

Tratamento da osteomielite aguda pela ressecção subperiorística

E. J. Kanan

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica
da Faculdade de Medicina da Universidade de
Porto Alegre

A terapêutica da osteomielite aguda tem constituído uma preocupação constante da parte daquêles, que procuram encontrar o meio mais eficiente de poder debelar o foco infeccioso ósseo.

E' necessário extinguir o processo mórbido instalado ao nível do bulbo ósseo duma maneira rápida, a-fim-de poupar o organismo das consequências duma supuração prolongada, e evitar que as lesões se extendam à um limite capaz de prejudicar a morfologia e a função do órgão atingido.

Compreende-se, assim, que um tratamento executado com a finalidade de eliminar a causa da osteomielite aguda, dum modo rápido e eficaz, salvaguardando o organismo de profundas alterações, seja alvo de atenção e de observação dos cirurgiões.

Nos dous últimos decênios alcançou-se um progresso real na terapêutica das osteomielites agudas, podendo ser considerada como um dos problemas cirúrgicos melhor orientado. Não quero dizer que esteja definitivamente resolvido. Mas, posso afirmar, que se possuem meios e diretrizes suficientes para resolverem satisfatoriamente grande parte dos casos clínicos.

Talvez, num futuro bem próximo, as fórmulas prolongadas e crônicas da osteomielite apresentem um coeficiente de frequência muito inferior ao atual. E' evidente o grande alcance econômico conseguido por esse meio, fazendo retornar à atividade àqueles que, em outras circunstâncias desfavoráveis, seriam obrigados à uma inatividade de longa duração, acompanhada de danos locais e gerais incalculáveis.

Deve-se ao cirurgião francês, Jacques Leveuf, uma grande parte dos conhecimentos do moderno tratamento da osteomielite aguda. Graças à sua técnica e às suas observações judiciosas que se conhecem noções mais concretas, e uma orientação mais segura na terapêutica dessa infecção.

Conhecedor dos seus trabalhos nesse setor da patologia óssea, tenho procurado pôr em execução os seus métodos no tratamento da osteomielite aguda. E, os resultados conseguidos são amplamente satisfatórios, para que eu continue a praticá-los até o dia que surja um muito mais seguro.

Não cabem mais as prescrições dogmáticas de Lannelongue, que mandava trepanar sistematicamente todos os casos de osteomielite aguda,

nem tampouco o conselho de Kirmisson para que se limitasse a ação cirúrgica na simples abertura do abcesso periósseo. São tentativas muitas vezes infrutíferas quando não perigosas. A trepanação óssea conduz, em alguns casos^a à morte, quando deveria determinar a cura da infecção óssea.

O conhecimento das fórmias clínicas da osteomielite aguda veio revelar, que muitos casos se resolviam espontâneamente duma maneira favorável, com restituição integral da estrutura trabecular, a-pesar-de terem existido lesões comprovadas radiologicamente. E essas fórmias não são raras.

Ora, nessas condições, a intervenção sistemática nos processos infecciosos agudos de localização óssea não é de boa prática, podendo ser prejudicial a ponto de causar a morte por septicemia.

E' por isso que Jacques Leveuf aconselha a imobilização do membro em aparelho gessado, com um tratamento anti-infeccioso geral energico. Sob um controle da temperatura, do estado geral e local, assim como da hemocultura e dos exames radiográficos da região doente, a orientação terapêutica será firmada conforme a evolução apresentada pela infecção óssea.

Há casos que se curam por esse simples tratamento, e outros que necessitam uma simples abertura e drenagem do abcesso subperióstico. Mas, aparecem fórmias com uma evolução desfavorável, em que a imobilização e a incisão do abcesso não bastaram para que evitassem a continuação da hipertermia, do mau estado geral causado pela toxi-infecção, e do avanço inexorável das lesões ósseas, exigindo uma decisão mais firme e mais eficiente.

A trepanação óssea nessas ocasiões é insuficiente, porque pôde retirar porções ósseas sãs e deixar grandes zonas necrosadas, tornando a operação de resultados insatisfatórios, e obrigando o cirurgião a intervir posteriormente mais vezes.

O bom senso manda, então, que se faça uma extirpação mais extensa da região infectada, isto é, que se elimine totalmente o foco infeccioso, à maneira das apendicectomias nas apendicites agudas, contanto que sejam tomadas na devida consideração as indicações recomendadas para a realização do ato operatório.

Foi, ainda, Jacques Leveuf, quem regulou essa importante e útil intervenção — a **ressecção óssea subperióstica** — quanto à sua oportunidade, aos cuidados pré e post-operatórios, e à técnica cirúrgica. Não foi uma invenção terapêutica dêsse cirurgião, porque a diafisectomia subperióstica era conhecida e executada pelos médicos do século passado. Mas diante dos repetidos fracassos colhidos após a sua realização, caiu em desuso e esquecimento. Jacques Leveuf, porém, conseguiu fazer da ressecção óssea subperióstica um método terapêutico seguro nas suas indicações e execução. Fez dêle um processo de utilidade prática incalculável e de uso mais corrente.

A ressecção óssea subperióstica pôde ser precóce ou tardia, conforme o aspécto das lesões ósseas e da reação do periósseo, mais do que o tempo decorrido desde o início das manifestações clínicas.

E' precóce a ressecção quando fôr realizada durante o período

febril da afecção, apresentando-se o periósteeo congestionado e facilmente destacável do plano ósseo. Aliás a radiografia mostra um periósteeo espessado, e afastado da cortical da diafise óssea necrosada por uma delgada camada de tecido ósseo de nova-formação, produto de irritação da sua camada osteógena pelo processo inflamatório.

Si a intervenção fôr efetuada numa fase da doença em que a hipertermia tiver declinado, o estado geral denotar uma tendência a melhora, os fenômenos locais apresentarem uma gradativa regressão, e o exame radiológico da região infectada revelar uma reação perióstica avançada então, é considerada tardia. Na ocasião do ato operatório se verificará que o periósteeo não tem mais o aspecto congestionado, achando-se intimamente aderente à camada de tecido ósseo recentemente produzida por êle. Compreende-se, assim, que o seu destacamento é difícil e prejudicial, uma vez que fica destruída a camada osteogênica do periósteeo, tão necessária para a fabricação do osso que deve substituir aquêle que ficou necrosado pela infecção.

