

## Tratamento das osteomielites na criança

pelo

Professor Nogueira Flores

Cirurgião dos hospitaes

No tratamento das osteomielites consideramos, uma terapeutica pela vacina e uma terapeutica pela evacuação do pús feita no periodo agudo e uma terapeutica feita no periodo cronico e como remate diremos uma palavra sobre a anestesia geral:

**Vacinação no periodo agudo** — Nesta questão não podemos ainda emitir uma opinião segura porque nos falece elementos de observação clinica suficientemente longa do emprego das vacinas autogenas que no nosso meio hospitalar não nos tem sido facil pôr em pratica, devido o seu custo muito elevado; quanto ás vacinas de estoque, especificas ou não, vimos empregando com certa deficiencia pela dificuldade de conseguir-se a quantidade bastante no serviço da clinica; assim ainda não temos logrado muito sucesso na marcha das formas supurativas. E é, a nosso ver, um problema a estudar, a resolver no tratamento das osteomielites.

Ombrédanne, declara que não póde discutir largamente esta importante terapeutica e por isso é preciso se limitar a dar as conclusões de sua experiencia. Sem até a prova contraria, lhe parece sem efeito apreciavel nas osteomielites agudas supurativas.

Diz mais, Ombrédanne, si em certos casos a osteomielite subaguda se terminou pela resolução, não pensa que este resultado seja devido a vacinação, como já o tem declarado em seus trabalhos.

De outra parte, nas crianças vacinadas e curadas sem supuração, tem visto em seguida se constituir sequéstro como si nenhuma vacinação houvesse sido feita. Contudo, faz uma exceção para os lactentes, cujas osteomielites lhe pareceram nitidamente influenciadas pela vacinoterapia.

Tem-se recorrido para os tratar, sobretudo da vacina do professor Delbet, denominada Propidon. Devido infelizmente a seu preço elevado, muito pouco temos empregado. Devemos observar no emprego desta excelente vacina uma certa tecnica: meio centimetro cubico na primeira dóse, para repetir ainda a mesma injeção na mesma dóse, 48 horas mais tarde. A reação geral falta muitas vezes, no minimo em um terço dos casos; a reação local é menos viva que no adulto.

E' um tratamento adjuvante que cura varias vezes a osteomielite dos ossos longos dos lactentes, praticando um simples sedenho de crina de Florença e a artrite supurada osteomielitica do quadril por incisão simples.

Aqui não basta evidentemente em provar a eficacia da vacinoterapia, contudo julgamos real neste caso particular, a vacinoterapia é uma terapeutica nova.

O Professor Grégoire se exprime muito justamente da seguinte

forma: "n'est pas ainsi que certains ont pu le croire une tentative révolutionnaire et sans précédent dans l'histoire des maladies inflammatoires... De prime abord on ne voit pas pourquoi la vaccination dans l'ostéomyélite serait inopérante pour la seule raison que l'infection s'est développée dans un os... Il faut reconnaître toutefois que la nature du tissu atteint produit des conditions spéciales".

Os trabalhos de Grégoire e seu discípulo Marais chamaram a atenção do precioso auxílio que a vacinoterapia pode trazer ao cirurgião no tratamento de afecção tão terrível, o "furunculo do osso. Com ele Bouvier, De Fournes, Baumgartner, Bérard, Gélis e Mouchet, trouxeram provas convincentes do efeito da vacina; e si no Congresso de Strasburgo (1921), Fröhlich, Hallopeau, Ombrédanne, se levantaram contra a vacinação, foi sobretudo com o fim de chamar a atenção para aqueles que, mal avisados, poderiam ser tentados de observar e de mal empregar uma terapeutica que se torna de uma aplicação muito delicada e não deve ceder lugar ao tratamento cirurgico. Delrez e Grégoire apresentaram a esse Congresso um relatório magistralmente feito sobre a rubrica de "**Soro e vacinoterapia nas afecções osteoarticulares**". Em animada discussão tomaram parte professores e cirurgiões francezes de renome mundial e em seus debates chegaram á conclusão de que a vacinoterapia é **um meio adjuvante de primeira ordem**, devendo portanto ser praticada com **técnica**, procedendo mesmo a **hipervacinação** e por via de regra **trepanar**, além de continuar a vacinoterapia postoperatoria por algum tempo.

