

V.2/268

# THESE

APRESENTADA

A

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

A 29 de Novembro do mesmo anno

POR

JOÃO AUGUSTO RIBEIRO GUIMARÃES

NATURAL DA PROVINCIA DE MINAS-GERAES

Doutor em medicina pela mesma Faculdade, ex-socio effectivo e socio honorario do Instituto Academico, membro titular da Sociedade Beneficencia Academica

FILHO LEGITIMO DE

**João Ribeiro Guimarães**

E

**D. Maria Amalia de Oliveira Guimarães.**



**RIO DE JANEIRO**

TYP. DO APOSTOLO — LADEIRA DO SEMINARIO N. 6 A.

—  
1867.

# FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

DIRECTOR—O ILLM. E EXM. SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.  
VICE-DIRECTOR—O ILLM. E EXM. SR. CONSELHEIRO DR. LUIZ DA CUNHA FEIJÓ.

## LENTES CATHEDRATICOS.

### PRIMEIRO ANNO.

Os Illms. Srs. Drs.:

Francisco José do Canto e Mello Castro Mascarenhas,	} Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina. Chimica e mineralogia. Anatomia descriptiva.
Manoel Maria de Moraes e Valle. . . . .	
José Ribeiro de Souza Fontes. . . . .	

### SEGUNDO ANNO.

Francisco Bonifacio de Abreu . . . . .	Botanica e zoologia. Chimica organica. Physiologia.
José Ribeiro de Souza Fontes . . . . .	Anatomia descriptiva.

### TERCEIRO ANNO.

Antonio Teixeira da Rocha. . . . .	Physiologia. Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . . .	Pathologia geral.

### QUARTO ANNO.

Antonio Ferreira Franca, <i>Examinador</i> . . . . .	Pathologia externa.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca. . . . .	Pathologia interna.
Conselheiro Luiz da Cunha Feijó, <i>Presidente</i> . . . . .	Partos, molestias de mulheres peçadas e puridas e de crianças recém-nascidas.

### QUINTO ANNO.

Antonio Gabriel de Paula Fonseca. . . . .	} Pathologia interna. Anatomia topographica, medicina operatoria apparelhos. Materia medica e therapeutica.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence. . . . .	
. . . . .	

### SEXTO ANNO.

Francisco Ferreira de Abreu. . . . .	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos. . . . .	Pharmacia.
Antonio Corrêa de Souza Costa. . . . .	Hygiene e historia da medicina.

João Vicente Torres-Homem, <i>Examinador</i> . . . . .	Clinica externa, 3º e 4º anno. Clinica interna, 5º e 6º anno.
--	--

## OPPOSITORES.

José Thomaz de Lima, <i>Examinador</i> . . . . .	} Secção de sciencias accessorias.
Joaquim Monteiro Caminhoá. . . . .	
. . . . .	
José Joaquim da Silva . . . . .	} Secção de sciencias medicas.
José Maria de Noronha Feital. . . . .	
Francisco Pinheiro Guimarães. . . . .	
. . . . .	} Secção de sciencias chirurgicas.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . . . .	
Luiz Pientzenauer. . . . .	
Matheus Alves de Andrade, <i>Examinador</i> . . . . .	

SECRETARIO—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

v.2/269

À MEMORIA DE MEUS QUERIDOS PAIS

**JOÃO RIBEIRO GUIMARÃES**

**MARIA AMALIA DE OLIVEIRA GUIMARÃES**

. . . . .  
. . . . .

SILENCIO. . . .

A SAUDOSA MEMORIA DE MEUS AVÓS

**MAJOR JOAQUIM JOSÉ DE OLIVEIRA MAFRA**

**PUDENCIANA MONTEIRO DA CONCEIÇÃO MAFRA**

Permitti, meu Deos, que a lagrima ardente e sentida da saudade, perturbe a paz da morada dos vossos escolhidos, que de joelhos á desfolhar goivos sobre a lage delles, me seja dado receber ainda a benção com que encetei a minha affanosa carreira.

. . . . .

A SAUDOSA MEMORIA

DE

MEU IDOLATRADO TIO, PADRINHO E VERDADEIRO AMIGO

o

DR. JOAQUIM JOSÉ DE OLIVEIRA MAFRA



Ha dôres tão profundas e tão pungentes, que partem a alma nos paroxismos de seu martyrio; assim são as saudades da pessoa á quem se amou estremecidamente!...

Oh! quão feliz não seria eu se pudesse apertar hoje contra o meu coração o Pai, Protector, o bom Amigo e dizer-lhe — como vos agradeço!!

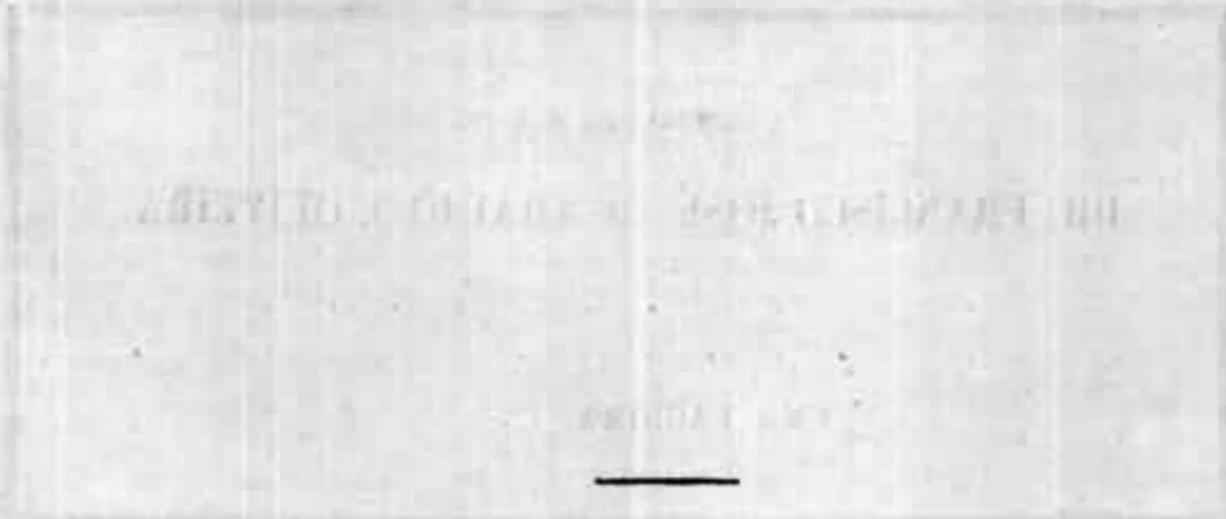
Mas aprouve a morte, que eu não tivesse a inefavel alegria de testemunhar-vos meu entranhado amor, minha amizade e gratidão infinitas. Aceitai pois o meu lugubre adeos.

. . . . .  
. . . . .

À MINHA EXTREMOSA E ADORADA TIA

FELICÍSSIMA RICARDINA DE OLIVEIRA MAFRA

Quizera poder neste momento expressar os movimentos de minh'alma, mas é impotente a linguagem dos homens. Pudesse eu rasgar o peito e offercer-vos o coração, e lá, em cada uma das suas dobras, lerieis em caracteres inextinguiveis todas as virtudes que vos adornão, e que eu tanto venero; ser-vos-hia patente, que aquelle que recebestes em vosso regaço ao primeiro vagido; cujos primeiros passos dirigistes, e á quem ensinastes á balbuciar as primeiras palavras, reconhece, que aos santos principios com que dirigistes a sua infancia, aos sabios conselhos que lhe déstes na adolescencia e á este ardor e solitudine com que o animastes na mocidade, deve elle a honrosa posição que hoje attinge. Sois evidentemente o meu anjo tutelar e é de direito vosso o doce nome de Mãe com que vos appellido. Está, pois, completo o vosso e o meu maior desejo, mas não finda a vossa missão nem terminada a minha obrigação. Continuai a amparar-me ainda para que eu não falte á honra, á probidade e á fé jurada, que eu prometto caminhar como me ensinastes, e inspirar-me sempre no vosso amor.



