

Observação de um caso complicado

(osteomielite sub-aguda do úmero e femur esquerdos, fistulados ;
miosis da fistula úmeral ; osteomielite do tibia esquerdo ;
ancilostomóse grave e sarampo) (1)

pelo

Prof. Nogueira Flôres

Catedrático de clinica cirurgica infantil e ortopedia

Meus senhores. Trazemos hoje á consideração desta colenda sociedade um caso de osteomielite que, embora de diagnostico facil, chama atenção pelas complicações e confirma ainda nossa opinião de que a osteomielite é mais frequente na zona rural do que nas cidades. Ainda mais, releva vos declarar que esta afecção óssea, é uma doença cirurgica terrivel não só pelas suas recaídas, como também pelas mortes no ato operatorio e assim diremos, sem exagero, é **o oprobrio da cirurgia geral**.

Trata-se do menino A. W. com 10 anos de idade, branco, natural deste Estado, residente em uma colonia do interior do municipio de Santo Angelo e que entrou para o serviço da clinica cirurgica infantil e ortopedia, no hospital de São Francisco em 17 de Abril de 1931.

Antecedentes — Sobre seus antecedentes hereditarios pouco pôde ser apurado, salvo que seus paes são já falecidos e que tem seis irmãos.

Quanto aos antecedentes pessoais conseguiu-se apurar, pela pessoa em cuja casa mora o menino, que sempre foi êle sadio, até apresentar os sintomas reveladores do mal que o obrigou a hospitalisar-se.

Doença atual — Em dezembro de 1930 queixou-se de dôr no hombro E. o qual começou a inchar. Recolheram-no a um hospital em 26 do mesmo mez com febre. Aí um medico incisou o tumor, que deu saída a pús e sangue, obtendo alta em 30 do referido mez afim de continuar o tratamento em casa. Poucos dias depois, porém, como piorasse, voltou novamente a se abrigar no mesmo estabelecimento e aí permaneceu até 6 de Fevereiro de 1931. Informa mais que apareceu em sua ferida do ombro "bicheira" e acrescenta que na anca e perna E. instalou-se uma inflamação dolorosa que lhe foi encurtando o membro. Pela ferida do ombro E. notava-se a presença de um osso que era grande.

Exame e sequencias clinicas — Apresenta-se o doentinho com pessimo estado geral, anemia acentuada além de regular infiltração

(1) Comunicação feita á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em 18-11-32.

do ventre e membro abdominal E. A perna do mesmo lado está em inversão e encurtada de 5 centímetros. Ha abscessos multiplos do couro cabeludo. A medida do ventre, na altura da cicatriz umbilical feita em 15 de julho de 1931 dá 60 centímetros e meio na expiração e 62 centímetros na inspiração. Pela mensuração verifica-se que o mem-

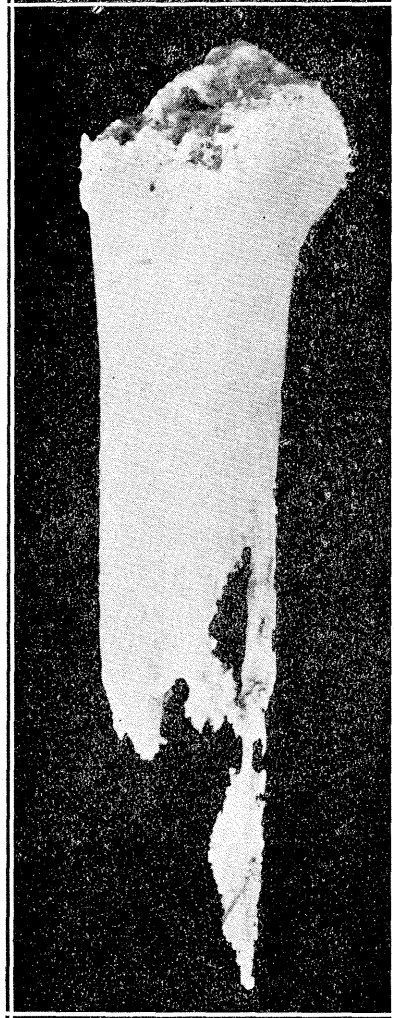


Fig. n. 1

bro inferior E está encurtado de 5 centímetros. No ombro E, onde havia uma ferida fistulada, foi praticada **necrotomia**, que consistiu na retirada de um sequestro total, úmeral, medindo 7 centímetros de comprimento (eliché n.º 1), o qual nos dá o diagnostico retrospectivo de osteomielite fraturaria, produzido por fratura obliqua assentada no terço medio do úmero, cuja historia não foi convenientemente escl-

recida em relação ao trauma sofrido neste membro e dá claramente a explicação da natureza do sequestro local deste osso. E' ele constituído da parte superior da diafise úmeral. O membro que sofreu a grande perda da substancia óssea, de 7 centímetros de comprimento, depois de curado foi medido comparativamente com o braço D, tendo sido encontrado os seguintes algarismos: braço D 27 centímetros e braço E 24 centímetros e meio. Ha pois uma diferença apenas de $2\frac{1}{2}$ centímetros, se processando portanto o crescimento do osso com pe-

