

Estudo anatomico de um caso de **Espondylose Rhizomelica**

Pelo Vº annista da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

M. Loforte Gonçalves

Agosto de 1929

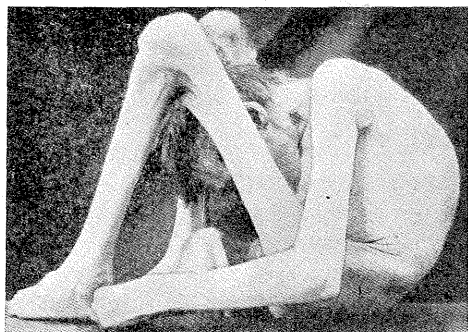


Fig. 1 (de perfil)

Na Revista Medica do Estado do Rio Grande do Sul de Agosto de 1928 publicou o Dr. Januario Bittencourt um trabalho que apresentára á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, intitulado „*Sobre um caso de Espondylose Rhizomelica*“, que constituiu um completo estudo clinico da questão.

Fallecendo o doente que serviu para dito estudo e estando ausente desta Capital o autor do trabalho acima citado, tomei a liberdade, para que não se perdesse tão rara peça, de fazer o estudo anatomico do caso.

Sinto não ser completo o meu pequeno trabalho, pois, não tendo consultado bibliographia a respeito, nem tendo feito o estudo microscopico, falta-me alem de tudo a proficiencia que sobra ao autor citado.

J. A. S. — branco, solteiro, com 24 annos de idade, natural deste Estado, fallecido a 4 de Junho do corrente anno na enfermaria „Dr. Masson“, da Santa Casa de Misericordia.

Completamente curvado, repousando sobre a columna lombar, tendo a cabeça entre as coxas, as mãos cruzadas adeante das nadezas, J. A. S. fazia bem jús ao apellido que lhe fôra imposto pelo povo, de „homem aranha“ porque de facto era essa a impressão que se tinha ao primeiro golpe de vista.

As pernas estavam flectidas sobre as coxas e estas sobre a bacia.

Ao ser injectado com uma solução de formalina, 24 horas após o fallecimento, estava em rigidez e pallidez cadavericas normaes.

De magreza extrema, apresentava escaras ao nivel das regiões glutea e rotulianas.

A pelle era secca e os pellos, pouco abundantes, sedosos e longos.

A cabeça, de tamanho normal, repousava pelo mento sobre a região esternal, impossibilitando, pela falta absoluta de movimentos, a exploração das regiões anteriores do pescoço.

O thorax era do typo emphysematoso. Os espaços inter-costaes muito reduzidos.

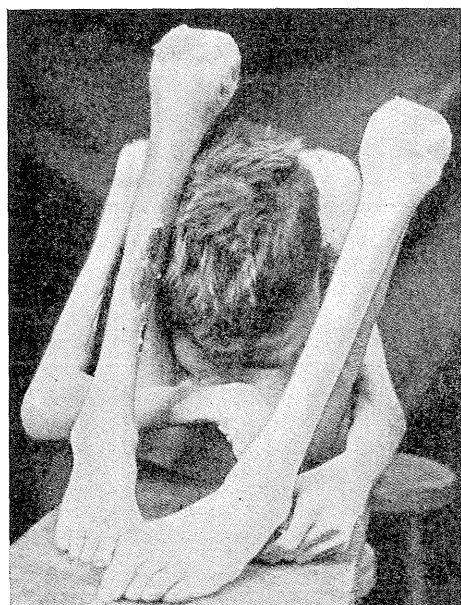


Fig. 2 (de frente)

As regiões anteriores do abdomen tornavam-se inaccessiveis por formarem uma prega que se intromettia na cavidade abdominal.

A linha espondylea era bem perceptível em toda a sua extensão.

Os movimentos passivos da columna, dos braços e das coxas eram irrealizáveis.

Os relevos feitos pelos condylos femurales davam-nos a impressão de que estivessem hypertrophiados.

No corte antero-posterior desta articu-

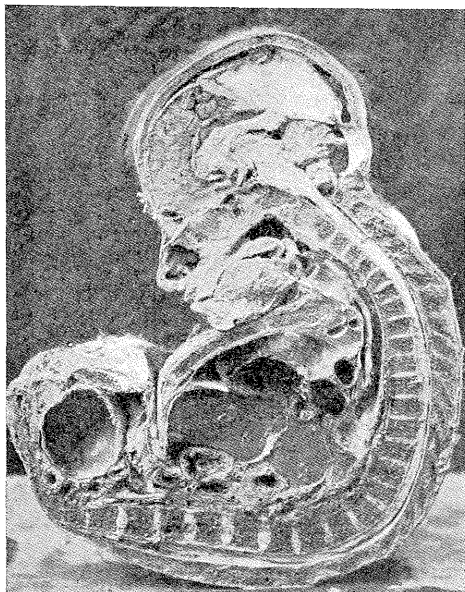


Fig. 3

Findo este exame geral, começamos o nosso estudo pelos membros inferiores, no entretanto, para commodidade, vamos primeiramente descrever em conjuncto o

Esqueleto.