V.2/275v

ÀS MINHAS PREZADAS TIAS

Pulicena Tertuliana de Oliveira Mafra  
Mathilde Emiliana de Oliveira Mafra  
Pudenciana Guilhermina Augusta de Oliveira  
Custodia Ubaldina de Oliveira Mafra

Ao escrever neste momento por demais solemne os vossos nomes, cada um dos quaes representa um poema da minha vida, sinto o coração possuido de profundo reconhecimento pelas innumeradas provas de vossa amizade e dedicação. Não venho pagar-vol-as, mas sim occultar em vossos braços o meu pequeno trabalho, para que sellado pelas vossas lagrimas, coberto de vossas benções, possa melhor transmittir-vos os sentimentos de minh'alma.



A MEUS CAROS TIOS

Dr. José Polycarpo de Araujo e Oliveira  
Tenente João José de Araujo e Oliveira  
Dr. Herculano José de Oliveira Mafra  
Advogado Felicio Germano de Oliveira Mafra

Pequena, mas sincera prova de amizade, gratidão e respeito.

A MEMORIA DE MEU TIO  
DR. FRANCISCO JOSÉ DE ARAUJO E OLIVEIRA.  
.....  
UMA LAGRIMA. ....

ÀS MINHAS QUERIDAS IRMÃS

- Virginia Augusta de Oliveira
- Amalia Augusta Ribeiro Guimarães
- Maria Amalia Ribeiro Guimarães
- Carolina Augusta Coelho

Sois os élos que me prendeis á vida; á vossa imagem que acompanhou-me sempre, devo eu em grande parte a modesta mas honrosa posição que ora attingo.  
 Pertence-vos, pois, este pequeno trabalho, e aceitai-o como prova do muito amor que vos consagra vosso irmão dedicado.



À MEU PREZADO IRMÃO E CUNHADA

- Dr. Antenor Augusto Ribeiro Guimarães
- D. Augusta Leopoldina Nascentes Guimarães

O que vos direi, meus irmãos, quando meu coração só rende culto á gratidão?... Ha sentimentos que não se traduzem, e que a palavra é impotente para exprimir-os.  
 Falle por mim neste momento o apertado abraço, que ves dirige o irmão agradecido.



À MEU BOM CUNHADO

**JOAQUIM ERNESTO COELHO**

Pequena prova de amizade e sympathia.

v.2/272v

A' MINHA PREZADA TIA

D. RITA HONORIA DE FREITAS BELLO

e á sua familia

Amizade eterna.

---

Á MEU TIO

ANTONIO PEREIRA LIMA

e á sua familia

Saudosa lembrança.

---

Á MEU TIO

JOSÉ PEREIRA DE MELLO

e á sua familia

Amizade.

---

Á MINHAS PRIMAS, Á MEUS PRIMOS

EM PARTICULAR AOS SRS.

Antonio Joaquim de Oliveira Mafra  
José Ildefonso de Oliveira Mafra  
José Augusto de Oliveira  
João Augusto Pereira Lima  
Americo Olympio de Araujo e Oliveira  
José Olympio de Araujo e Oliveira

Abraço-vos como irmão, desejando ver coroados os vossos esforços.

À EXMA. SRA.

**D. GUILHERMINA LUIZA DE ABREU NASCENTES**

e á sua virtuosa familia.

Senhora, ha um sentimento que impera soberanamente em minh'alma, é a — GRATIDÃO —. Esse vós o despertastes ; asseguro-vos que será eterno.



À MEU PRIMO E MUITO PARTICULAR AMIGO

**VICENTE JOSÉ DE OLIVEIRA**

Nunca me esquecerei de vós.



ÀS MINHAS SOBRINHAS E SOBRINHOS

EM PARTICULAR AOS SOBRINHOS E AFILHADOS

**ANTENOR, JOAQUIM E EDUARDO**

Recebei a benção que vos lanço neste momento, e contai sempre com a dedicação de vosso Tio e Padrinho.



À MEU PADRINHO E DEDICADO AMIGO

O ILLM. E REVED. SR. CONEGO

**FRANCISCO AMANCIO DE ASSIS**

Em signal de profundo respeito, gratidão e amizade.

AO ILLE. SR. DR.

## Matheus da Silva Chaves

e sua Ex<sup>ma</sup> familia

Seria impossivel esquecer, ao findar a minha carreira, quem sempre se mostrou meu amigo e de toda a familia.

---

AO ILLM. SR. DR.

### JOSÉ RUFINO SOARES DE ALMEIDA

E' pequena a offerta, porém de coração.

---

AOS MEUS AMADOS COLLEGAS

EM PARTICULAR AOS SRS. DRS.

Manoel Rodrigues Monteiro de Azevedo  
José Aldrete M. R. de Queiroz Carreira  
Francisco Ribeiro de Mendonça  
Manoel Pereira de Souza  
Joaquim Rodrigues de Siqueira.  
José Antonio Porto Rocha  
João Pizarro Gabizo  
Manoel Caetano de Mattos Rodrigues  
José Ferreira de Souza Araujo  
Joaquim José de Figueiredo  
Luiz José Pereira da Silva

Saudade. . . . .

AOS MEUS PROFESSORES, COLLEGAS E COMPANHEIROS DO COLLEGIO MARINHO

EM PARTICULAR AOS SRS.

Dr. Manoel da Cunha Sampaio Junior  
Dr. Adolpho Dilermando de Aguiar  
Dr. Antonio Francisco de Araujo

Adeos .....



AOS ILLUSTRES DOUTORANDOS DE 1868

Sympathia e amizade.



AO MEU MUITO DEDICADO E PARTICULAR AMIGO

**O Sr. Dr. Joaquim Vieira de Andrade**

A linguagem dos grandes sentimentos é muda, meu Andrade. Deixo-te os laços que nos estreitão, e levo comigo a amarga saudade.



A ILLUSTRADA

**FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO**

EM PARTICULAR AOS SRS. DRS.

Antonio Ferreira França  
Matheus Alves de Andrade  
Antonio Teixeira da Rocha  
Carlos de Souza Fernandes

Homenagem ao saber, respeito e estima do discipulo agradecido.



AO EMINENTE CIRURGIÃO, MEU MESTRE E AMIGO

**O Sr. Dr. Francisco Praxedes de Andrade Pertence**

Especializando-vos d'entre a pleiade brilhante, que faz a honra da nossa Escola de Medicina, não é meu intento a simples homenagem ao lente sabio, distincto cirurgião, ao bom amigo dos seus discipulos. Ha no fundo de minh'alma, Senhor, um sentimento immorredouro, que á vós me prende pelo laço da gratidão, a lembrança dos vossos desvelos junto ao leito de dôres de meu Tio e Pai o Dr. Mafra!....

A recompensa, Deos vol-a dará; á mim só cabe a gratidão eterna.

A SEMPRE CHORADA MORTE

DE

MEUS BONS COLLEGAS E AMIGOS

José Antonio Marinho.

.....  
.....  
Antonio Joaquim do Carmo e Souza.  
.....  
.....

Um tumulto!!!.....  
Le silence est une belle poésie dans certains moments. L'esprit l'entend,  
Dieu la comprend: c'est assez.

(La Martine.)

A VENERANDA MEMORIA

DE

MONSENHOR MARINHO.

V. 24/276

# PRIMEIRO PONTO

SCIENCIAS CIRURGICAS

## DA OSTEITE

---

### DISSERTAÇÃO

Multum fecerunt, qui ante nos fuerunt, sed non peregerunt; multum adhuc restat operis, multum que restabit; nec ulli nato post mille secula praecludetur occasio aliquid adjiciendi.

SENECA, (Epistolæ.)

### SYNONIMIA E DEFINIÇÃO

Chama-se osteite ou *ossite* de *Gerdy* a inflamação dos ossos.