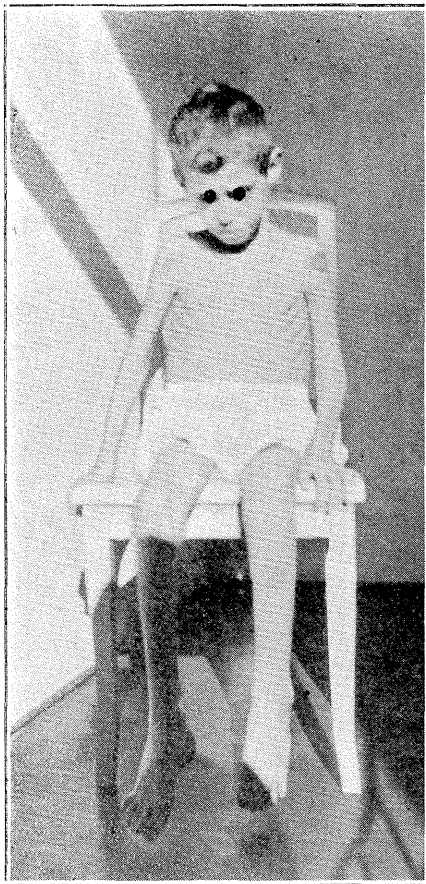


Fig. n. 2

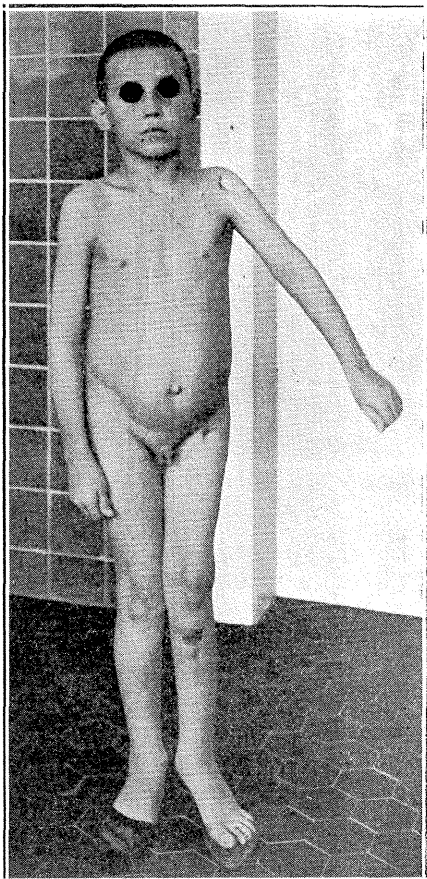


Fig. n. 3

queno encurtamento. Releva registrar que os movimentos das articulações da espadua e anca esquerdas, ficaram um tanto prejudicados, embora o menino se movimente com bastante agilidade e com a vivacidade própria de sua idade de onze anos, caminhando admiravelmente bem com muletas e fazendo, mezes antes de sair, toda sorte de travessuras, contrastando isto com seu estado anterior de apatia e caquexia. A anemia, a geofagia (comia cal da parede), a dôr precordial (**mal de coeur**) e o estado de debilidade mental foram aos poucos se

dissipando, como bem documentam, em parte, as fotografias tiradas, pelo então assistente Dr. Carrion, por ocasião da entrada do doente para o serviço e comparadas com outras batidas em 2 de outubro do corrente ano (clichés 2 e 3). Estas dizem bem do “estado de cura” desde que se associe aos exames de laboratório e às varias radiografias que são as seguintes:

a) **Formula leucocitoria, contagem de globulos vermelhos e dosagem da hemoglobina.** — Em 11—7—931:

Globulos vermelhos	2.687.500 mm ³
“ brancos	14.000 “
Polinucleares neutrofilos	70,5%
Gr. e medios mononucleares	11,1%
Eosinofilos	2,1%
Linfocitos	11,2%
Formas de transição	5,1%
Dosagem de hemoglobina	45%

