista Xavier da Costa e chloroformizador o quintanista Laroze Rocha. Mediante um desbridamento sufficiente e respeitador dos tendões extensores, a cureta rapidamente fez justiça ao osso desnudado, eliminando-o em fragmentos, e verificaram-se todas as apparencias de que a cavidade era fechada e bem garantida de parede resistente e elastica. Depois foi feito o penso antiseptico adequado. Tudo foi bem durante dez dias, mas um certo augmento da tumefacção do tarso levou o professor Azevedo Maia a explorar novamente a cavidade, concebendo então apprehensões a respeito do futuro.

A 25 de maio, novo reconhecimento e ablação immedia-

ta dos cuneiformes, de parte do scaphoide, do cuboide e da extremidade anterior do calcaneo. Não se estava ainda plenamente auctorisado a proceder á amputação; de outro modo o operador teria immediatamente levado a effeito este acto.

Nada havia a esperar da reparação espontanea n'uma cavidade de semelhantes dimensões, em um individuo de constituição quasi miseravel.

A 10 de junho foi amputado o pé pelo professor Azevedo Maia, estando ao chloroformio o quintanista Larose Rocha e sendo ajudantes os quintanistas Xavier da Costa, Custodio Martins, Cunha e Viegas. O methodo seguido foi o seguinte: incisões de partes molles como no methodo de Syme e desarticulação tibio-tarsica. A substancia esponjosa do calcaneo saiu como se estivera já separada do envolvero da substancia compacta. Este foi cuidadosamente raspado, de modo a conservar tão sómente um *godet* de pequenissima espessura, a reforçar o periosseo. Incisão do tendão d'Achilles e drenagem tripla: uma posterior pelo orificio precedentemente nomeado e duas lateraes.

A costura foi feita a fio de Florença. Os drenos foram conservados tres semanas, e a cicatrização reparadora foi lenta, mas progressiva.

Em fins d'Agosto o operado apoiava-se já sobre o pé, e de meados de setembro por diante marchava bellamente apoiando-se no calcanhar.

O rapaz cumprimenta bem com o coto e o membro direito não é sensivelmente mais curto que o são.

Em fins de setembro foi-se embora.

Como se vê pela narração do caso, o dr. Azevedo Maia não se limitou a conservar o periosseo, mas deixou uma delgada lamina de tecido compacto adherente a elle, eliminando todo o tecido esponjoso.

O resultado, como já dissemos, foi dos mais lisongeiros. Tivemos ocasião de vêr o operado em meiadados de setembro, e não só o coto apresentava todas as condições de perfeição, apesar de decorrido pouco tempo, como também o estado do doente era prospero.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A divisão do tecido muscular do utero em tres camadas é meramente artificial.

Physiologia—Não ha identidade physiologica entre os rins e a pelle.

Anatomia pathologica—Na malaria as lesões anatomo-pathologicas são caracterisadas por alterações qualitativas do sangue.

Therapeutica—A cocaína deve substituir o chloroformio na anesthesia cirurgica.

Pathologia geral—As perturbações de nutrição favorecem o progresso das doenças infecciosas.

Pathologia interna—Condemno o emprego do bicarbonato de soda nas dispepsias acidas.

Pathologia externa—Nas osteo-arthrites tuberculosas, a arthrotomia simples é mais um processo de diagnostico do que uma indicação therapeutica.

Medicina operatoria—A desarticulação tibio-tarsica de Ollier é, nas tuberculoses extensas do pé, a que satisfaz a mais indicações.

Partos—A pathogenia da eclampsia não pertence á microbiologia.

Hygiene—A alimentação é um factor importante na civilisação d'um povo.

Visto

O Presidente,

Dr. A. Souto.

Imprima-se

O Director Interino,

Dr. A. Souto.