Lecène declara que: em todo caso, julgamos ser preciso aos medicos que não têm em nossa época, senão demais tendencia em querer tudo tratar por injeção de vacinas; demorando-se em injetar vacinas, cuja ação é em todo caso inconstante, em crianças atacadas de osteomyélite aguda grave que seria necessario incisar, trepanar e drenar sem demora, um medico poderá cometer, sem dela duvidar, uma verdadeira falta: sua unica desculpa seria citar os nomes de alguns de nossos contemporaneos que crêm ter feito muito progredir a terapeutica, vacinando a cada passo e intempestivamente.

Entretanto, é ainda uma questão aberta á discussão e á observação clinica criteriosa.

Quanto ás indicações e á conduta é preciso saber que variam essencialmente com as formas clinicas da doença; podemos dizer mesmo, que a parte da vacinação é tanto maior quanto os fenomenos locais a empolgam pelas suas manifestações gerais.

Lamy declara que quanto mais cedo fôr feito o diagnostico das formas agudas ou sub-agudas, deve-se imediatamente tentar o tratamento pelas vacinas de estoques (estafilococcicas).

Podemos em certos casos fazer abortar uma supuração. Si a supuração sobrevem á virulencia microbiana, é o mais das vezes atenuada e as complicações tardias (existencia de sequestrós) muito menos a receiar.

Emprega-se nas formas septicas, agudas, subagudas, cronicas, (fechadas ou fistuladas). Nas formas agudas temos que considerar, casos em que podemos empregar sómente a vacina, ou casos em que é indispensavel trepanar e vacinar.

Nas formas crônicas, a ação da vacina aí é muito menos feliz; uma espécie de equilíbrio que torna muito difícil romper em favor deste.

Quanto á algumas osteomielites crônicas fechadas, que muitas vezes não reclamam tratamento algum, podem apresentar, mesmo de tempos a tempos, o despertar de ataques agudos ou subagudos com vermelhidão, edema, pôdem retroceder após a vacinação; é verdade que cedem também, sem vacina e que esta não impede sempre a recidiva.

E' aqui que intervirá utilmente a vacinação em condição, bem entendido, que este estado do mal não esteja ligado a existencia no centro do osso de um sequestró justificavel de uma extração.

Quanto a outras osteomielites crônicas fistuladas, são ainda menos bem influenciadas pela vacinação: uma intervenção cirurgica é indispensavel; de outra parte a fistulação arrasta á infecção por numerosos microbios que tornam muito aleatoria a eficacia de uma vacina, sinão talvez a de uma auto-vacina cuidadosamente preparada.

**Evacuação do pús** — Resalvando as osteomielites benignas, successiveis de se terminar espontaneamente pela resolução, devemos admitir por principio que, feito o diagnostico de osteomielite aguda, é indispensavel abrir o fóco. No quadril, a via de acesso que preferimos é a via anterior: uma longa incisão feita paralelamente no femur e adiante do grande trocanter permite facilmente abrir a capsula articular, de fazer levantar as partes moles e com uma bôa iluminação frontal, para bem observar.

¿Não é necessario ressecar a cabeça do femur? Sem contestação, sim, porque é impossivel drenar um quadril cuja cabeça femural está no lugar e náda no pús. Porem pensamos que não é necessario exagerar e ressecar o colo do femur em sua parte media. E' necessario retirar os dois terços da cabeça; a parte da cabeça conservada não é inutil e a massa que constitue poderá utilmente vir mais tarde habitar o cotilo si a criança se cura.

Ao nivel das outras epifises, é necessario incisar na parte mais saliente, abrir o periosteo longamente, uma vez o pús evacuado, é necessario esponjar, limpar e bem observar o osso sem periosteo subjacente. Em casos excepcionaes recomenda-se a extirpação, a ressecção completa da diafise do osso banhado pelo pús; separa-se então das duas cartilagens (Lexer).

¿Deve-se trepanar-lo em todos os casos?

Tem-se falado muito desta questão tão controvertida.

Trepanamos sempre, quando o estado geral da criança é muito grave. Trepanamos também, quando no fundo do abcesso o osso aparece de aspéto branco lavado e não sangrando.

Ao contrario, nas formas clinicamente benignas, si o osso nos aparece aspero, pontuado de vermelho, sangrando, dicididamente não trepanamos; depois, si no fim de 24 horas ou 30 horas a temperatura não se abaixa, damos no osso um golpe de perfurador, que deixa-se aumentar a brécha óssea no caso em que achamos pús. Este aspéto do osso é o unico criterio que nos parece ter alguma valor; porém está muito longe de ser absoluto.