Ora, discute-se, ainda, si haveria vantagens de praticar essa operação nessas condições, uma vez que os seus resultados poderão redundar num completo insucesso, como foi atestado em diversos casos pela ausência completa ou parcial de regeneração óssea.

A ressecção óssea subperióstica pôde ser, também, considerada como primitiva ou secundária.

Ela é primitiva quando nenhuma outra intervenção armada foi executada anteriormente, em caso contrário será uma ressecção secundária.

O aspecto radiográfico das alterações sofridas pelo periósteeo e pela diafise, assim como o exame da zona doente por ocasião da operação, ministram elementos para avaliar a extensão da ressecção óssea. Daí ela ser parcial ou total, segundo se extirpar um determinado segmento da diafise doente, ou se retirar toda a haste diafisária.

Como se pôde deduzir do exposto, a indicação e a técnica da ressecção subperióstica não se coadunam a todos os casos clínicos de osteomielite aguda.

A sua realização durante o período septicêmico é perigosa, podendo determinar um êxito letal. As condições gerais do paciente não permitem suportar uma operação tão chocante. É preciso esperar que o organismo se restabeleça do ataque geral toxi-infeccioso, e só agir cirurgicamente quando o processo infeccioso estiver localizado, numa evidente demonstração da capacidade de reação do organismo contra a invasão dos germes patógenos. Ainda assim, a oportunidade operatória é ditada pelas circunstâncias da evolução clínica e radiológica, apontadas acima.

Em última análise, a diafisectomia subperióstica é indicada, principalmente, nas formas clínicas de osteomielite em que a infecção está localizada, mas, cuja evolução denotar um progresso das lesões sem tendência para a cura.

Foi, nessas condições, que operei três casos de osteomielite aguda da tíbia, e acompanhei um outro com o Dr. Bruno Marsiaj, em tudo semelhante aos meus, cujas observações clínicas e documentação radiográfica são aqui apresentadas. Infelizmente, as radiografias do paciente

do Dr. Bruno Marsiaj não se encontram à minha disposição, porisso não posso estampá-las, a-pesar-da autorização do meu distinto colega; mas, a evolução clínica e os resultados obtidos pela ressecção total subperióstica da tíbia são iguais aos demais casos aqui apresentados.

Cada caso é acompanhado por uma descrição sucinta da sua história clínica, do tratamento empregado, e dos resultados conseguidos. Para que não haja repetições desnecessárias, passarei a descrever a técnica operatória nas diafisectomias subperiósticas, e, ao mesmo tempo, acrescentarei alguns detalhes de uma certa importância para a sua completa realização.

A intervenção é executada, em melhores condições de técnica, sob a hemostasia preventiva, por meio dum garrote colocado convenientemente.

A incisão terá a extensão necessária para pôr à descoberto a diafise tóda ou uma porção dela, conforme fôr uma ressecção total ou parcial. O exame das lesões, durante a operação, permitirá estabelecer o nível da ressecção, e, assim, se prolongar uma incisão que tinha sido anteriormente traçada para uma diafisectomia parcial.

Feita a incisão da pele e do tecido celular subcutâneo, se procura chegar ao osso duma maneira que permita aos musculos ficarem aderentes ao perióstee, a-fim-de não prejudicar as vias de circulação sanguínea tão uteis para a elaboração do novo osso. Escolhido o lugar, procede-se dum golpe a abertura do periosteo pelo bisturi.

Em seguida, com o auxílio duma rugina, faz-se o destacamento do perióstee do plano ósseo subjacente, manobra facil quando se o encontra espessado e hiperemiado. A rugina deverá trabalhar sempre em contato direto à cortical diafisária, poupando o máximo a camada osteógena do perióstee, cuja destruição redundaria na ausência de regeneração óssea.

Desembaracada a diafise do seu envoltório fibroso, efetua-se depois a sua ressecção total ou parcial. No primeiro caso, secciona-se a diafise ao meio por meio do escopro, ou, melhor, da serra de Gigli, menos traumatizante, e, com uma tenaz segurando o extremo fragmentário, desprende-se o osso da sua ligação com a cartilagem de conjugação, graças aos movimentos de tração e torção imprimidos à cada uma das metades diafisárias. Geralmente, a sua separação é facil e rápida, em virtude dos fenômenos inflamatórios ali sediados que acabaram por determinar um verdadeiro descolamento dia-epifisário. Acontece, porém, que pôdem ficar presos à cartilagem conjugal pequenos fragmentos ósseos, cuja presença poderá acarretar um prolongamento da supuração, que só cessará quando forem eliminados espontaneamente ou cirurgicamente. Assim é de bôa prática fazer a sua ablação imediata por meio duma curetagem branda, dada a facilidade com que se destacam do plano cartilaginoso.

Quando, porém, a diafisectomia é parcial, o nível da ressecção óssea é determinado pela altura das lesões, passando a serra ou o escopo um cm. acima ou abaixo, segundo o fóco tiver iniciado as suas manifestações mórbidas sôbre a metafise inferior ou superior, respectivamente. Em seguida, completa-se a ressecção como no caso anterior.

Estando o leito do perióstee vazio, termina-se a sua limpeza fazen-

O Neosalvarsan

existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

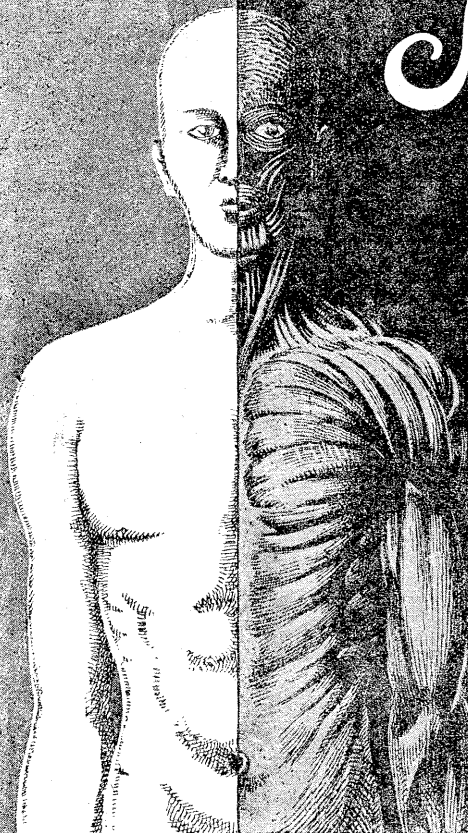
O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções somente em água bidistilada ou em sôro glicosado à 10%, o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cedo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.