Existia uma fragilidade ossea generalizada. Ao menor movimento que se effectuava produziam-se fracturas nos ossos longos.

No entretanto, tanto os ossos curtos como os chatos soffriam do mesmo mal.

A substancia compacta estava reduzida a uma „casca de ovo,, enquanto que um tecido amarello, fazendo continuação á medulla ossa, de natureza francamente gordurosa, impregnava totalmente a porção esponjosa dos ossos. (Veja fig 3, 4 e 5).

Em certos pontos estavam os ossos amollecidos.

De todo o esqueleto somente os ossos da cabeça se apresentavam com uma estrutura mais ou menos normal.

Articulação do joelho

Esta articulação offerecia movimentos limitadissimos. Estava fixa de tal maneira que o concavo popliteo formava um angulo agudo aberto para baixo.

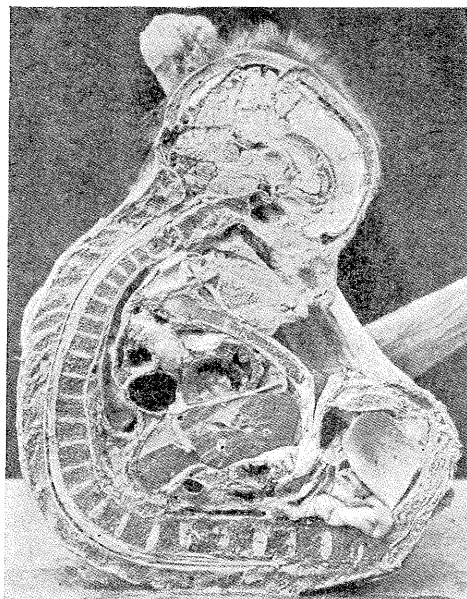


Fig. 4

lação, como nos mostra nitidamente a fig. 5, a rotula punha-se em immediato contacto com a parte inferior dos condylos femurales de um lado, o planalto tibial do outro.

A parte toda posterior dos condylos do femur é que se punha em relação com o planalto tibial.

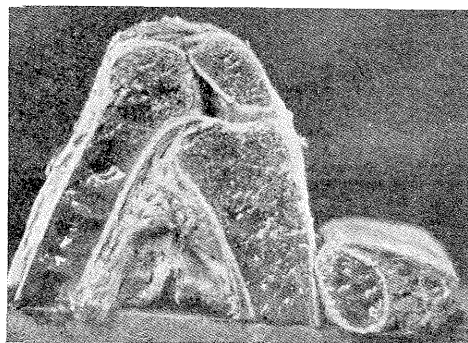


Fig. 5 — Corte antero-posterior do joelho direito e antebrço do mesmo lado ao nível do terço medio

As porções não articulares da extremidade inferior do femur, tibia superiormente e rotula eram em alguns pontos completamente desprovidas de tecido compacto.

As superfícies articulares do femur, tibia e rotula se apresentavam rugosas em alguns pontos, com suffusões sanguíneas n'outros.

Aqui e alli achavam-se ilhotas de cartilagem articular sã, separadas por fundos sulcos vermelhos do tecido doente, escuro e molle. Estas lesões que, como veremos, se observavam em todas as grandes articulações, podem ser notadas nas figs. 6 e 7.

Os meniscos articulares estavam reduzidos a finas laminas.

Não existindo ankylose ossea, temos que filiar a immobilização da articulação do joelho ao espessamento excessivo da synovial, da capsula articular e dos outros ligamentos, tendo sido esta articulação, conforme se depreende do trabalho do Dr. Januario Bittencourt, a ultima a se immobilisar.

O ligamento rotuliano era um pouco delgado. Quanto aos ligamentos cruzados, o posterior estava augmentado de comprimento e o anterior, mais ou menos normal.

Articulação coxo-femural.

Esta articulação apresentava todas as lesões da precedente como se pode verificar nas figs. mencionadas.



Fig. 6 — Extremidade superior do femur direito.

Para mais interessante tornar o caso, surpreendeu-me esta articulação pela existencia, tanto na parte inferior do collo anatomico do femur como na parte correspondente da cavidade cotyloide, de uma formação, intimamente presa a essas porções esqueleticas com todas as características das fungosidades tuberculosas.