**Periodo cronico** — Defrontamos neste periodo com dois casos: um em que ha sequéstro visivel e outro em que não ha sequéstro visivel ao radio. Este sequéstro é assim devassado e tambem acessivel ao estilete quando se insinúa por um trajeto fistuloso visivel, ás vezes, diretamente no fundo da ferida que supura.

Sabemos que um sequéstro não deve ser retirado senão quando fôr movel. Intervir mais cedo, procurar separar com a tenaz o osso morto do osso vivo, seria querer ou deixar o osso morto, o que torna esta **necrotomia** uma operação inutil, ou cortar no osso diafisario vivo, o que teria as maiores probabilidade de provocar neste nivel um novo ataque de osteomielite. E' já bem suficiente que seja indispensavel para atingir ao sequéstro, fazer uma longa janela na casca óssea de origem periostica que embainha o sequéstro. Porém, muitas vezes com uma limpeza cuidadosa a cureta, destinada a retirar as fungosidades, tendo muito cuidado de não raspar com demais violencia a parede óssea, a cura sobrevem muito rapidamente.

2.º caso. Não ha sequéstro visivel ao radio ou perceptivel ao estilete. O instrumento, introduzido pela fistula, vem começar no fundo e nas paredes de uma cavidade óssea ou cheia sómente de fungosidades.

Este caso, é o que se produz muitas vezes, quando depois da ablação de um sequéstro, o fóco ficou fistuloso; o que não deixa de ser bastante frequente.

No fim de alguns meses, os paes da criança se impacientam e reclamam uma intervenção: não é indispensavel se apressar de lhes dar satisfação; é indispensavel adquirir antes a convicção que o processo natural de cura não faz mais progresso algum. Em seguida, é indispensavel ainda advertir á familia do resultado aleatorio da operação. Apenas sómente podemos tentar o esvaziamento, a limpeza ou tornar o osso plano na cavidade óssea existente com muitas probabilidades de sucesso em outra parte, no caso precedente, onde muitas vezes tinha bastado retirar um sequéstro movel para obter uma cura bastante rapida.

A ação de tornar plana a cavidade está longe de ser sempre possivel, sem se expor a uma fractura espontanea da diafise, reduzida muitas vezes á uma lamina delgada.

O esvaziamento é mais facil a realizar, porém, é indispensavel procurar um meio de apagar o espaço morto, que constitue a cavidade óssea limpa tão completamente quanto possivel. Fazemos o enchimento artificial de brécha, ou por enxertos do osso vivo que mais tarde são absorvidos, ou por enxerto de meio osso descalcificado.

Tambem podemos obturar o osso por meio de certas pastas, entre elas, é preferivel a massa de Mosevig — Morhoff (iodoformio 60,0, oleo de sezamo e espermaceti ana 40,0.) E' aplicada com certa tecnica, não usando-se esta dóse de iodoformio, que poderá ser toxica. Convem reduzir pela metade a dóse de iodoformio e se deve introduzir esta mistura por meio de um tubo de vidro no fóco para não atingir a articulação ou os tecidos visinhos, não havendo deste modo intoxicação, como declara Vignard, para alguns organismos particularmente sensiveis ao iodoformio como sôe acontecer em geral com as crianças.

E' ainda classico aconselhar-se o emprego do processo de Schulten, que consiste em seccionar longitudinalmente a diafise do osso no fundo da cavidade, de maneira a fechar esta, aproximando suas duas paredes, como se fechassem um livro. E' uma operação detestavel, muito perigosa por causa dos ataques agudos de osteomielite que provoca muitas vezes, o que determina a necrose de uma ao menos das duas portas de janelas ósseas (Ombrédanne).

O melhor processo de obturação que nos parece atualmente, consiste no emprego de **retalhos autoplásticos** musculares, munidos de um pediculo de nutrição que se tórce de maneira a vir deitar-se no fundo da goteira ossea. Ainda é indispensavel contar com a possibilidade de um ataque inflammatorio agudo que o afoga no pús.

Temos ainda como tratamento e não devemos de nos esquecer da **necrotomia osteoplastica de Bier**, que consiste em mobilisar uma das paredes da loja óssea, recalcificando-a com os tegumentos contra o fundo da cavidade.