ACETYLARSAN

O PADRÃO DOS ARSENICAES
INTRAMUSCULARES



Syphilis

NEURO-SYPHILIS
HEREDO-SYPHILIS

GRANDE ACTIVIDADE
OPTIMA TOLERANCIA
FACILIDADE DE EMPREGO



Acetylarsan para Adultos: Caixas de 10 e 100 ampolas de 3 cc.

Acetylarsan Infantil: Caixas de 10 e 100 ampolas de 2 cc.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** — CAIXA POSTAL 2916 — S. PAULO

do correr sôro artificial quente, que eliminar: se age ao mesmo tempo como hemostático. Não se deve de modo algum colocar antisséptico ao seu nível, porque pôde destruir a camada interna do periósteo e dificultar a osteorregeneração.

Levantado o garrote e feita a hemostasia de alguns vasos, que, por ventura, ainda sangrem, a orientação a seguir varia conforme se queira fazer a aproximação das bôrdas do periósteo, por meio dalguns pontos a catgut, assim como das partes môles por uma sutura, em massa, a cargo de 3 ou 4 pontos a seda, suficientes para a reunião das duas superfícies cruentas, — ou, então, se deixe tudo para cicatrizar por segunda intenção, após a colocação frouxa de gaze esterilizada vaselinada no interior da brecha sangrenta. Eu tenho utilizado o óleo de fígado de bacalhau bruto ou em forma de pomada, para aproveitar as suas já conhecidas propriedades cicatrizantes.

A aproximação das margens do periósteo permite reconstruir o cilindro em cujo interior se moldará a nova diafise óssea, que, de outro modo, se formaria de maneira bruta e anárquica. Dá a impressão que o tubo perióstico serve de molde e impêde que o tecido ósseo se desenvolva fóra dos seus limites. Entretanto, êsse detalhe de técnica não é destituído, inteiramente, de alguns inconvenientes como sejam a produção e retenção de pús, que só pôde ser evacuado após fazer saltar os pontos de sutura. Mas, si a extirpação do foco mórbido fôr executada correta e completamente, a cicatrização se dará em muito melhores condições morfológicas.

Feito o curativo oclusivo, o membro é imobilizado em aparelho gessado na posição de repouso e relaxamento muscular, a-fim de evitar deformações secundárias. Assim, por ex., na diafisectomia da tíbia, o aparelho gessado abrangerá côxa, perna e pé, com o joelho em ligeira flexão, para prevenir um provável genu recurvatum, e o pé em ângulo réto, para afastar o aparecimento dum equinismo.

Nos segmentos de membro com dous ossos, como a perna e o antebraço, o osso indêne age como tala, e dificulta o encurtamento do novo osso a formar, mórmente quando se usa um aparelho gessado imobilizador. Mas, nos segmentos de membro constituídos por um osso, como a côxa e o braço, o encurtamento e a deformidade pôdem surgir em consequência da contratura muscular e da má postura do membro. É preciso, nêsses casos, empregar uma tração transesquelética, ou por aparelho de esparadrapo, auxiliada por uma goteira gessada bem moldada à forma do membro. A não observância dessas medidas auxiliares poderá prejudicar em muito os resultados estéticos e fisiológicos da região operada.

O aparelho gessado é fenestrado ao nível da incisão. O curativo só será removido 4 semanas ou mais após a intervenção, para ser substituído por outro de gaze vaselinada ou com óleo de fígado de bacalhau bruto ou em pomada. Si a temperatura, as condições gerais e locais do paciente demonstrarem a formação duma coleção purulenta, urge a conveniência de se abrir a ferida operatória para se fazer a sua drenagem. Sem essa complicação, é de bôa nôrma evitar fazer curativos freqüentes, que só pôdem interromper o processo de cicatrização.

A regeneração óssea pôde ser acompanhada pelas radiografias, que revelam o aparecimento da substância óssea 10 a 15 dias depois do ato operatório. Ao cabo de 6 a 8 semanas assume um volume muito maior, ocupando duma maneira irregular e anárquica o espago da antiga diáfise. A sua estrutura não é nítida nem uniforme. Havendo zonas de intensa condensação óssea no meio de áreas ósseas descalcificadas. Aos poucos o osso se vai remodelando, tanto na sua forma como na sua estrutura, para se aproximar do osso normal. Essa remodelação óssea leva anos para atingir o seu fim, sendo, entretanto, apressada pela função do membro, que atua intensificando os fenômenos nutritivos.

Não é necessário, contudo, esperar tanto tempo para permitir a utilização do membro, principalmente, quando é ao nível da perna ou do antebraço. Desde que a formação óssea tenha atingido uma certa proporção para restabelecer o eixo ósseo, a feitura dum aparelho gessado bem moldado pôde facilitar a função do membro. Tal é o exemplo duma perna, com aparelho gessado deambulatório, que permite a marcha ao cabo de 60 a 90 dias de diáfisectomia. Isso depende, naturalmente, das condições evolutivas de cada caso individual.

O tecido ósseo substituto é de boa qualidade. As fraturas sucedidas ao seu nível consolidam normalmente e no mesmo prazo que nos outros ossos integros. Além disso, oferecem uma barreira quase intransponível para a localização duma infecção, daí a raridade extraordinária da reprodução da osteomielite sobre uma diáfise de nova formação.

Os resultados imediatos e mediatos são, por vezes, extraordinários.

A febre baixa paulatinamente para desaparecer completamente. A persistência da mesma fala em favor dum foco supurativo, ainda em evolução, que não foi extirpado convenientemente, ou, então, localizado em outra parte do esqueleto. As manifestações clínico-radiológicas posteriores explicarão as condições apresentadas pelo operado, e, ditarão, também, a atitude a seguir depois.