### DIVISÃO

Ha diversas fórmias, modos ou variedades de osteite. Assim ella é *aguda* ou *chronica*; *suppurante*, quando vem acompanhada de suppuração: *condensante* ou *compacta* de Gerdy (*plastica* dos auctores), quando se formão producções osseas; e *rarefaciente* quando ha reabsorpção e rarefacção do tecido osseo. São estas as fórmias mais importantes da osteite: Gerdy acrescenta ainda outras variedades, como sejam a osteite *ulcerante* (carie); a osteite escrofulosa; a osteite (em fórmula de bolha), quando forma-se na superficie do osso uma especie de bolha de sabão dura e resistente, mas resultante de uma reabsorpção interna, etc.

Trataremos com especialidade da osteite em geral e resumidamente de suas principaes fórmias, sem fallar da carie, que Gerdy considera como uma variedade de osteite (osteite ulcerante), mas que todos os auctores admittem como molestia distincta, e o proprio Gerdy a descreve á parte e de um modo particular.

# Historia.

A osteite é uma molestia, que só foi definitivamente classificada no quadro nosologico em nossos tempos.

Nas obras antigas não se encontram idéas precisas sobre esta molestia. Posto que os livros de Hippocrates revelem vastos conhecimentos sobre fracturas, luxações, etc., não nos fornecem todavia noções regulares e exactas sobre as lesões vitas dos ossos, como a osteite de que tratamos, a periostite, a myelite ou medullite (1), a carie e a necrose. Isto não admira, porquanto naquelle tempo não se conhecião os phenomenos intimos da inflammação, assim como não formava-se uma idéa exacta da estructura e textura dos ossos.

Celso limita-se a dizer no livro 8º capitulo 2º das molestias dos ossos o seguinte: todo osso é viciado (vitiatur), corrompido, fracturado, contundido ou luxado. Quando um osso acha-se viciado, torna-se primeiramente gorduroso, depois negro ou cariado (cariosum), o que é consequencia das ulceras e fistulas, que durão ha longo tempo.

Vê-se por esta simples e breve enumeração, que as lesões vitas, na opinião desse auctor, reduzem-se quasi exclusivamente á carie ou á corrupção e podridão dos ossos.

Galeno e Paulo de Egina não tratão das lesões vitas dos ossos.

Muitos seculos pois decorrerão sem que a attenção dos auctores fosse despertada pelos symptomas que caracterisão esta molestia, que, especial como é, nem assim foi reconhecida. Bichat (1834) em sua anatomia pathologica diz: *L'inflammation survient dans les os d'une manière incontestable*. Miescher escreveu em 1836 seu tratado *de inflammatione ossium eorumque anatome generali* em que adianta alguma cousa sobre esta affecção, assim como esclarece alguns pontos relativos á estructura dos ossos.

O grande cirurgião inglez Hunter concorreu extraordinariamente para a elucidación desse ponto da pathologia.

Póde-se porém afirmar que o conhecimento da osteite data dos trabalhos de Gerdy. Em suas numerosas memorias, o eminente cirurgião e distincto pro-

---

(1) Gerdy emprega esta palavra para designar a inflammação da medulla dos ossos. Nós nos serviremos della com a mesma accepção.

fessor, demonstrou evidentemente sua existencia, estabeleceu sua anatomia pathologica, descreveu minuciosamente e de um modo completo e perfeito seus symptomas, e tratou particularmente de todas as suas fórmas ou variedades, reunindo muitas observações de subido merito e grande alcance scientifico. Os auctores, que depois tratarão desta questão, seguirão o caminho que Gerdy brilhantemente traçára. A razão pela qual a osteite durante tanto tempo passou desapercibida, se acha naturalmente na séde da molestia. Os ossos, órgãos passivos do movimento, os mais duros e solidos da economia, destinados a sustentar o peso do corpo, servindo de alavancas a acção muscular, formando cavidades de protecção para órgãos delicados, insensíveis no estado physiologico, envolvidos de partes molles que os cobrem e os occultão á nossa vista, escapão facilmente á nossa observação, tanto em seus phenomenos physiologicos como morbidos. E' verdade que elles têm uma circulação abundante e uma vida muito activa; mas essa mesma circulação é tão pouco manifesta e visivel, quanto sua vida é obscura e mysteriosa. Muito facil é confundir-se as alterações dos ossos com as das partes molles que os cercão; e não sendo bem conhecidas sua estructura e textura, não se tendo conhecimento de sua anatomia pathologica, não admira que as alterações multiplas e characteristics da osteite passassem desapercibidas. Os ossos, que tambem gozão de vida, soffrem como as outras partes do organismo, isoladamente e por si só, ou juntamente com outros órgãos e por sympathia. Assim as partes molles podem communicar seus soffrimentos aos ossos, e reciprocamente resentirem-se das molestias que os acommettem. Entre as molestias do systema osseo é frequente a osteite; não tanto porém como quer Gerdy,

### **Etiologia.**

As causas da osteite são : predisponentes e determinantes ; locais e geraes ; internas e externas.

Todos os ossos podem ser affectados de osteite, porém com maior frequência o são os ossos, em que predomina o tecido esponjoso como os do carpo, do tarso, os corpos das vertebrae, as extremidades articulares dos ossos longos, etc. Os ossos superficiaes são mais sujeitos á osteite do que os profundos.

Entre as causas predisponentes colloca Gerdy em primeiro lugar a idade. Diz elle, que a osteite se encontra muito mais frequentemente na infancia e na adolescencia do que na virilidade e na velhice. Isto se explica pela maior vascularidade do tecido osseo nas primeiras idades.

No sexo masculino é mais frequente a osteite, e a razão é, porque o homem está mais exposto, do que a mulher, ás causas directas como ás lesões traumaticas, e não porque a differença de sexo por si só constitua uma predisposição.

Os individuos lymphaticos offerecem predisposição para a osteite, sobretudo para a variedade que Gerdy chama rarefaciente.

A escrofula principalmente e tudo aquillo que concorre para o seu desenvolvimento, como sejam uma alimentação grosseira, insufficiente e pouco substancial, as privações, a habitação em lugares baixos, humidos e frios, a falta de insolação, o excesso e o abuso dos prazeres venereos, emfim todas as causas debilitantes tanto internas como externas, predispoem para a osteite. A osteite, determinada pela escrofula, affecta especialmente os ossos curtos e as extremidades esponjosas dos ossos longos e termina facil e rapidamente pela carie.

O scorbuto em gráo adiantado é uma causa poderosa de osteite. Elle ataca de preferencia o tecido compacto, no qual produz consideravel molleza.

A syphilis terciaria é uma causa commum de osteite, que se assesta de preferencia nos ossos compactos, como os ossos do craneo. Tem mais tendencia a terminar-se pela necrose do que pela carie. A osteite syphilitica é muitas vezes precedida de periostose, e vem muitas vezes acompanhada de exostose.

A affecção rheumatica é uma causa incontestavel de osteite. Acommette primitivamente e de preferencia os tecidos fibrosos que revestem o osso, e é destes tecidos que a inflammacção se propaga ao tecido osseo. A osteite rheumatica é quasi sempre superficial.

A gotta produz muitas vezes osteites de marcha chronica.

A masturbação e o excesso do coito podem produzir osteites, que tem de preferencia sua séde na columna vertebral.

O cancro, os tuberculos e as producções pathologicas dos ossos produzem ainda mais directamente a osteite.

A periostite e a medullite, as torceduras, luxações, as arthrites, a inflammacção e a suppuração das synovias, as ulceras, feridas e phlegmasias vizinhas dos ossos podem communicar inflammacção ao tecido osseo. Simples commoções dos ossos como as que resultão da queda de um lugar elevado podem dar em resultado uma osteite.

O frio pôde obrar como causa predisponente ou determinante. Na verdade é elle capaz de abalar mui vivamente a vitalidade dos ossos e provocar a inflammacção do seu tecido.

Os abcessos vizinhos dos ossos podem dar origem a uma osteite, como estabelece Morel-Lavallée, e o demonstra com uma bem deduzida observação.