Recentemente o Professor Leveuf (de Paris) publicou com Bréchet um interessante trabalho sobre osteomielite aguda dos ossos longos, o qual constituiu assunto de ordem do dia da Sociedade de Cirurgia de Paris, sendo relator o Professor Mathieu, no qual concluiu este Professor que as formas supuradas com bacilemia matam a golpe seguro e estão abaixo dos recursos da cirurgia. A forma aguda habitual comporta, ao contrario, um tratamento cirurgico que variará, conforme a gravidade das lesões e sua antiguidade. Em geral a intervenção parece estabelecida; feita desde o começo da doença, comporta simplesmente a abertura do abcesso sub-periosteo.

Assim, se apresentaram aos debates nesta Sociedade, duas eventualidades que se podem dar: ou bem, que é o caso mais frequente a lesão se torna assás superficial e se cura sem formação de sequestro; ou bem, que é o caso frequente, o estado geral e local melhora, porém a supuração persiste mais ou menos abundante.

Mathieu neste caso é de opinião da reintervenção no fim de tres semanas, fazendo um largo esvaziamento. Outros esperam a formação de sequestro visiveis ao radio, que retiram secundariamente. Muitas vezes então, é a propria diafise que constitue o sequestro central cercado de osso neoformado. A ablação deste cilindro ósseo depois da trepanação póde trazer a cura, porém, como o faz observar Okinczye que o osso neoformado se constituiu ao redor deste sequestro e ficou por tempo demasiado longo em contato de um fóco infectado para não ser infectado por si mesmo. A intervenção não impede a passagem ao estado crónico com estas fistulas interminaveis e estes reaquecimentos periodicos com produção de novos abcessos que duram tanto quanto a vida do doente.

E' assás frequente a intervenção primitiva, incisão do abcesso sub-periosteo, não impede a evolução progressiva da osteomielite. A intervenção secundaria precoce é então necessaria. Leveuf, neste caso, achando o periosteo todo descolado ao redor do osso, não hesita em praticar a resseção em toda zona do descolamento periostico, estando o osso necrosado. Mathieu e Lecène não estão de acordo com esta conduta, não aprovam, receiando a não regeneração do osso retirado e

guardam em todo o caso **uma tala óssea**. E' o que fez Carajannopoulos em uma osteomielite do tibia, porém, sómente porque neste nível o osso era ainda são e o periosteo aderente e em um outro praticou a resseção completa. Na realidade Leveuf e Trèves têm toda razão em todos seus doentes e nos de Brugeas, de Carajannopoulos, sendo indispensavel evitar antisepticos; Leveuf se limita tão sómente a fazer as lavagens a sôro quente.

A reconstituição diafisaria se obtem em um prazo de tres semanas a tres mêses, sem deformação, com a condição de que o doente tenha sido imobilizado corretamente. O osso primeiramente compacto se organizou ulteriormente em um canal medular, como observou o Professor Leveuf em um seu operado. Este Professor vai mais longe ainda em suas observações declarando que, quando a epifise é atacada, não hesita tambem em retirar e vio a sua reconstituição na extremidade inferior do humero. E' indispensavel notar, que as consequencias no ponto de vista do crescimento interior do osso podem ser graves, si se trata de epifise fertil (extremidade superior do humero, do tibia, do peroneo, extremidade inferior do radio, do cubito e do femur), em uma criança ainda jovem e não julga este Professor que seja preferivel evitar o mais possivel. Ainda observa que nestes casos, a cartilagem epifisaria é destruida e não pôde mais concorrer para o crescimento do osso.

Identica observação foi feita por Asteriadès em um caso em que o peroneo não se regenerou, porque o doente tinha sido tratado durante um ano antes da intervenção, a despeito de uma bôa compreensão e de seu periosteo não poder mais possuir a menor faculdade de regeneração.

Emfim, em certos casos muito raros, a osteomielite apresenta uma marcha invasora tão rapida que podemos ser levados a praticar a resseção primitiva precoce. Regista-se tres observações recentes: a primeira de Hallopeau, a segunda de Leveuf e a terceira de Trèves, nas quaes estes cirurgiões se referem á uma criança operada em estado muito grave no oitavo dia de osteomielite do tibia.

Todas estas resseções foram seguidas de regeneração perfeita dos ossos retirados.