O estado geral melhora consideravelmente. Reaparece o apetite, a cor pálida é substituída por uma cor rosea, assim como o paciente começa a engordar. Aos poucos, sai do estado apático e astênico em que o mergulhou o processo toxi-infeccioso, para reintegrar-se ao seu ambiente.

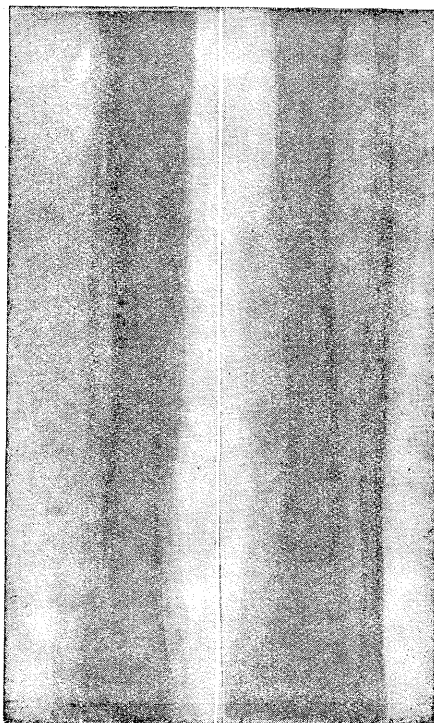
Enquanto se dá essa ressurreição, a cicatrização da zona operada vai avançando.

É bem evidente o efeito benéfico que resultou da ablação do foco infeccioso, verdadeira usina de produtos tóxicos que agiam sobre o organismo todo, debilitando-o profundamente. Si não se procedesse dessa maneira, se assistiria ao enfraquecimento progressivo do doente, enquanto se esperava a formação do sequestro, para depois ser extirpado. Muitas vezes, o indivíduo não resiste, e morre vencido pela toxi-infeção. A ressecção subperióstica evita um fim tão desastrado e coloca o organismo em melhores condições de resistência.

Assim, essa intervenção encurta extraordinariamente o período do tratamento da osteomielite aguda, evitando que o organismo fique sob

a ação danificadora do processo patológico, e prevenindo o aparecimento de complicações.

E' essa a impressão que recolhi das minhas observações clínicas, cujos resultados dou mostra aqui duma maneira resumida.



Observação I

Fig. 1 — Osteomielite aguda da tíbia direita, vista nas imagens de perfil e face. Data — 18-1-40.

OBSERVAÇÃO I

Nelson G. de O., 13 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 8.^a Enf.^a da S. C. de Misericórdia, em 17-1-1940. Alta, curado, em 10-5-1940.

Há 3 semanas torceu o pé direito, machucando muito o tornozêlo. Em seguida começou a sentir dôres ao nível do terço inferior da perna, e, pouco tempo depois, apareceu na mesma região um edema, impossibilitando a função do membro. Febre alta.

Ao exame apresentava os seguintes sinais: dôr localizada sôbre a região metafisária inferior da tíbia direita, edema abrangendo a metade inferior da perna, calor e impotência funcional. Temperatura: 39°4.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da tíbia direita.

As radiografias (fig. 1) revelam lesões extensas da diafise tibial, com franca reação perióstica.