Na parte superior da cavidade cotyloide encontrei ainda uma pequena tuberosidade ossea anormal.

Articulação escapulo-humeral

A articulação escapulo-humeral apresentava as mesmas lesões que a precedente, ali incluídas as fungosidades que, no entretanto, não eram tão características.

Quanto ás outras articulações dos membros, ora nada pareciam ter de anormal. Ora apresentavam as lesões acima citadas.

Como se vê, nenhuma das articulações, tanto dos membros inferiores como dos

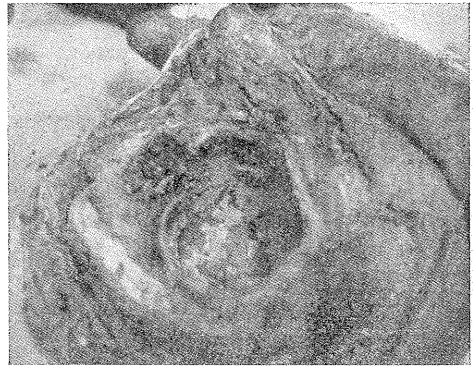


Fig. 7 — Cavidade cotyloide da articulação coxo-femural direita.

superiores, soffria de ankylose ossea. Unicamente uma proliferação excessiva dos tecidos que as envolviam e as fixavam.

Columna vertebral

A columna vertebral formava uma haste rigida ligando a bacia ao craneo.

Como se nota nas figs. 3, 4 e 8 a curvatura da columna vertebral formava as $\frac{3}{4}$ partes de um circulo.

A articulação occipito-atloidea soffria da ankylose citada a respeito dos membros, assim como de ankylose ossea parcial.

As articulações vertebraes restantes apresentavam ankylose ossea.

As laminas vertebraes seguiam-se umas as outras sem o minimo vestigio dos ligamentos amarelllos.

Os corpos vertebraes eram sempre separados nitidamente uns dos outros pelos discos intervertebraes que se encontravam ora total, ora parcialmente ossificados.

O ligamento vertebral commun anterior era bem visivel e nunca ossificado.

Os ligamentos inter-espinhosos estavam substituídos por uma substancia esponjosa, de consistencia molle em certos pontos, apresentando nucleos ossificados. Essa substancia pode ser observada nas figs. 3 e 4, pois, pela sua coloração que é

escura, faz contraste com o corte das apophyses espinhosas.

O ligamento cervical posterior e em sua continuação os ligamentos super-espinhosos se apresentavam muito espessos e duros. O mesmo acontecia quanto aos ligamentos inter-transversarios.

Os corpos vertebraes realisavam o typo do da vertebra cuneiforme, tendo sua menor espessura no lado concavo do arco vertebral.

O seu tecido esponjoso era de consistencia muito molle e de côr semelhante a da polpa esplenica, sendo o tecido compacto extremamente delgado.

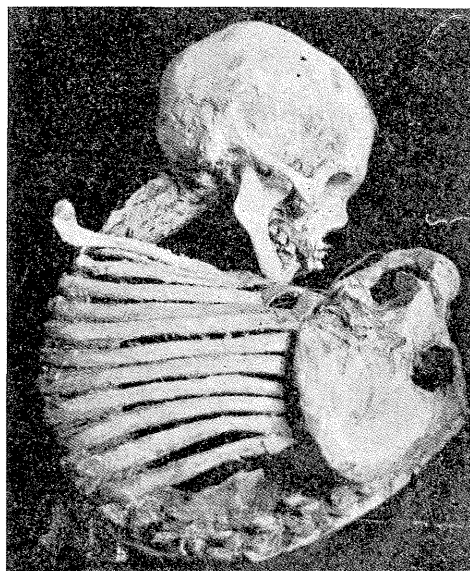


Fig. 8 — Esqueleto do lado direito.

As mesmas anormalidades se observavam nas outras porções vertebraes.

O canal medullar, acompanhando a deformação da columna, tinha um calibre regular não comprimindo em porção alguma a medulla que formava a cauda de cavallo ao nivel da 12^a vertebra dorsal.

No seu conjuncto formava um arco, como já disse, a columna vertebral. Não apresentava nenhum desvio lateral o que me permittiu fazer o corte antero-posterior do cadaver passando por um plano vertical que cortava pelo apice todas as apophyses espinhosas.

A união da columna lombar com o sacro fazia-se insensivelmente sem se notar a saliencia do promontorio.

Esterno e costellas

As costellas ora se achavam approximadas, ora afastadas umas das outras. As suas articulações com a columna não eram moveis ainda aqui pelo espessamento dos ligamentos.

O esterno, que apenas distava 3cmts. da symphise pubiana, tinha uma direcção obliqua para baixo e para a frente. Prolongada para cima esta direcção corresponderia á 7^a cervical.