Como finalidade do tratamento da osteomielite na criança, tão complexo quanto insolvel é ainda este capitulo da patologia óssea. Contudo, reportamo-nos ainda a um problema em fôco, tal seja a **vacinoterapia** (vacinas de stocks, auto vacinas e piocaldos) que a nosso ver não tem sido ainda entre nós empregada com perseverança e em doses maximas.

E' uma terapeutica que tem tido como pioneiro o Professor Grégoire, de anatomia medico-cirurgica e cirurgia experimental da Universidade de Paris, embôra Trèves declare francamente que as vacinas preconizadas por este Professor não devem permitir suplantar a cirurgia, sob pena de desastres; é um tratamento coadjuvante incontestavel.

Ha um problema pratico que não devemos deixar de aconselhar com insistencia, depois de curados os nossos doentinhos, não se entregar a desportos de especie alguma e a não ocupar uma profissão em que

estejam sujeitos a insulto mecanico, porque é noção corrente da osteomielite ser uma afecção óssea de recaídas, após aos traumatismos.

Como finalidade do tratamento desta terrível doença, temos o problema da anestesia geral pelo clóroformio, que é ainda o espantallo dos cirurgiões e muito tem preocupado pelos seus accidentes mortaes immediatos ou tardios. E' bem sabido de todos ser a eliminação do clóroformio inalado durante a narcóse, de duração de cerca de 5 horas. Assim, durante este tempo de retenção, serão comprometidos o coração, o figado e os rins. São sintômas de uma intoxicação dos acidos intermediarios da acetona que dão origem aos corpos graxos.

A influencia sobre estes órgãos será tanto maior quanto mais alterados êles estiverem (Hildebrand).

Outro autor declara que existe sempre certa quantidade de gordura na corrente sanguinea; daí a hipotese da causa da morte por embolia gordurosa ser muito aceitavel.

Levin, afirma que a narcóse pelo clóroformio não deve ser praticada nos individuos affectados de degeneração amiloide ou gordurosa em seus órgãos internos, que são muito comuns nas afecções dos ossos e das articulações.

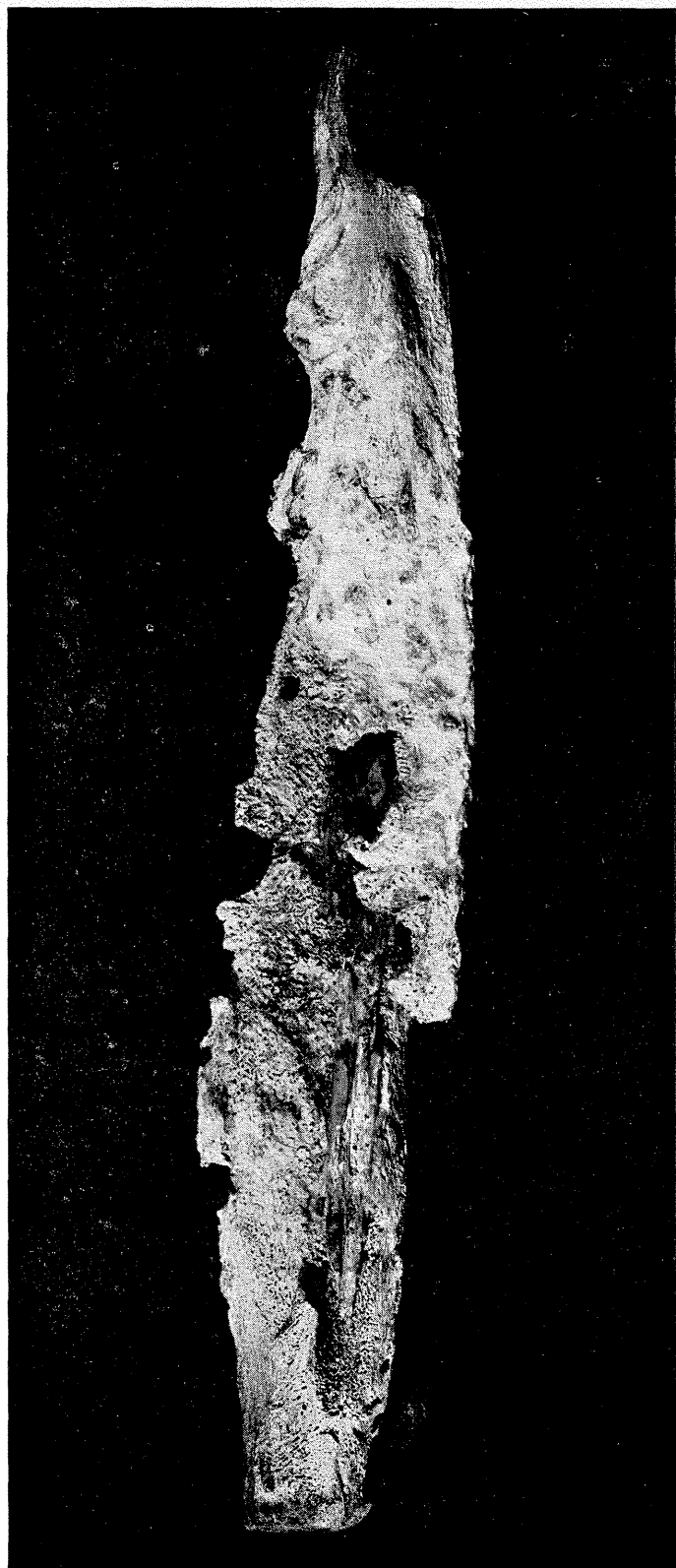
Transcrevemos abaixo as respostas do Professor Olinto, ex-catedratico de Pediatria da Faculdade de Porto Alegre, a respeito do **perigo do clóroformio**, que foram enviadas ao Professor Falk para documentar o seu valioso relatorio sobre a "osteomielite" ao IX Congresso Medico Brasileiro, reunido em Porto Alegre, mês de Outubro de 1926. "Eu attribuo o fato á existencia frequente de degeneração amiloide do figado e dos rins, nos individuos sofrendo de lesões osseas com supuração, sendo o clóroformio mais toxico que o eter em taes condições.