As causas externas são directas como as lesões traumáticas, as contusões, pancadas, fracturas, principalmente as comminutivas e as que são complicadas de feridas.

Julgo dever mencionar de uma maneira especial, como causa da inflamação ossea, os ferimentos por meio de armas de fogo, que produzem muito frequentemente osteites quasi sempre gravissimas e que muitas vezes terminão pela carie. A mortificação rapida de uma parte do osso, resultante de uma contusão profunda, como a que é dependente de ferimentos por armas de fogo, provoca uma osteite eliminadora do sequestro.

Uma pressão continua sobre o osso deve ser considerada como causa de osteite, segundo o exemplo citado por Petit.

Corpos estranhos no conducto auditivo externo, como um grão de feijão ou de milho, um bago de café, cujas dimensões e fórma parecem exactamente talladas para as do conducto auditivo, não sendo removidos em tempo, produzem osteites gravissimas, por isso que a inflamação se communica ao interior do craneo por meio do rochedo, e vai levar a phlegmasia ás membranas do cerebro e ao proprio encephalo, como muito bem o demonstrou o nosso illustrado professor o Sr. Dr. Pertence, em sua brilhante lição sobre os corpos estranhos.

Sendo tantas e tão variadas as causas da osteite, não admira que ella seja muito mais commum do que se diz e se julga. Assim diz Gerdy: é um grande erro collocar os ossos na ultima classe dos órgãos, quanto á frequencia das inflamações. Encontra-se, em todos os tempos, nos hospitaes grande numero de osteites, quer como molestia principal quer como complicação. Assim as feridas, as contusões, tuberculos dos ossos, os tumores brancos, as exostoses, periostoses, os osteosarcomas trazem sempre, segundo Gerdy, a inflamação do tecido osseo. A abundante vascularidade dos ossos, sua extensa circulação, sua nutrição tão activa facilmente explicão a frequencia da osteite, sobre a qual assim se exprime o illustre cirurgião da Caridade: «Em uma enfermaria de 50 doentes, não é exaggeração elevar o numero das osteites ao quarto ou ao quinto das molestias cirurgicas.» E' possivel que isto se observe nos hospitaes da França, mas, entre nós, a osteite não é tão frequente, e muitas vezes percorrem-se as enfermarias de cirurgia do hospital da Misericordia sem se encontrar um só caso de tal molestia. O distincto cirurgião o Sr. Dr. Matheus de Andrade pensa da mesma maneira.

Devemos declarar que no hospital militar não são tão raros os casos de

osteite, sobretudo de osteites traumaticas, em razão dos ferimentos por armas de fogo, segundo as obsequiosas informações do illustre cirurgião o Sr. Dr. Fortes de Bustamante e do distincto interno o Sr. Joaquim Eloy dos Santos Andrade. Mas ainda assim não são em numero tão avultado, como quer Gerdy. Podemos pois concluir que Gerdy pecca por exageração, ao menos quando attendemos para o que se passa em nossa patria.

## Considerações anatomo-physiologicas sobre os ossos.

Antes de entrarmos no estudo das alterações anatomicas da osteite, cumpre fazer algumas considerações anatomo-physiologicas sobre os ossos.

**Estructura e textura dos ossos.** No systema osseo seu tecido apresenta-se sob duas fórmas principaes que constituem a substancia compacta e a substancia esponjosa. A substancia compacta, *tecido composto de Robin*, tem a apparencia de fibras longitudinaes nos ossos longos, e irregularmente divergentes nos ossos largos ou chatos. São os tubos osseos do tecido compacto, que simulão fibras e dão a esse tecido o aspecto fibroso. A substancia compacta não é realmente, pois que é atravessada por canaes estreitos, apreciaveis á simples vista, e numerosissimos examinados com o microscopio, apresentando além disto um numero avultado de aberturas vasculares. Os canaes osseos, chamados canaliculos vasculares ou de Havers, percorrem a substancia compacta em todos os sentidos. Esta disposição dos canaes vasculares torna-se muito manifesta e evidente, quando os ossos achão-se em estado morbido e é sobretudo muito visivel na inflammação, por isso que esta traz irritação e congestão sanguinea. Todos os canaliculos de Havers alojão vasos: umas vezes reúnem-se muitos em um só, outras vezes dividem-se e subdividem-se, e cruzando-se em diferentes sentidos multiplicão-se em seu trajecto e levão o liquido nutritivo a todas as partes, onde vão ter. O tecido compacto reveste a superficie de todos os ossos e fórra o centro dos ossos longos.

**Substancia esponjosa, tecido esponjoso de Robin, reticular ou reticulado de Gerdy.**—Nesta substancia são muito raros os canaliculos de Havers: em seu lugar encontrão-se cavidades ou cellulas medullares, esphericas ou alongadas cheias de medulla. As cellulas medullares com-

municão-se umas com as outras, e só são separadas por septos incompletos, muito delgados, que sob a fórmula de fibras ou de lamínas, atravessão a substancia esponjosa, formando assim redes; d'onde a denominação de tecido reticular que lhe deu Gerdy.

Em sua composição íntima, a substancia compacta e a substancia esponjosa são quasi idénticas, e o tecido esponjoso não é mais do que o tecido compacto rarefeito e modificado. Desde que a substancia compacta e a substancia medullar se tocão, os canaliculos osseos continuão-se com os espaços medulares.

Todos os ossos são constituídos por estas duas substancias unidas em quantidades variaveis: havendo predominancia da substancia compacta no corpo dos ossos longos, com excesso do tecido esponjoso nos ossos esponjosos (vertebras, etc.), em proporções sensivelmente iguaes nos ossos largos ou chatos.

Quanto á estrutura íntima do tecido osseo, nos limitamos a dizer que é elle constituído por uma substancia fundamental, densa, composta de lamínas osseas, stratificadas e concentricas, nas quaes se notão os corpusculos osseos, cavidades osseas, cellulas de Virchow, que são providas de canaliculos tenuissimos que communicão-se uns com os outros, com os corpusculos vizinhos e com os espaços medulares. Destas communicações multiplas resulta um systema continuo de cavidades e canaliculos distribuidos por todo o osso, e servindo para levar a todas as partes do tecido osseo até ás mais compactas e reconditas o succo nutritivo. A nutrição dos ossos é, pois, abundantissima e se faz de um modo muito especial e característico. O osso com seus numerosos canaes, com suas communicações multiplas e innumerous reservatorios, é muito bem e com muita exactidão comparado por Gerdy á uma esponja que absorve o succo nutritivo, embebendo-se delle e o distribuindo de um modo uniforme por toda a extensão do osso, levando assim a nutrição e a vida ás partes ainda as mais espessas e remotas desses orgãos.

**Medulla.**—Em geral as cavidades osseas de um certo volume estão cheias de uma substancia amarellada ou avermelhada, molle, semi-transparente, rica de vasos, a medulla. A medulla não existe na substancia compacta, encontra-se no canal medullar e nas cavidades das epiphyses dos ossos longos. Os elementos que constituem a medulla são: tecido conjunctivo, cellulas adiposas, gordura livre, um liquido particular e cellulas especiaes (cellulas da medulla.)

**Vasos dos ossos.**—A simples inspecção e as injeções demonstrão que os vasos são muito abundantes nos ossos. A sua vascularidade torna-se por demais evidente no estado pathologico. Os vasos arteriaes que pertencem á subs-

tancia compacta são tão numerosos quão delgados. Elles procedem em geral do periosteo, e entrando nos canaliculos de Havers formão uma rede completa. Os vasos arteriaes da medulla (vasos nutritivos dos ossos) penetrão nos canaes medulares, que são em numero de um ou dous, por um buraco muito obliquo, que Gerdy vio prolongar-se em um tubo osseo isolado do tecido compacto atravez da cavidade medullar dos ossos longos inflammados. Nesta cavidade o vaso medullar se divide em dous ramos oppostos, que, diringindo-se em sentido inverso, vão ter ás extremidades correspondentes do osso. Cada um desses ramos ainda divide-se e subdivide-se, transformando-se em vasos tenuissimos, que ramificão-se na medulla e ahi formão uma rede capillar.