Os omoplatas, delgadissimos em seu centro, realisavam o typo de „scapula alata“.

A bacia estava mais ou menos normal.

A musculatura era totalmente atrophiada reduzindo-se alguns musculos a simples cordões tendinosos.

Systema nervoso

O cerebro, o cerebello, a medulla e as meninges, nada apresentavam de anormal macroscopicamente.

Quanto ao systema nervoso peripherico, si bem que tenha seu estudo sido feito muito superficialmente, observei como unica anomalia a divisão do sciatico logo após a sua sahida da bacia.

O sympathico que foi seguido na sua porção thoraxica estava um pouco grosso.

Apparelho digestivo

Na bocca encontramos alguns dentes cariados. Os dois incisivos superiores, tendo forçado os alveolos dentarios, tomaram uma posição horizontal como para augmentar o orificio da entrada da bocca, o qual a ankylose fibrosa da articulação temporomaxillar reduzia a uma simples fenda.

O esophago tinha uma estenose ao nivel da 7^a cervical e outra á altura da 4^a dorsal.

O estomago se achava numa escavação existente na parte inferior do figado. Em conjuncto tinha a forma de uma foice cuja concavidade fosse dirigida para traz e para a direita. Era ao nivel da pequena curvatura que se achava o pancreas.

O duodeno estava muito reduzido em comprimento e o jejuno-ileo quasi totalmente alojado nos hypochondrios e flancos, tendo eu seccionado somente tres alças no corte antero posterior.

O intestino grosso era normal.

O recto e o anus se achavam adeante

da linha bi-ischiatica e por consequencia, anormalmente, no triangulo anterior do perineo.

O figado adheria ao diaphragma. Nos cortes, macroscopicamente, apresentava uma configuração normal.

O baço não foi observado.

Apparelho respiratorio

A trachea formava um cotovello atraz do manubrium cujo angulo ficava aberto para a frente.

Os grandes bronchios eram normaes. Os pulmões adheriam em muitos pontos á pleura e se apresentavam endurecidos e congestionados nos apices.

Apparelho uro-genital

Rins e uretheres normaes. A bexiga tinha paredes muito delgadas e bastante dilatadas. Prostata, urethra, penis e testiculos normaes.

A thyreoide e a hypophise eram normaes.

Apparelho circulatorio

O coração repousava por sua face posterior sobre o diaphragma e tinha um tamanho normal.

Entre o pericardio visceral e o parietal existia um derrame fibrinoso bastante abundante.

As arterias e veias nada apresentavam de notorio.

Existia uma hypertrophia ganglionar generalisada.

Faço aqui ponto final. Como já tinha dito não é um trabalho completo só tendo citado aquillo que mais importante me pareceu.

A maior parte destas observações foram feitas sobre a metade direita do cadaver conservando-se e outra metade, em formol, no Instituto Anatomico da Faculdade. Da parte desecada foi retirado o esqueleto que se observa na fig. 8.

As esplendidas photographias que illustram este trabalho são todas devidas á nimia gentileza do collega Adalberto Breier.

Alguns aspectos sobre o problema sanitario das zonas ruraes do Brasil e especialmente do Amazonas

Temos em nossa meza a excellente conferencia do Dr. Samuel Uchôa, delegado do Estado do Amazonas e de sua classe medica, na commemoração do centenario da fundação da Academia Nacional de Medicina.

O trabalho a que acabamos de nos referir constituiu a conferencia proferida pelo Dr. Uchôa, no Congresso de Eugenia, realizado a 4 de Julho do corrente anno, no Syllogeu Brasileiro, sob a presidencia do Dr. Roquette Pinto.

Após haver abordado Aspectos Geraes do assumpto no Problema Nacional, Saneamento Rural no Amazonas, O Meio e a Raça, Balanço de Valores, o Dr. Uchôa apresenta as seguintes conclusões:

1

O problema sanitario brasileiro offerece multiplos aspectos quer sob o ponto de vista social, quer economico.

Social deve ser encarado em seus factores — biologico, ethnico, psychologico e eugenico, — economico — na sua technica, organização e produção.

2

O problema de saneamento do Amazonas, se deve subordinar quanto a sua acção, ás condições mesologicas.

3

O elemento nacional offerece promissôas possibilidades no sentido do seu aperfeiçoamento e selecção.

4

Na obra de saneamento, a collaboração das missões religiosas é valiosa, principalmente nos Estados de recente formação e população.

5

Deve ser mantida rigorosa politica sanitaria e intensificada a fiscalisação contra o ingresso de indesejaveis no Paiz. Condição de defesa eugenica e economica.