Quanto aos casos agudos e superagudos, êles já são tão graves de per si, com a sua septicemia, as suas lesões de endo e miocardite etc., que não admira que constituam sérios embarços para a anestesia."

Em conclusão, somos de opinião que, em linhas geraes, devemos empregar uma terapeutica na osteomielite da criança, norteadas na clinica e assim teremos: 1.º vacinoterapia pre e post-operatoria, feita com rigor tecnico e perseverança; 2.º, hipervacinação; 3.º, escolha da vacina, que deve ser de bôa qualidade, como sejam por exemplo as preparadas pelo Laboratorio Clinico de Silva Araujo<sup>1)</sup>, Instituto do Professor Pereira Filho, Laboratorio Geyer, Propidon de Delbet, Brusquetini, Dalari, Salembeni, Moignie, além de outras vacinas nacionaes e estrangeiras de fabricação reputada; 4.º, trepanação, que deve ser praticada em termos e com doçura e sob a anestesia geral feita pelo eter e nunca pelo clóroformio; 5.º, prescrever saes de calcio de preferencia silicato, ministrado convenientemente; e 6.º, proscrever

---

1) Evoquemos, **in memoriam** do Professor dr. Paulo da Silva Araujo, o pioneiro no Brasil da preparação da estoque-vacina e vacina autogena, o qual adquiriu um justo conceito de cientista pelos seus já notaveis trabalhos de laboratorio. E o **Laboratorio Clinico**, dirigido pelo Dr. Carlos da Silva Araujo, continuador de seu malogrado irmão Dr. Paulo Araujo, vem prestando relevantes serviços, pela fabricação de seus produtos vacinoterapicos e opoterapicos.



os **desportos**, seja qual fôr a sua especie e tambem a **ocupação de uma profissão sujeita a insultos mecanicos**.

Como remate deste trabalho transcrevemos em sua integra a **observação de um caso importante de cirurgia conservadora** com brilhante resultado operatorio em 1852. Tratava-se provavelmente de uma osteomielite fraturaria com surtos agudos, cujo microbio causal foi provavelmente o estafilococco doirado, provocando este terrivel "furunculo do osso".

Eis a **11.<sup>a</sup> observação**, extraida do trabalho do Dr. Nogueira — **Observações medico-cirurgicas** — publicadas em 1891: "Extração do peroneo na sua totalidade, a exceção do maléolo externo (cliché 1)\*.