Em 18—3—932,

Globulos vermelhos	4.050.000 mm ³
“ brancos	11.250 “
Polinucleares neutrofilos	74,70%
Grandes e medios mononucleares	14,14%
Linfocitos	8,06%
F. de transição	2,05%
F. não caracterisados	1,05%
Dos. de hemoglobina	25%

Em 7—10—932:

Globulos vermelhos	5.160.000 mm ³
Globulos brancos	9.687 mm ³
Polinucleares neutrofilos	65,62%
Grandes e medios mononucleares	6,08%
Eosinofilos	1,05%
Linfocitos	27,25%
Dosagem de hemoglobina	85%

b) **Pesquisa de ovos e parasitos nas fezes:**

7—12—931	—	Diversos ovos de ancilostoma duodenali
5—1—932	—	Numerosos ovos e larvas de ancilostoma dudenal
8—3—932	—	“ “ “ “ “ “ “
26—4—932	—	“ “ “ “ “ “ “
21—7—932	—	Diversos “ “ “ “ “ “ “
22—8—932	—	“ “ “ “ “ “ “

c) **Radiografias.** — **Em 17—4—931:** Sinais radiologicos de osteomielite do úmero com destruição do terço superior do osso e deslocamento da epífise superior (cliché n.º 4).

Em 24—4—931: Osteomielite do úmero ao nível do 1/3 superior com osteite do 1/3 inferior, ao nível do cotovelo.

Em 24—4—931: Apices pulmonares claros e permeaveis. Gan-

glios hilares aumentados. Espaço mediastinal posterior escuro. Transparencia pulmonar boa. Fundos de saco claros.

Conclusões: não se encontram evidencias caracteristicas de um processo baciloso.



Fig. n. 4

Em 29—5—931 — Interpretação: Rarefação justa-epifisaria do terço superior do tibia. Contornos irregulares; calibre do osso aumentado. Intensa reação de periostóse compensadora. Diversos sequestros. Nucleos epifisarios e cartilagens epifisarias de aspeto normal. Conclusões: sinais radiologicos de osteomielite aguda do terço superior do tibia (região juxta-epifisaria), com lesões em atividade.

Em 2—6—931 — Torax direito: apice claro. Reforço do desenho bronco-pulmonar. Torax esquerdo: Apice claro. Sombra hilar aumentada, nodulos fibrosos na região hilar.

Em 29—9—31 — Articulações coxo-femural esquerda: processo de osteomielite, descolamento epifisario, luxação para extremidade superior da diafise do femur. Perna esquerda: na radiografia do tibia, ha sinais extensos e fundos de osteomielite aguda evolutiva, e não ha propagação do processo patologico á região epifisaria.

Em 13—1—1932 — No terço superior do tibia, a radiografia revela: 1) extenso foco de rarefação óssea, contudo em seu interior uma pequena sombra de forte densidade; 2) processo de osteite condensante em torno do foco de rarefação, e 3) periostose.

Em 24—10—1932 — A radiografia da anca esquerda, revela 1) recalcificação epifisaria, 2) processo de osteite condensante em torno do foco de rarefação do colo e trocanter, 3) periostose infra-trocanteriana e 4) anilólise óssea em formação franca.

Em 31—1—1932 — A radiografia do úmero esquerdo revela: 1) osteogénese diafisaria com soldadura da epifise, 2) processo osteite-condensante em torno de pequeno foco de rarefação (eliché n.º 5).

d) **Exame de urinas** — Deixamos de detalha-los por carecerem de importancia.

e) **Peso** — Em 23 de junho de 1931: 24 k 750 grs.; em 2 de outubro de mesmo ano 21 k e 100 grs. e em 31 de Outubro de 1932 26 k e 100 grs.

f) **Graficos termometricos** — Registamos os **graficos da vacinoterapia antiapiogena** a contar de abril a julho e de outubro e dezembro de 1931, cuja influencia vacinal foi digna de nota, porque auxiliou a nosso ver a terapeutica cirurgica indicada no doentinho, além do grafico geral, se achando ambos arquivados na clinica.