Destes vasos alguns vão ter á parte mais profunda dos canaliculos de Havers da substancia compacta. Nos ossos curtos e na epiphyse dos ossos longos, as arterias penetrão em numero consideravel; formão uma rede capillar na medulla e enchem tambem os raros canaliculos de Havers da substancia esponjosa. Os vasos da substancia compacta e do tecido esponjoso communicão uns com os outros de um modo variavel, e dest'arte o systema vascular dos ossos fórma um todo continuo, e o liquido nutritivo pôde dirigir-se facilmente para as diversas partes do osso em infinitas direcções. O sangue venoso volta por numerosas veias, que seguem em geral a direcção das arterias.

**Nervos dos ossos.**— Tanto o periostio como o tecido proprio do osso contém nervos, porém o seu numero avulta no ultimo. Os nervos dos ossos acompanhão a grande distribuição vascular ou caminhão isoladamente. Formão redes alongadas com suas ramificações e anastomoses. Segundo Koliker, os nervos dos ossos terminão em grande parte, senão em totalidade, por extremidades livres.

Na opinião do mesmo sabio elles têm por fim graduar pela acção reflexa a maior ou menor quantidade de sangue, que deve chegar ao osso e provavelmente são os mesmos encarregados de transmittirem as sensações do tecido osseo, quando este, de insensivel que era torna-se sensivel em razão de seu estado morbido.

Convem aqui observar, que os ossos são insensiveis aos excitantes directos e os mais energicos, como provão as observações e experiencias do sabio Gerdy. O illustre cirurgião pôde serrar, cortar e cauterisal-os, sem que os doentes se queixassem da menor dôr.

Assim, pois, os ossos não têm sensibilidade physica, isto é, solicitada por

agentes physicos só possuem uma susceptibilidade morbida e uma sensibilidade pathologica, sendo os mesmos completamente insensíveis no estado physiologico,

Este facto curioso de serem os ossos affectados de dôres intensissimas no estado pathologico, sendo os mesmos insensíveis pathologicamente, e não soffrendo impressão alguma da parte de agentes physicos directos e energicos, interessa tanto ao cirurgião como ao physiologista.

Como se desenvolve a sensibilidade morbida? como os nervos se tornão tão sensíveis, não o sendo anteriormente? Não foi ainda exhibida a razão deste phenomeno.

Ha tambem uma outra propriedade do systema osseo, que não é menos interessante e importante, e vem a ser a reabsorpção ossea admittida hoje sem contestação e ainda ultimamente provada pelas experiencias de Flourens, Serres, Gerdy e outros distinctos illustrados professores.

Existe ainda uma propriedade maravilhosa dos ossos, a qual com a reabsorpção ossea explica perfectamente os phenomenos da osteite; quero fallar da ossificação. E' em virtude dessa propriedade que o periostio, a medulla e os tendões se ossificão.

E' tambem em razão della que se faz a cicatrização e reparação dos ossos na necrose, fracturas e feridas dos mesmos.

## Anatomia pathologica.

Tratando das alterações anatomicas da osteite, devemos considerar aquellas que são communs a todas as fórmulas desta molestia, e aquellas que são peculiares ás suas variedades.

A osteite é caracterizada por alterações anatomicas especiaes, e tão differentes aparentemente das phlegmasias dos outros tecidos, que por muito tempo forão desconhecidas.

As alterações características da osteite são as seguintes, consideradas em geral: manchas violaceas, 'debaixo das quaes encontrão-se pequenas escavações, onde se abrem os canaliculos dilatados; os canaliculos do tecido compacto dilatados e rarefeitos por uma reabsorpção interna, que os torna muito visiveis; infinitos buracos de fórmulas variadas e de diversas dimensões, que penetrão a superficie do osso; numerosos sulcos cavados em suas faces; é o que se encontra no começo.

Nos periodos ulteriores ha vermelhidão , endurecimento ou amolecimento do periostio e da medulla , concreções osseas externas ou internas muito variadas, rerefacção do osso na osteite rerefaciente, condensação na osteite condensante (plastica dos auctores), augmento total ou parcial do volume do osso , sequestros vasculares ou não vasculares, erosões do osso, endurecimento, cicatrizes do tecido celular e da pelle das vizinhanças, emfim um augmento dos vasos dos ossos e das partes molles vizinhas. Na osteite o tecido compacto , de liso e polido que era, torna-se desigual, rugoso e crivado de infinitos buracos vasculares.

Quanto á inflammação da substancia esponjosa, diz Lobstein: « L'existence de cette maladie est très facile à constater. J'ai vu le tissu sponjeux plus rouge et le suc medullaire alteré dans sa composition. »

Nélaton procede com mais reserva. Em sua opinião, as alterações do tecido esponjoso são muito mais difficeis de seguir-se, porque as laminas, que formão as areolas, têm um volume minimo, e tambem porque a phlegmasia concomitante do tecido medullar encobre em parte o movimento organico, que se dá na trama do osso. Segundo as suas observações e experiencias, as alterações do tecido esponjoso inflammado consistem em que as cellulas medullares tornão-se adelgadas e frageis, e a medulla muito fluida.

**Alterações anatomo-pathologicas da osteite aguda.**— Se tomarmos um osso affectado de osteite traumatica, como a que se segue á uma amputação ou a que acompanha uma fractura complicada de ferimento , notaremos o seguinte: o periostio é menos adherente ao osso e destaca-se facilmente, a superficie ossea conserva seu aspecto liso e polido e sua consistencia normal, mas notão-se manchas roseas alongadas, mais numerosas nas proximidades da solução de continuidade, e que indicão que produzio-se uma congestão nos canaliculos.

Se a inflammação progride, as paredes dos canaliculos como que atrophião-se, porque o vaso augmentando de volume comprime os canaes osseos, que os alojão.

Tirando-se a lamina de substancia compacta, que cobre as manchas, percebe-se uma cavidade percorrida por vasos e cheia de um succo oleoso e transparente.

O primeiro effeito, pois, da inflammação ossea é um augmento de vascularidade do osso, acompanhada de absorpção do tecido osseo.

A osteite aguda varia segundo a natureza e intensidade das causas e complicações. Ella pôde terminar-se pela resolução, pela passagem ao estado chronico, pela suppuração e por alguma das outras fórmãs de osteite, como a osteite condensante, rarefaciente, pela carie ou pela necrose: examinaremos as diversas alterações que se observão em cada uma dessas fórmãs.

Quando termina pela resolução, a vascularidade do osso, que augmentára consideravelmente, volta ao estado normal, fórma-se novo tecido osseo para encher o vácuo proveniente da absorpção anterior, os canaliculos recobráo suas dimensões naturaes e tudo volta ao estado primitivo, de tal sorte que sem conhecimento prévio não se pôde distinguir um osso, que foi affectado de osteite, de um outro nunca sujeito a esta molestia. A resolução exige longo tempo.

Na osteite chronica encontrão-se as mesmas alterações que na osteite aguda.

Quando se dá a suppuração, as manchas vasculares amplião-se, dilatão-se, e a lamina de substancia compacta, que as cobre, exfolia-se, desaparece e cede seu lugar á botões celluloso-vasculares, onde depois surge o pús em pequenos fôcos, que se reúnem e formão abscessos maiores ou menores.

A osteite suppurante, determinando por diferentes modos, diversas também são as lesões consecutivas. Assim o pús, mudando de natureza é reabsorvido, e o osso fica poroso ou então compacto; se ha uma producção osseas consecutiva, o sôro do pús é reabsorvido em totalidade ou em parte, e o resto espessa-se em grumos, que tomão o aspecto de uma massa tuberculosa, que tem sido considerada como verdadeiros tuberculos; o abscesso lança o pús no exterior e sua cavidade enche-se de producções osseas, terminando o trabalho morbido pela formação de uma cicatriz ossea constituida por tecido compacto, liso ou cheio de elevações, tendo algumas vezes a disposição estrellada; a inflammação suppurativa, lenta, chronica, estendendo-se á periphèria do osso, o destrôe paulatinamente; porções maiores ou menores de osso, e alguns em toda sua espessura, são mortificados lenta ou rapidamente.