N...., de 22 anos de idade, rio-grandense, de estatura regular e bem constituido, tinha dez anos de idade quando ao sair de casa meteu o pé direito em um buraco de andaime, que se tinham esquecido de tampar, e caiu para o lado, fraturando o peroneo. Morando no campo, longe de recursos, limitaram-se a cataplasmas e ao repouso, e em pouco tempo o menino deu-se por pronto e assim passou desaperecebida a fratura do osso, que mais tarde e aos poucos deu muito que fazer.

Isto passou-se em 1841. Sofrendo ás vezes pequenas dôres na perna, ía o menino caminhando e crescendo até que no fim de tres anos sobreveio uma erisipéla seguida de tumor que veio a furo e por aí saiu a primeira esquirola. A ferida sarou, porém pouco tempo depois sobreveio nova erisipéla e outra esquirola. A perna foi inchando com o tempo e com novas erisipélas sempre seguidas de fistulas que despejavam esquirolas, causaram grande susto á familia, e por isso se retirou para a capital da Provincia com o fim de entregar o doente aos cuidados dos medicos. Estes, em lugar de abrir a perna e sequéstrar a parte do osso cariado, contentaram-se em sondar, verificar a existencia de carie, fazer pequenas incisões para dar saída ás esquirolas que ás vezes eram grandes e compridas, usando de logões, fomentações e cataplasmas, e apelando para cirurgia expectante; e assim esteve o doente durante mais de dois anos com a perna cada vês mais inchada, até que a familia, cansada com tanta espera e despezas, retirou-se para sua fazenda, onde passou outros dois anos no uso de remedios caseiros. A perna cada vez inchava mais. Todos os dias a pobre mãe retirava esquirolas que guardava, e no seu desespero volta outra vez para a cidade em busca de recursos. Vieram os medicos e fizeram o mesmo que tinham feito até então. Ahi esteve mais dois anos, tendo o desgosto de vêr a perna do filho cada vês em peor estado e, por fim, desenganado, voltou para a fazenda.

Passados mais dois anos de martirios, e tendo eu praticado com sucesso uma operação importante em um doente da campanha que viera hospedar-se em casa de um amigo meu, este consultou-me ácerca do doente em questão; respondi-lhe que só vendo-o podia dar resposta satisfatoria. Este senhor escreveu á familia do doente, dizendo-lhe

---

\* Este peroneo constante do cliché junto recebi, em Porto Alegre, de um distinto parente do operado, que mo ofereceu por seu eu neto do Dr. Nogueira; tendo, por minha vez, doado esta peça anatomo-patologica ao Museu da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

que tinha vontade de ver o doente entregue aos meus cuidados, oferecendo-lhe a casa.

Pouco tempo depois chegaram á cidade e foram hospedar-se em casa do parente e amigo. Fui logo chamado e encontrei o doente no estado seguinte: macilento, completamente desmoralisado por ter perdido a esperança de salvar a perna, jazendo na cama, óra deitado, óra sentado, não podendo dar um passo, por causa do imenso peso e dôr na perna doente, a qual apresentava um volume quadruplo da perna sã e tinha a péle rugosa, escura e crivada de inumeras cicatrizes que tinham sido outras tantas fistulas que tinham dado saída a grande quantidade de esquirolas. Conservavam-se muitas ainda abértas, exudando pús icoroso e nauseabundo. Por uma destas fistulas que mais abérta me pareceu introduzi um estilete abotoado que, chegando ao osso deu logo sinal de carie, causando muita dôr e suores frios no doente; e como isto se passava no terço inferior da perna onde houve a fratura, a boa vontade facilitou-me o negocio, e julguei que talvez a carie se limitasse a esse ponto e que seria facil fazer recisão das extremidades cariadas; e, embora houvessem fistulas em toda a extensão da perna, era facil de supôr que todas podiam partir do mesmo ponto, pois muitas vêses se observam aberturas de trajétos fistulosos vindos de muito longe. Neste presuposto pedi que convidassem dois colegas para conferenciarmos no dia seguinte.

Assentou-se que deviamos descobrir o peroneo e separar na totalidade do osso e foi muito bôa esta falta de lembrança, porque naturalmente não se faria o que se fez e o doente ficaria sem a perna.