Tratamento — Logo na entrada de nosso doentinho para o serviço da clinica cirurgica infantil, em situação tão precaria, se impoz um duplo e energico tratamento para atender ao estado geral e aos focos do terrivel furunculo do osso. Assim, já no primeiro dia foram-lhe prescritas injeções de sôro glicosado, agua do mar, oleo canforado e 2 cc. de vacina antiapiogena Yatren, acompanhadas de cuidados cirurgicos, consistindo na necrotomia úmeral com curativos humidos de liquido Dakin e sôro artificial (esta intervenção foi feita sob anestesia local). As injeções de Yatren continuaram durante um mez, sendo praticadas em dias alternados. No quarto dia da entrada do doente foi praticada a extensão continua, fazendo-se posteriormente a applicação de um grande gesso com placa de contradução (sistema Ducroquet) para permitir a deambulação do membro inferior E. No dia 22 de abril de 1931 deu-se a primeira medicação antiverminosica, o que se repetiu de oito em oito dias. Em 29 do mesmo mez iniciou-se a uvetterapia de cinco em cinco dias. A 6 de maio foi o Yatren substituido pela vacina antiapiogena Dallari, tendo recebido nosso paciente 22 injeções dessa medicação. Mugolio foi outra medicação que usamos no caso presente e que prescrita de tres em tres dias em data de 11 de junho, usou-se durante algum tempo. Mais ou menos nessa época ajun-

tou-se calcio coloidal ao tratamento. Em 20 de julho modificamos a medicação passando então a empregar o metodo Finikoff (oleo iodado em injeções e sais de calcio **per os**). Completada a série de oleo iodado fizemos injetar, em nosso paciente, Tisolio, sendo que as primeiras foram praticadas de 8 em 8 dias em numero de 5 e as seguintes de 2 em



Fig n. 5

2 e de 3 em 3 dias, num total de 12 injeções. No dia 29 de agosto iniciamos uma serie de injeções de Gadusan, porém estas "**in loco dolenti**", 5 injeções de 6 cc assim foram feitas, para novamente, em 2 de setembro, retomarmos o tratamento vacínico pelas anti-piogenas Dallari, agora, entretanto, (2 de outubro de 1931), as associamos ao protoinjetol. Como nessa época sobreviesse **sarampo**, usamos sôro anticataral de Lemos, prescrevendo em seguida, para substitui-lo, o Imunól. Daí em diante, continuou-se o tratamento pelas vacinas anti-piogenas, protoinjetol, medicação antiverminosica e anti-anemica. Em 29 de

julho foi praticada trepanação do tibia com necrotomia, curetagem e injeção de lipiodól na fistula crural, tudo sob anestesia local com novocaína, a principio, e geral, no final da operação, com éter feito pelo 1.º assistente Dr. Marajó, tendo auxiliado as operações o chefe de clinica Dr. Vasconcelos e o doutorando Jung.

Em 31 de outubro ultimo demos alta curado da doença cirurgica, transferindo o menino para a clinica medica da Faculdade a cargo do Prof. Otavio de Souza para continuar o tratamento da ancilostomóse em via de cura.

Releva declarar que aconselhamos ao doentinho certos cuidados: proscrever os desportos, os trabalhos sujeitos a insultos mecanicos, não deixar do uso das muletas por algum tempo, colocar na botina do pé esquerdo um salto e sola de mais altura que da outra e o simples aparelho de Taylor para estender e preservar na ocasião da marcha violencias na articulação da anca esquerda que ainda não consolidou a ancilóse óssea em processo.

Devemos deixar aqui consignada uma palavra de agradecimento a todos auxiliares que colaboraram na assistencia hospitalar do caso, que foi longa (de um e meio ano mais ou menos), queremos nos referir ao chefe da clinica Dr. Vasconcelos, assistente Dr. Marajó, Irmã Ema e enfermeiras Maria e Dalila.

Dispensamos fazer comentarios pormenorizados sobre a **observação deste caso**, tão fertil em complicações, porque o tempo, que é sempre exiguo para as comunicações verbais feitas em sociedades medicas não comporta tal; contudo, cabe-nos declarar que o papel do cirurgião, antes de tudo deve ser de clinico, age aguardando o momento oportuno para intervir, preparando, aumentando as defesas organicas bem fracas de seu doentinho minado da parasitose grave e osteomielites multiplas. Estes estados morbidos por si já tão serios, pelo fato de produzirem a anemia que impedem ao cirurgião de intervenção pela perda de sangue inevitavel, além da doença intercurrente — sarampo — atingido por ocasião do grande surto epidemico da enfermidade de clinica pediatria medica, visinha de nosso serviço.

Como finalidade, cumpre-nos ainda dizer que o tempo não é mais em que o cirurgião se contentava antes de tudo, ser um operario manual ou ao menos um bom tecnico. Todas as noções gerais que o medico deve possuir, o cirurgião deve, pelo seu futuro operado, possui-las igualmente. Estamos em uma época em que a tecnica se vulgarizou de tal modo que, o futuro não pertence mais ao cirurgião prestigioso, pertence a aquele que sabe prever os riscos organicos do paciente. Longe de restringir sua ação, esta previsão a estende, ao contrario, e alarga os limites de seu poder, fazendo recuar a das deficiencias organicas.