Na osteite condensante a substancia compacta torna-se mais espessa e mais densa do que no estado normal. A densidade, porém, varia, sendo maior em um ponto do que em outros. O osso cortado tem o aspecto de pedra cerrada, o tecido esponjoso acha-se também condensado e algumas vezes transformado em substancia compacta.

Na osteite condensante o canal medullar dos ossos longos muitas vezes é completamente obliterado e occupado por uma substancia como que petrea. A

condensação extrema da osteite compacta é evidentemente o resultado de uma secreção intersticial.

Na osteite rarefaciente o osso apresenta-se de facto rarefeito, torna-se mais leve, mais molle, mais fragil e friavel. Ha tambem dilatação dos sulcos, dos canaliculos e das aberturas vasculares. Os orificios vasculares são algumas vezes tão longos, que admittem a cabeça de um alfinete. A's vezes ha uma verdadeira perda de substancia no osso, como se deu em um doente, cuja observação foi tomada pelo meu distincto collega o Sr. Joaquim Vieira de Andrade na enfermarie do Sr. Dr. Bustamante de Sá, e que tivemos occasião de examinar por vezes.

Muitas e differentes fórmãs de osteite podem existir simultaneamente em um mesmo osso.

Gerdy insiste com muita razão em um facto muito commum na inflammação do tecido osseo, que é de grande importancia e vem a ser, que a lesão não tem, como nos outros tecidos, a mesma tendencia á localisar-se. Pelo contrario, ella generalisa-se de tal sorte que, quando a molestia dura algum tempo, as partes do osso que primitivamente não participavão da inflammação, inflammão-se tambem por sua vez.

O conhecimento deste facto nos explica, como em certas lesões antigas, quando o cirurgião pratica uma operação, em um osso que elle acredita são, encontra signaes de inflammação, que pôde sera origem de accidentes muito graves.

Quando a osteite termina pela carie, ha producção consideravel de fungosidades e erosão ou ulceração do osso, ás vezes sem detritos osseos, o que prova então que a substancia ossea foi reabsorvida e tirada molecula por molecula pela circulação, outras vezes pelo contrario ha expulsão de um pó ou fragmentos osseos, que são os sequestros da carie ordinariamente vasculares, rarefeitos, frageis e friaveis.

O pús pôde dissolver as laminas osseas ou tambem ellas delgadas e amollecidas cahem em um detrito pulverulento, que mistura-se á sanie vizinha, não se dando então a absorpção do osso, razão pela qual chamou-se a carie, gangrena molecular. Tambem muitas destas causas podem actuar simultaneamente.

A erosão da carie é ora superficial, ora mais ou menos profunda, tendo uma simples excavação, ou cavidades multiplas de abertura larga ou estreita, apresentando ou não conductos fistulosos, por onde se escôa o pús liquescente

e sanioso da carie. Ha vascularisação do osso no ponto affectado com manchas sanguineas, buracos e sulcos vasculares profundos, e existe tambem na carie rarefacção canalicular e cellulosa com friabilidade, fragilidade, amollecimento e diminuição de peso do tecido osseo.

Succede algumas vezes na osteite, que o seu tecido comprime a parte viva dos ossos (os vasos), então o osso mortifica-se e a inflammação neste caso termina-se por necrose, na qual encontrão-se sequestros não vasculares maiores ou menores, duros, resistentes e impenetraveis pelo estylete.

Devem-se considerar e descrever como molestias distinctas a osteite e periostite. Incontestavelmente as lesões, que as caracterisão, podem existir primitivamente e de uma maneira independente; mas por pouca duração que tenha a osteite, ella confunde-se mais cedo ou mais tarde com a periostite em razão da intima ligação que ha entre o osso e o periostio. Assim, pois, a osteite propriamente dita raras vezes é simples, e quando um osso é affectado, esta estende-se rapidamente aos outros tecidos que entrão na sua constituição (periostio e medulla), assim como aos tecidos vizinhos.

Na osteite complicada com periostite, o periostio é mais espesso e mais vascular, esta membrana torna-se amollecida ou endurecida e mais ou menos adherente ao osso do que no estado normal, e seus vasos tornão-se mais volumosos. Ao mesmo tempo que se opérão estas modificações, produz-se quasi sempre sobre o periostio na superficie correspondente ao osso uma nova secreção ossea. Esta secreção se faz ou por camadas superpostas, irregulares, crivadas de grande numero de buracos. Esta producção cêrca osso á maneira de um estojo mais ou menos completo, acabando por lhe ser intimamente adherente, constituindo assim a hyperostose.

Tambem a producção ossea pôde ser em agulhas, isto é, constituida por prolongamentos osseos mais ou menos tenues, perpendiculares ao eixo dos ossos ou á superficie dos ossos chatos.

Emfim, formão-se exostoses, isto é, tumores osseos de fórmula e dimensões variaveis, de superficie, ora lisa, as mais das vezes rugosa, applicados ao osso por uma base larga ou por um pediculo.

Quando a osteite existe conjunctamente com a medullite, a medulla é em totalidade ou em parte vermelha e injectada; sendo parcial, apresenta pontos ou manchas variaveis de um vermelho escuro ou côr de vinho. Estas manchas e pontos são lividos na medullite chronica. A medulla é amollecida e diffluente,

ou então endurecida, como acontece nos casos de osteite chronica, resultante de ferimeto por armas de fogo.

A's vezes a medulla é ecchymosada, apresenta verdadeiros derramamentos e suppura em parte ou totalidade.

Quando desenvolve-se a osteo-medullite em um côto amputado ou nos fragmentos de uma fractura complicada com ferimeto, a medulla frequentemente faz saliencia para o exterior com a fôrma de um caroço de pecego ou de um cogumelo edematoso e inflammado, como tivemos occasião de observar em um doente da clinica externa, que soffrêra amputação no ponto de união do terço superior com o terço médio do braço direito, praticada pelo Sr. Conselheiro Manoel Feliciano, e que esteve a nosso cargo quando alumno do quarto anno.

O canal medullar é tambem ás vezes cheio de fungosidades em totalidade ou em parte.

Raramente um osso é invadido pela osteite em sua totalidade, salvo se são ossos curtos e pequenos, como os do carpo. A osteite, em geral, começa do exterior para o interior, mas pôde tambem proceder do interior para o exterior.

## Symptomatologia.

Os symptomas da osteite são locaes ou geraes.

Algum tempo depois que a inflammação se desenvolve no tecido osseo, ou em razão de uma lesão traumatica ou espontaneamente, o osso fica doloroso e tumefacto, mas nos ossos a dôr é o primeiro symptoma da inflammação, e precede muito tempo á tumefacção; ao passo que nas partes molles, em geral, estes dous symptomas apparecem simultaneamente. Assim, no principio da osteite, o doente sente uma dôr surda e profunda, algumas vezes muito viva, que augmenta pela pressão e agrava-se pelo exercicio do osso affectado. A dôr da inflammação é mais violenta nos ossos do que nas partes molles.

Não é facil de determinar, se esta differença depende da maior compressão ou da natureza particular dos nervos dos ossos.

Quando a osteite depende de causa syphilitica, as dôres são pungentes, profundas e occupão o centro dos ossos (dôres osteocopas), são mais fortes de noite do que de dia, a ponto de privar o doente do somno.

A dôr da osteite assemelha-se á do rheumatismo, e em geral exaspera-se durante a noite, depois que o doente occupa o leito. Esta ultima circumstancia, que foi considerada como um symptoma proprio das affecções venereas, pertence em commum a todas as inflammacões dos ossos e do periostio.