Tratamento: Ressecção subperióstica primitiva dos 3/4 inferior-

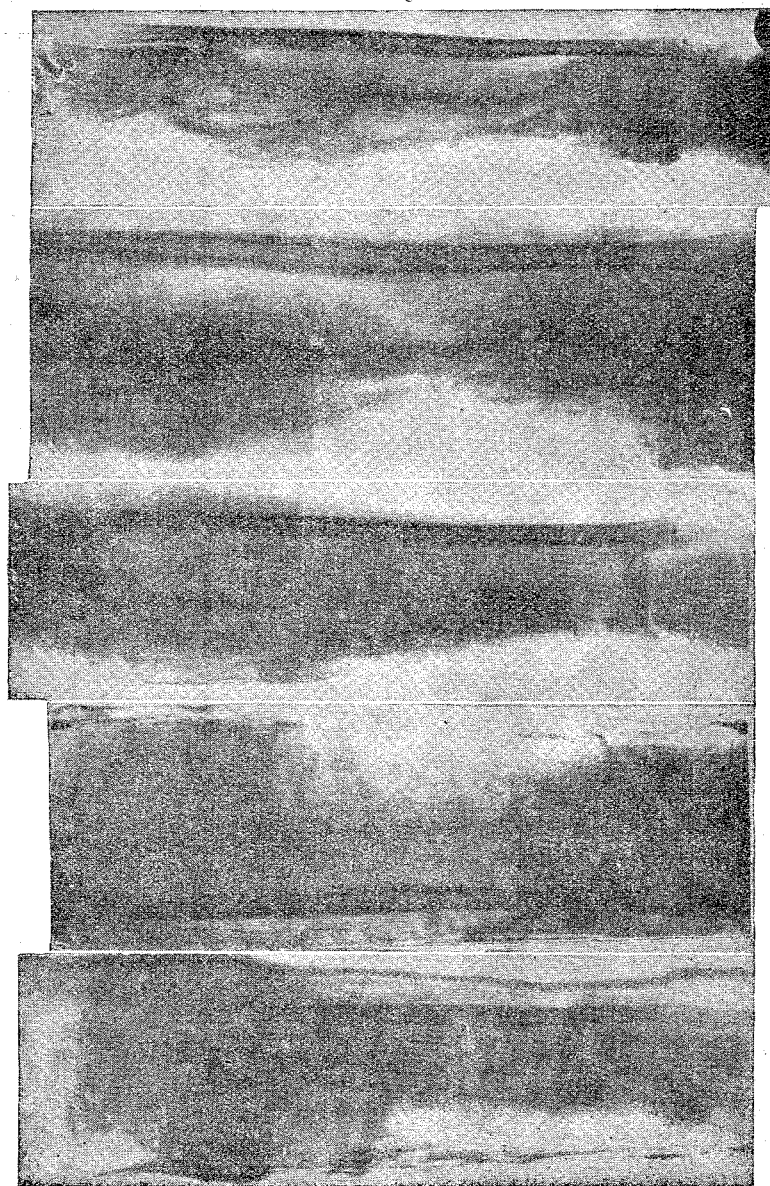


Fig. 6

Fig. 5

Fig. 4

Fig. 3

Fig. 2

- Fig. 2 — Ressecção subperióstica primitiva dos 3/4 inf. da tibia direita, em 18-1-40. A radio revela um léve esboço de regeneração óssea — 6 dias após a intervenção. Data — 24-1-40.
- Fig. 3 — Já se nota mais nitidamente o tecido ósseo de nova formação — 23 dias após a operação. Data — 10-2-40.
- Fig. 4 — Observa-se uma maior quantidade de substância óssea — 46 dias depois da ressecção. Data — 5-3-40.
- Fig. 5 — A néoformação óssea assume maior proporção — 59 dias decorridos da diafisectomia. A radio mostra a existência dum canal modular que se está formando. Data 28-3-40.
- Fig. 6 — Por esta radio se póde apreciar a exuberância da regeneração óssea, que toma um caráter anárquico — 76 dias após a intervenção. Data — 15-4-40.

res da tíbia, em 18-140. Anestesia pelo evipan. Vacino e sufamidoterapia concomitantemente.

O perióstéo estava espessado e sangrava intensamente. Destacamento fácil. Diafise tibial alterada nos seus 3/4 inferiores. Medula infectada, encontrando-se grande quantidade de pús, no meio de medula degenerada e cercada por fungosidades.

Embalsamento do leito com gaze e pasta de óleo de fígado de bacalhau. Cicatrização por segunda intenção, dentro dum aparelho gessado.

Post-operatório normal; a temperatura oscilou entre 36°8 e 38° durante 10 dias, mais ou menos, para estabilizar-se depois entre 36°5 e 37°5; melhoria do estado geral rápida.

A regeneração óssea pôde ser apreciada pelas radiografias das figs. 2 a 10.

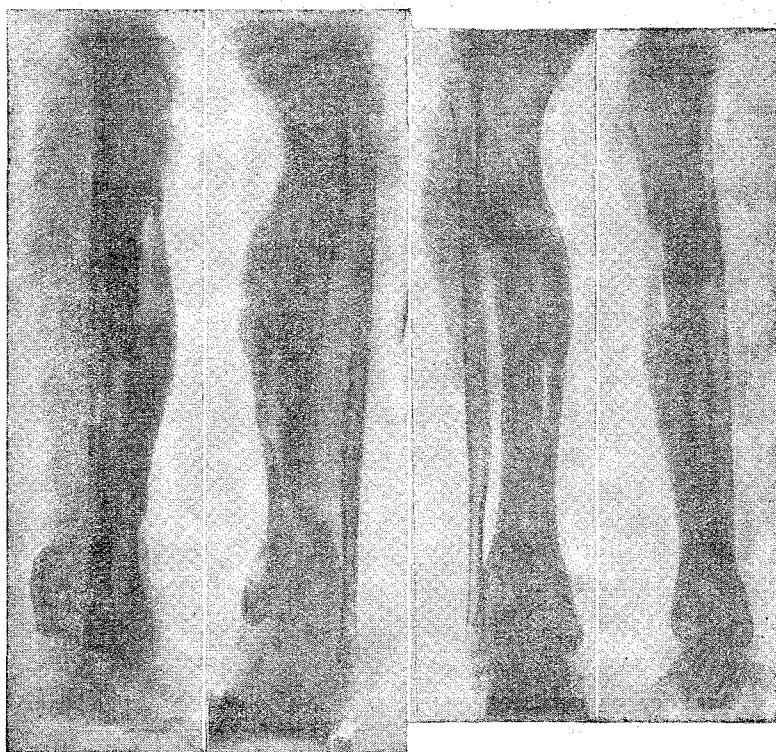


Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Fig. 10

Figs. 7 e 8 — Dois aspéctos de perfil e face da nova diafise tibial regenerada — 97 dias depois da ressecção. O tecido ósseo apresenta-se bem condensado, mas desenvolvido bem irregularmente. Data — 6-5-40.

Figs. 9 e 10 — Por estas duas radios — tomada 1 ano e 2 meses da diafisectomia — se pôde avaliar o grau da reprodução óssea. Já se delínea uma melhor arquitetura da diafise tibial, cuja configuração procura aproximar-se da normal. Tanto a condensação óssea como a estrutura trabecular são de boa qualidade.

OBSERVAÇÃO II

Francisco F. H., 14 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 8.^a Enf.^a da S. C. de Misericórdia em 19-2-1940. Alta curado, em 10-6-1940.

Há um mês e meio, mais ou menos, o pé direito trancou no pedal duma bicicleta, arrastando-o num longo percurso. Sentiu, então, muitas dores na parte posterior do tornozelo, que diminuíram dois dias depois. Três semanas do acidente começou a experimentar um mal es-

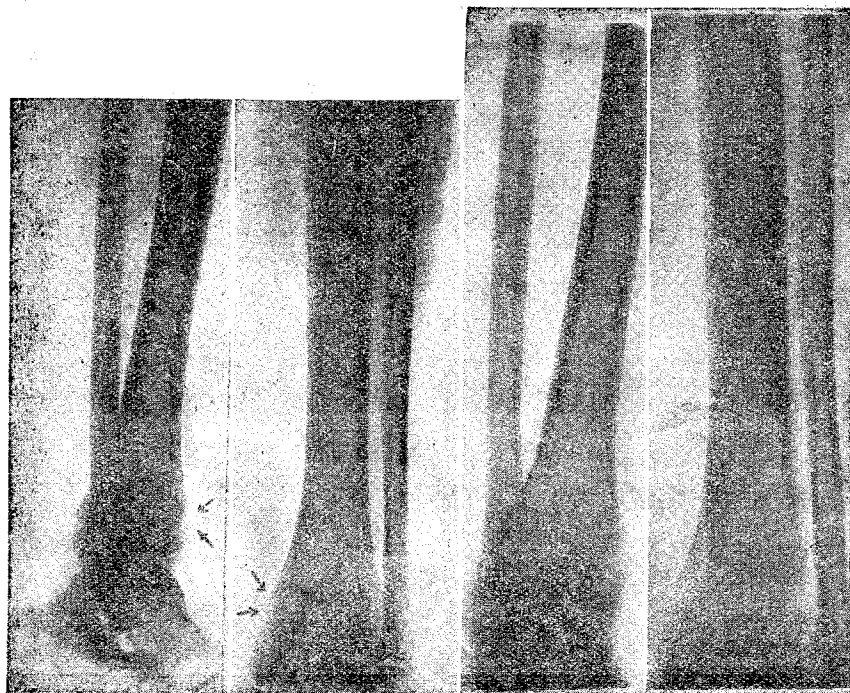


Fig. 11

Fig. 12

Fig. 13

Fig. 14

Figs. 11 e 12 — Osteomielite aguda do terço inferior da tíbia direita. Data — 19-2-40.