No dia seguinte, deitando o doente convenientemente e clóroformisado, procedi á operação, praticando uma larga incisão longitudinal que abrangia o terço medio e inferior da perna, a qual profundei até chegar ao osso, que estava longe em razão do edema da perna e tratando de isola-lo dos tecidos moles, conheci que a alteração não se limitava ao logar da fratura, mas continuava para baixo e para cima em toda extensão e apresentava um volume quatro vêses maior que seu natural. O periosto estava quasi destruido, a superficie do osso rugosa e envolta em pús, quasi separada dos tecidos que a cercavam, apesar de ainda conservar grande parte das inserções fibrosas. ¿A' vista de tanta devastação, o que cumpria fazer? ¿Continuar com a autopsia do osso ou tratar da amputação da perna pela articulação? Era esta a ultima opinião dos colegas e nela insistiam fôrtemente. Mas, eu, que sempre tive espirito conservador em cirurgia, observei que era melhor extrair o osso na sua totalidade, apesar de ser um caso completamente novo para mim e creio que para todos, e apesar das difficuldades que se antolhavam tanto no presente como no futuro (¿porque quem serviria de apoio ao grande numero de musculos que se inserem no peroneo?) Mas tendo minha longa pratica me ensinado que nosso organismo sabe arranjar-se de modo o mais confortavel, opinava pela primeira.

A unica duvida que me assaltava era se a carie tinha atacado tambem a extremidade inferior do osso, o maleolo externo, pois então seria trabalho inutil. Para esclarecer essa duvida, prolonguei a incisão até o dito maléolo e tive a fortuna de ver que êle estava sã.

Animado por esse tão bom achado, não atendi mais a razão alguma e tratei de destacar o osso com largos golpes de bisturi até a articulação tibio-peronea superior, que separei, e assim obtive a primeira porção do osso que era maior, e procedi da mesma maneira na porção restante, conservando o maléolo por um golpe de serra.

Lavei a imensa solução de continuidade e tratei de laquear as pequenas arterias que davam algum sangue. Cobri a ferida com largo crivo untado de ceroto simples e enchi o vão com fios contidos por compressas e ataduras. O doente passou sofrivelmente bem os tres primeiros dias com alguma febre e muita esperança. No quarto dia levantei o aparelho, que estava impregnado de pús, lavei a ferida, que se achava em bom estado, e começavam já a aparecer alguns pontos de granulação. Daí em diante curava-se a ferida todos os dias e ás vezes faziam-se dois curativos, por causa da grande abundancia de pús, que foi diminuindo á proporção que a perna desinchava e, assim, no prazo de cincoenta e tantos dias, consolidou-se a cicatriz exterior, mas a interior tinha que esperar muito tempo para isso, tinha muito que lutar para ser prestavel.

Recomendei muito ao doente que não fizesse movimento algum com essa perna por enquanto, mas sua impaciencia era mais forte do que a prudencia, por isso daí a oito dias, querendo experimentar a perna, que já lhe parecia solida, produziu uma erisipéla com abcesso na perna, que depois de cinco dias tive de lancetar, dando saída a grande quantidade de pús com coagulos de sangue e depois sarou.

Passados mais oito ou dez dias, nova tentativa de locomoção, nova erisipéla com abcesso que desta vez foi menor e deu pouco pús. Depois destas duas lições foi o doente mais prudente, poz-se a estudar e a combinar os movimentos do pé, estando deitado, depois em pé sem fazer firmeza na perna, depois fazendo com prudencia e assim conseguiu vencer a relutancia dos musculos, que não tiveram outro remedio senão arranjar-se um **modus movendi** sem se prejudicar. Apoiado em duas muletas, fazia pequenos passeios pelo quarto, depois foi alargando-os pela casa e pelo quintal, até que sentiu-se bastante forte para sair á rua; fez a primeira experiencia e saiu-se bem; portanto, continuou a fazer este exercicio sempre com duas muletas durante os primeiros menses, depois serviu-se de uma só, que por fim trocou-a por uma bengála, a qual foi depois abandonada.

Um ano depois do ensaio das muletas estava perfeitamente bom da perna, caminhava sem bengála, ia aos bailes, dansava e valsava sem resultar mal algum.

Ha muito tempo que não se lembra mais que perdeu o peroneo, ninguém percebe que tem a perna mais curta cerca de duas linhas do que a outra, o que remedeia mandando aumentar o salto da botina desse lado. Esse defeito porém não é devido á operação, já o tinha antes da intervenção ser feita, e talvez seja devido á imobilidade forçada durante tanto tempo."