Durante muito tempo é este o unico symptoma que se manifesta; mais tarde, porém, em uma época variavel, passando-se os dedos pelo ponto doloroso, reconhece-se uma tumefacção dura e solida sem mudança de côr na pelle, a qual é fixa e não pôde ser deslocada; examinando-se cuidadosamente sua base, verifica-se que ella confunde-se com a superficie do osso.

Na historia da osteite todos os auctores insistem longamente sobre a tumefacção do nosso. Deve-se, porém, notar que ella é muito menos pronunciada do que parece á primeira vista, e o augmento de volume das partes molles contribue muito mais para isto, do que o augmento do osso. Cumpre, pois, distinguir a tumefacção propria do osso do augmento de volume das partes superpostas e adjacentes. Pôde haver osteite sem tumefacção do osso, mas desse phenomeno não se deve concluir, que osso não augmente de volume na osteite.

Nos ossos profundamente situados comprehende-se, que é muito difficil reconhecer o augmento de volume em razão das partes molles que os envolvem e os cercão; mas nos ossos superficiaes e subcutaneos, como o tibia e a clavicula, a tumefacção é muito visivel.

Os ossos cylindricos, diz Hunter, parecem mais dispostos e mais promptos a engrossarem em suas extremidades, que são as partes mais molles e mais recentemente formadas, do que nos outros pontos de sua extensão.

Nos ossos do craneo, acrescenta o mesmo, a tumefacção dá-se geralmente na parte central, e se ella se dá na diaphyse de um osso longo, é geralmente fusiforme.

Quando a osteite é produzida e entretida mais tarde pelo vicio escrophuloso, começa ordinariamente pela espessura do osso e a tumefacção, que a annuncia e acompanha, é muito rapida.

O augmento de volume do osso explica-se pelo affluxo mais consideravel de sangue, pelo maior desenvolvimento dos ossos e espessura do osso, e em certos casos pelas secreções periosticas, que se implantão na superficie do osso. Quando a medulla participa da inflammacão do tecido osseo e não acha uma

solução de continuidade, por onde faça saliência para o exterior, concorre então também para o augmento de volume do osso.

Gerdy diz, em sua memoria sobre a osteite, que o osso não só augmenta em espessura e largura, como também cresce em extensão de tal sorte, que torna-se mais comprido do que o semelhante do lado opposto.

A suppuração, diz Hunter, não se estabelece facilmente nos ossos, e as mais das vezes sua inflammação não chega a este ponto; mas quando esta se dá é sempre um caso serio. O periostio e as partes circumvizinhas são mais promptas a contrahir a suppuração, entretanto ella pôde originar-se na substancia propria do osso.

Quando a suppuração se estabelece, o periostio é separado do osso em toda a extensão da suppuração, de maneira a formar entre elle e o osso uma cavidade para receber o pús.

Na osteite suppurante, segundo Hunter, a tumefacção só se faz no lado da suppuração, e é ao principio necessariamente muito limitada por causa da solidéz das partes que a cercão. Emquanto o pús não chega ás partes molles, é impossivel dizer se ha ou não abscesso no osso. Os abscessos osseos se abrem como todos os abscessos, mas sem duvida alguma menos promptamente do que o das partes molles.

Gerdy chama abscessos ossi-fluentes estes que tem sua sêde no osso. Outros, porém, não procedem dos ossos, nem delles tirão a sua origem, existem simplesmente na vizinhança dos ossos affectados. Estes abscessos, chamados circumvizinhos por Gerdy são indicios de osteite, porque se desenvolvem sob a influencia desta molestia. O pús proveniente dos abscessos osseos não differe quasi nunca daquelle que procede das outras partes suppuradas; pôde ser espesso e phlegmonoso, ou liquescente e sanguinolento ou mesmo sanioso, pôde conter particulas osseas, esquirolas e fragmentos osseos mais ou menos consideraveis. Entre os abscessos ossi-fluentes, uns repousão directamente sobre a parte affectada. Gerdy os chamá sesséis, á imitação da folha sessil dos botanicos; outros têm a sua sêde em um ponto mais ou menos distante de sua origem, são os abscessos por congestão ou migratorios de Gerdy. Os abscessos migratorios têm uma especie de cauda mais ou menos longa, por onde trajecta o pús que lhes chega. Em alguns casos de osteite suppurante o pús transuda em gottas, como o suor.

Quando a suppuração se estabelece em um osso superficial, o abscesso osseo é facil de reconhecer-se pela fluctuação; mas quando a osteite é pro-

funda, só pôde ser demonstrada a existencia do pús pela recrudescencia da dôr, extensão desta por todo o osso, tumor local pastoso, em que se reconhece a sensação de pergaminho, phenomenos geraes, como febre, delirio, insomnia, etc.

A exploração pelo estylete faz reconhecer, em geral, uma superficie rugosa e desigual e ás vezes uma perda de substancia ossea mais ou menos consideravel.

Aos symptomas locaes devem reunir-se os symptomas geraes da febre symptomatica mais ou menos grave com acceleração do pulso, perturbação do calor animal, mal-estar, diminuição ou perda do appetite, abatimento das forças, prostração, insomnia e alterações da nutrição. Estes symptomas se manifestão de preferencia na osteite aguda e intensa como a que succede á uma contusão violenta, á uma lesão traumatica e termina por suppuração. Podem-se tambem notar perturbações analogas na osteite chronica e então frequentemente se ajunta uma febre hectica com suores e diarrhêa colliquativa, que esgota o doente e o arrasta quasi sempre ao tumulo. Na opinião de Hunter, a inflammação dos ossos produz a febre hectica mais vezes, do que as phlegmasias das partes molles.

## Marcha, duração e terminação.

A osteite aguda pôde ter uma marcha tão rapida como uma inflammação aguda das partes molles, mas em geral desenvolve-se surdamente e sua marcha é lenta e chronica. Aguda ou chronica, a osteite pôde dar origem á producções osseas que depositão-se na superficie dos ossos ou em seu interior, assim como os abcessos ossi-fluentes e circumvizinhos.

A osteite aguda pôde passar ao estado chronico. Qualquer fórma de osteite pôde decrescer, adormecer, despertar-se (na linguagem figurada de Gerdy), terminar-se pela cura ou trazer a morte.

Na osteite chñonica, a tumefacção dos ossos é mais facil de apreciar-se através da pelle e das partes molles, que cobrem os ossos, por isso que estas partes não ficão tão tumefactas e augmentadas de volume, como na osteite aguda. Ha tambem menor calor e menor tensão nestas partes, as dôres são menos intensas, em geral não ha febre ou ella é moderada, porém a vascularidade é maior e mais manifesta do que na osteite aguda. Na osteite chronica porém a febre symptomatica apresenta o character de febre hectica.

Quando a osteite marcha para a cura, diminue pouco a pouco o engurgitamento e a tumefacção dos ossos e das partes molles, cessa a dôr, a vascularisação entra na ordem normal e finalmente desaparecem com as lesões anatomicas as alterações funcçionaes.

Quando o desenvolvimento da molestia tem seguido uma marcha rapida, se reconhece que ella termina pela resolução, pela cessação da dôr, pela diminuição ou desaparecimento lento ou gradual da tumefacção.

Quando porém a molestia se desenvolve muito lentamente, como então persiste a tumefacção por longo tempo, é muito difficil de reconhecer a terminação da inflammação pela resolução, mesmo cessando a dôr.

Entretanto em geral a tumefacção diminue, algumas vezes mesmo desaparece completamente e a parte affectada recobra a liberdade dos movimentos e das funcções.

Quando a osteite adormece, isto é, diminue, mas ao depois fica estacionaria, os ossos tornão-se mais ou menos grossos e tumefactos, assim como as partes molles.

O doente não experimenta incommodo nem soffrimento algum, tanto que se considera são, mas de um momento para outro a osteite se desperta, o que prova que não estava curada.

O somno e o despertar da osteite (como diz Gerdy) são phenomenos muito notaveis, mas pouco conhecidos.