Figs. 13 e 14 — As lesões osteomielíticas avançaram mais para cima, no curto intervalo de 7 dias. Data — 26-2-40.

tar geral, com febre, cefaléia, diarreia, dór e claudicação na perna direita. Poucos dias depois baixou ao Hospital, apresentando ao nível do terço inferior da perna direita: dór espontânea e à pressão, edema, calor, e impotência funcional do membro inferior. Temperatura: 39°6. Estado geral profundamente alterado pelo processo toxi-infeccioso.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da tíbia direita.

As radiografias (figs. 11, 12, 13 e 14) mostram lesões localizadas ao nível da metafise inferior da tíbia direita, cuja progressão pôde

ser avaliada comparando as radios 11 e 12 com 13 e 14 num intervalo de 7 dias de evolução.

Globulos brancos: 17.500 — Neutrofilos: 83%.

Hemosedimentação globular, na 1.^a hora — 102.

Índice de hemosedimentação globular — 83,5.

Tratamento: Ressecção subperióstica primitiva dos 3/4 inferiores da tibia direita, em 29-2-1940. Anestesia pelo evipan. Vacino e sulfamidoterapia concomitantemente.

Tecidos circunjacentes à diafise tibial esfacelados, infiltrados por grande quantidade de pús. Perióstio destacado, espessado em alguns pontos, e destruído ao nível da face antero-interna do terço inferior.

Tamponamento do leito do perióstio com gaze e pasta de óleo de

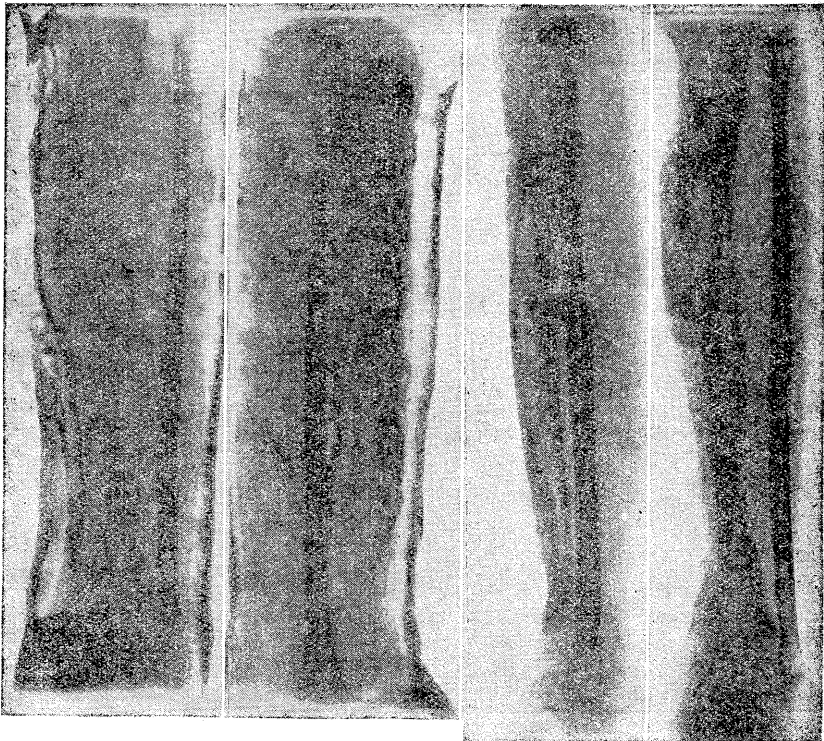


Fig. 15

Fig. 16

Fig. 17

Fig. 18

Figs. 15 e 16 — Dois aspectos radiográficos, de face e de perfil, da regeneração óssea tibial — 67 dias após a ressecção superiostíica primitiva da tibia — efetuada em 29-2-1940. A produção óssea está bem adiantada, com uma conformação ainda irregular, mas de boa estrutura. Data — 6-5-40.

Figs. 17 e 18 — Decorridos 94 dias da intervenção — nova diafise tibial apresenta-se com uma arquitetura ainda anárquica. Mas, o tecido ósseo apresenta uma boa condensação. Nota-se a presença do canal medular. Data — 3-6-40.

fígado de bacalhau. Cicatrização por segunda intenção, dentro dum aparelho gesado.

Post-operatório: Melhoria consecutiva do estado geral, pela diminuição da palidez, da anorexia e do emagrecimento. A hipertermia demorou alguns dias para declinar nos dias seguintes.

A reprodução da diáfise tibial pôde ser apreciada nas radios das figs. 15, 16, 17, 18.

OBSERVAÇÃO III

Zelomar D. D., 10 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 26.^a Enf.^a da S. C. de Misericórdia, em 8-8-1941. — Alta curado, em 10-2-1942.

Encontra-se doente há alguns dias, com febre e dôres na perna esquerda. Tem emagrecido muito, ultimamente.

O exame do doente demonstrou, além do estado geral profundamente tocado pela toxi-infecção, os seguintes sinais: dôr, edema, calor e



Fig. 19

Fig. 20

Fig. 21

Fig. 22

Figs. 19 e 20 — Osteomielite aguda da metafise superior da tíbia esquerda. Data 8-8-41.

Figs. 21 e 22 — Lesões mais extensas da osteomielite da tíbia esquerda — 8 dias mais tarde. Data — 16-8-41.

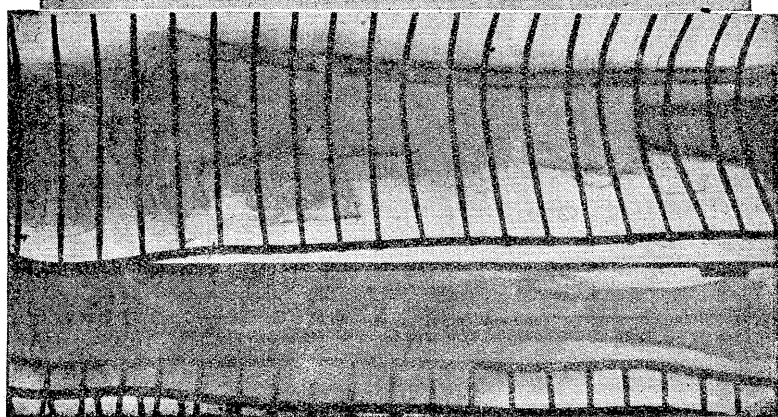


Fig. 23

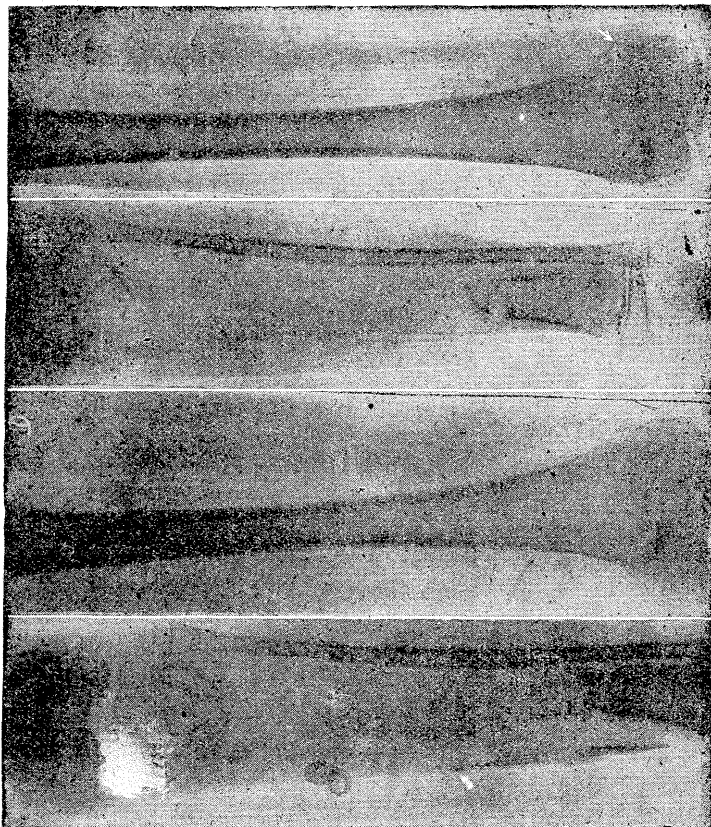


Fig. 24

Fig. 25

Fig. 26

Fig. 27

Fig. 28

- Figs. 23 e 24 — Já se notam os primeiros sinais da regeneração óssea — 10 dias após a diafisectomia subperióstica secundária. Data — 28-8-41.
- Fig. 25 — Além da maior produção de substância óssea — 23 dias da operação — nota-se, também, que o extremo superior do côto tibial inferior apresenta sinais de rarefação óssea.
- Fig. 26 — Fôco secundário de osteomielite aguda ao nível da metade interna da metáfise inferior do fêmur direito. Data — 10-9-41.

- Fig. 27 — Delinea-se mais nitidamente a nova diafise tibial — 40 dias depois da intervenção — a-pesar-do seu aspecto grandemente descalcificado. Continúa em evolução o fóco infeccioso sobre o côto tibial; a ressecção devia ter sido total. A supuração continúa, e é a causa do retardamento da regeneração óssea da tibia. Data — 27-9-41.
- Fig. 28 — Outra imagem radiográfica da osteomielite do femur direito. Data — 27-9-41.

rubor ao nível do terço superior da perna esquerda; flutuação ao mesmo nível;; impotência funcional. Temperatura: 39°5.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da extremidade superior da tibia esquerda.

A radiografia (figs. 19 e 20) revelou uma alteração da estrutura óssea, na altura da metafise superior da tibia esquerda, como se pôde muito bem apreciar nas duas posições, de face e de perfil.

Tratamento: Abertura e drenagem do abcesso periósseo, sob anestesia pelo queleno. Imobilização em tala de Cræmer, com o joelho em ligeira flexão. Data: 8-8-41.

Nessa ocasião, foi encontrada uma grande coleção purulenta, mantida sob forte pressão, a ponto de esnuchar o pús quando foi feita a incisão do abcesso. Pús com coágulos eszngueinos. Periósseo rôto, osso a descoberto com uma coloração de branco desmaiado.

Léve melhora do estado geral. A temperatura baixou a 36°5, no quarto dia da operação, para novamente subir a 37°8 no nono dia. As lesões da tibia continuavam progredindo, como é perfeitamente provado pelas radios das figs. 21 e 22, a-pesar-de ter sido feita a evacuação e drenagem da coleção purulenta, e o membro continuar imobilizado. Prosseguimento do tratamento pela vacina antipiógena e pela sulfamida.

No dia 18-8-41 foi praticada uma **diafisectomia subperióstica secundária dos 3/4 superiores da tibia esquerda**, sob anestesia pelo balsoformio.

Hemostasia pelo sôro quente, e ligadura dum vaso do periósseo. Embalsamento do leito com a pasta de óleo de fígado de bacalhan, e aproximação das margens do periósseo por quatro pontos distanciados de catgut. Sutura da pele, a catgut, em três pontos distanciados e intermediários aos precedentes. Curativo oclusivo. Imobilização em aparelho gessado, com o joelho em flexão leve.

Choque operatório violento.

O estado geral melhorou um pouco, mas a temperatura continuou oscilando entre 38° e 36°5, chegando, às vezes, até 39°.

O paciente começou a se queixar de dores ao nível do joelho direito, alguns dias depois da diafisectomia. O exame local veio revelar um ponto doloroso, correspondente ao lado interno da metafise inferior do femur direito. A radiografia (fig. 26) demonstrou a existência duma segunda localização de osteomielite aguda, sediada sobre a metade interna da metafise inferior do femur direito. O seu tratamento ficou reduzido à simples imobilização do membro inferior, em aparelho gessado, acompanhado da vacina e sulfamidoterapia. (Vêde figs. 26, 28, 30 e 34).

O resultado da ressecção tibial pôde ser verificado pelas radios das figs. 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32 e 33.

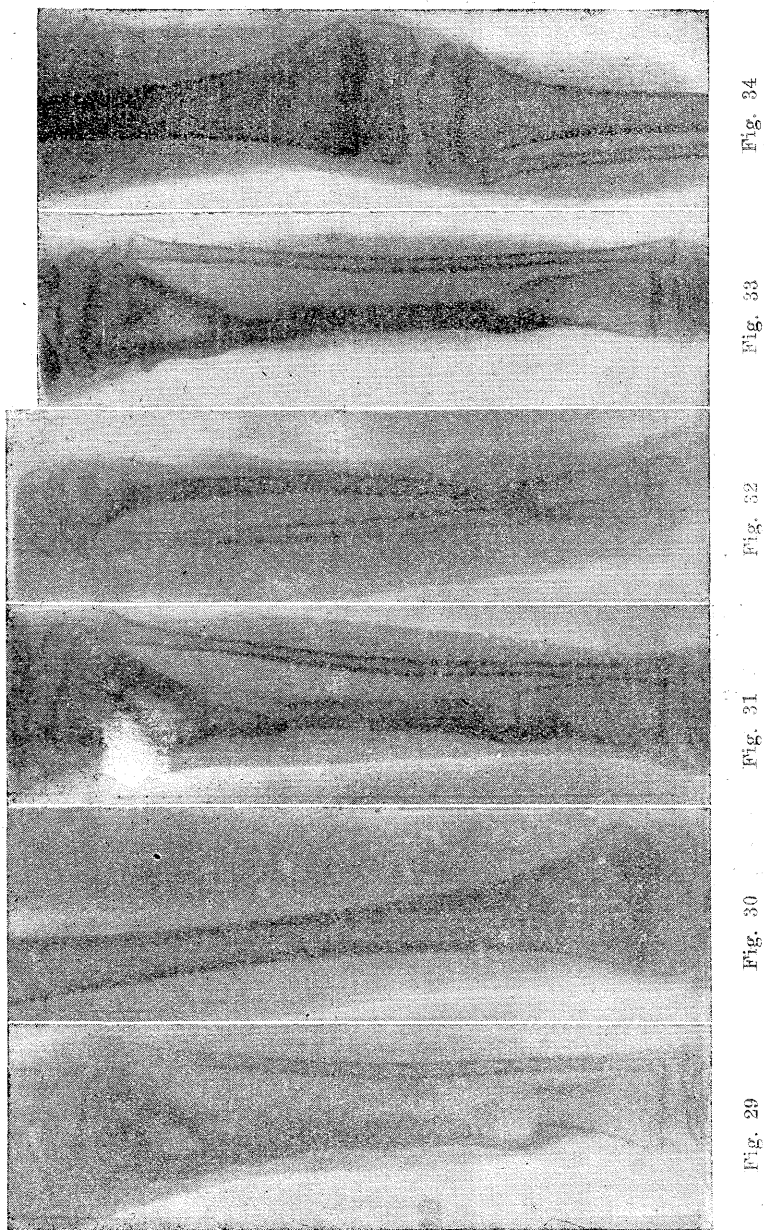


Fig. 29

— Esta radiografia mostra a situação da regeneração óssea — 107 dias da intervenção. A produção óssea é regular, a sua arquitetura é boa. Mas, existe um foco de rarefação óssea, em evolução, na extremidade superior. A ligação da néoformação óssea com o resto da antiga tíbia não está completa, notando-se, ainda uma zona de rarefação óssea com características duma cavidade. Data — 3-12-41.

- Fig. 30 — Regressão da osteomielite do fêmur, observando-se a formação do processo cicatricial. Data — 3-12-41.
- Figs. 31 e 32 — Outro aspecto da marcha do processo osteorregenerador — 196 dias após a diafisectomia. Maior condensação óssea. Estrutura trabecular nítida. Ligação óssea inferior mais acentuada. Data — 28-2-42. Nessa época o foco superior foi curetado, continuando o membro em bota gessada de ambulação.
- Fig. 33 — Após 238 dias de diafisectomia, esta radiografia apresenta a situação atual da regeneração tibial. Os focos superior diminuídos de volume, e em franca regressão. A arquitetura óssea obedece a uma regularidade que se aproxima da normal, não tendo o aspecto anárquico apresentado pela regeneração óssea dos dois casos anteriores. Ademais, a cicatrização da pele deu-se em muito boas condições. O ótimo resultado morfológico é devido à sutura do perióstio e dos planos moles. A função, como nos casos anteriores, restabeleceu-se normalmente, sem nenhuma deficiência. Data — 11-2-42.
- Fig. 34 — Vê-se, por esta radio, como o foco osteomielítico femoral está cicatrizado, havendo ainda um trabalho na remodelação da estrutura óssea para adquirir o aspecto trabecular normal. Data — 11-4-42.

RESUMO

O autor apresenta 3 casos de osteomielite aguda da tíbia, em que praticou a **ressecção subperióstica da tíbia**.

Todos eles, inclusive um outro caso cuja documentação radiográfica não pôde exibir, curaram em ótimas condições, havendo uma regeneração óssea abundante e de boa qualidade.

Observou um efeito benéfico sobre o estado geral logo após a intervenção, que veio colocar o organismo em situação melhor de poder reagir.

Observadas as indicações e contra-indicações, que cada caso requer, a diafisectomia subperióstica é uma intervenção que deve ser praticada nas formas localizadas de osteomielite aguda, cuja evolução demonstrar um progresso das lesões sem tendência a cura.