Na osteite, diz Gerdy, ha o somno do mal, que dorme e este somno, accrescenta o mesmo, pôde durar mezes, annos, meio seculo, a vida inteira.

Quando o doente se considera são e se entrega às suas occupações sem soffrimento nem incommodo; quando por assim dizer, se tinha esquecido de seu mal, eis que este apresenta-se subitamente sob a influencia de um frio humido, ou de violencias traumaticas, como uma quêda, uma contusão, um ferimento, trabalhos forçados, etc.: às vezes é uma porção mortificada do osso, que obrando, como corpo extranho, irrita o osso vivo, outras vezes se mostra espontaneamente e sem causa conhecida. Então sobrevem dôres pulsativas em um ponto do comprimento do osso com rubor, tumor, calor, calafrios e formação de abcessos, que abrem caminho para o exterior, se a arte não lhe offerece sahida.

Gerdy confirma com innumeradas observações as idéas, que acabamos de emitir, e em suas memorias apresenta casos de osteite que reapparecerão depois de 40 e 50 annos. Nós mesmos já vimos casos de osteite de mais de 9 e 18 annos de duração.

Pergunta o sabio professor d'onde procede esse funesto privilegio da osteite em persistir assim em estado latente, sem desaparecer inteiramente? Provirá de que a inflammação imprime e grava nos ossos caracteres indeleveis, e por esta razão conservão elles por suas alterações materiaes persistentes, por sua vascularidade, augmentada para todo e sempre, uma tendencia perpetua para a inflammação?

Do que fica dito deve-se concluir, que a cura certa, segura e definitiva da osteite é rarissima e que é difficilimo, senão impossivel conhecer, quando a inflammação do tecido osseo se extingue completa e realmente, devendo-se considerar curados sómente aquelles que no decurso de sua vida não soffrerão mais um novo insulto desta pertinaz molestia.

E' essa a opinião do illustrado cirurgião da Caridade, porém respeitando muito a sua auctoridade acreditamos, que neste ponto, assim como na frequencia da osteite, pecca elle por nimia exaggeração, porquanto todos os auctores admittem e a razão demonstra, que a osteite, como outra qualquer inflammação, póde terminar pela resolução e a observação clinica confirma o facto, apresentando muitos casos de cura completa e radical da inflammação ossea.

A osteite póde terminar-se pela carie, quando o individuo affectado é fraco, cachetico, escorbútico, syphilitico, escrofuloso, tuberculoso; emfim quando concorre um vicio geral. A passagem da osteite para a carie é uma terminação desfavoravel.

A inflammação do tecido osseo póde tambem terminar-se pela necrose, que traz em geral a eliminação da parte affectada, devendo pois ser considerada como uma das terminações favoraveis.

## Diagnosticó.

A osteite com todos os seus symptomas é facil de diagnosticar-se. A osteite aguda se reconhece sem difficuldade, mas ainda assim não é difficil confundil-a com a periostite. Nós distinguiremos a osteite da periostite, porque esta é mais superficial, a parte affectada é mais sensivel e ella estende-se e desenvolve-se com mais rapidez.

Póde-se confundir a osteite com um osteo-sarcoma (cancro dos ossos), porém as dôres lancinantes, e mais tarde a cachexia cancerosa, esclarecerão o diagnosticó.

Os tuberculos dos ossos podem ser confundidos com uma osteite, porém os symptomas proprios da diathese tuberculosa servirão para differenciar-se uma affecção de outra.

A osteite distinguir-se-ha dos aneurismas osseos pelas pulsações isochronas com as do coração, proprias dos aneurismas.

Os kystos dos ossos não confundem-se com a osteite por causa de seus caracteres negativos.

A osteite se distinguirá da carie pelos caracteres seguintes. Na carie, a pelle que cobre a parte affectada, toma uma côr azulada e livida. O pus, que sempre se fórma nesta molestia, accumula-se e distende os tegumentos, que ficão luzidios e adelgaçados. A pelle e tecido cellular sub-cutaneo finalmente acabão por desaparecer e são substituidos por uma ulcera, cujo fundo é formado por fungosidades pallidas, adherentes ao osso affectado e que facilmente sangrão. Formão-se diversos trajectos fistulosos, por onde sahe um pus liquescente e sanioso, que adquire fetido particular. Um estylete explorador penetra no osso, cuja substancia amollecida se deixa facilmente atravessar, dando a sensação de pequenas fracturas, como muito bem disse e insistio o nosso distincto mestre e estimavel amigo o Sr. Dr. França. A introducção do estylete causa dôr e determina a sahida de sangue. Na carie ha uma exfoliação do osso, encontrão-se de mistura com pus oleoso e liquescente esquirolas osseas mais ou menos volumosas. Na carie o estado geral do doente é mau e a molestia tem pouca ou nenhuma tendencia para a cura.

A osteite differe da necrose, por isso que nessa molestia fórma-se um sequestro duro e resistente, impenetravel pelo estylete e que, percutido pelo mesmo, dá um som claro e sonoro.

A maior frequencia da osteite é um dos signaes differenciaes bem importante.

Devemos observar que, segundo Gerdy, quasi sempre essas diversas molestias dos ossos acarretão a osteite, como já dissemos, fallando das causas.

E' difficilimo e as mais das vezes impossivel distinguir uma osteite de um phlegmão profundo sub-aponevrotico. Mas como neste caso o tecido cellular iuflammado, tendo-se já formado um abcesso ou não, deve ou póde ser incisado ; esta operação pondo o osso accessivel aos meios de exploração serve para guiar o cirurgião no diagnostico. A marcha ulterior do mal tambem concorre para firmar o diagnostico, porque no phlegmão uma vez evacuado o pus, a molestia caminha para a resolução, e na osteite apenas o doente sente allivio, pro-

seguindo a molestia em sua marcha ulterior e tornando-se mais patentes seus symptomas.

O que dissemos das causas, anatomia pathologica, symptomas da molestia guiará o medico no diagnostico desta affecção.

## Prognostico.

Em geral o prognostico da osteite é grave, e quasi sempre mais grave do que o das phlegmasias das partes molles. Aguda, a osteite pôde ser mortal; chronica, segundo Gerdy, não se pôde contar com a sua cura.

Comprehende-se que a gravidade da osteite deve variar segundo condicções individuaes, conforme a intensidade das causas, a extensão da molestia, suas variedades e suas complicações. Assim a osteite rarefaciente é mais grave que a osteite condensante, em razão da fragilidade e destruição interna dos ossos.

Uma suppuração abundante e abcessos vastos principalmente ossi-fluentes aggravão muito a molestia.

A osteite, generalisada por sympathia, com febre hectica, diarrhéa e suores colliquativos é sempre gravissima. A osteite das extremidades osseas articulares, a osteite dos ossos do craneo, sobretudo a do rochedo, a das costellas e das vertebraes são sempre muito mais graves do que aquellas, que se desenvolvem em ossos de outras localidades. Todas as complicações aggravão o prognostico da osteite.

## Complicações.

A periostite e a medullite são complicações quasi necessarias da osteite, como bem diz Morel Lavallée.

O pus proveniente de um abcesso ossi-fluente pôde infiltrar-se no tecido cellular e produzir em diversos pontos focos purulentos, que necessitem contra-aberturas, pôde trazer um descollamento consideravel e ser causa de um derramamento purulento. O pus pôde ainda decompor-se, dando em resultado a formação de productos septicos e ichorosos, que tragão uma infecção septic e ichorosa (septicemia e ichorremia de Virchow).

O pus de uma osteite articular pôde derramar-se no interior da articulação e originar uma synovite ou uma arthrite com suas consequencias ulteriores.

E' no interior do craneo que mais funesto se torna o derramamento de pus proveniente de uma osteite de suas paredes. Ahi o pus pôde produzir uma me-

ningite ou uma meningo-encephalite, paralyrias, desordens gravissimas do movimento e do sentimento. Basta a simples compressão para trazer a paralyisia e outros accidentes graves. Na osteite vertebral o pus pôde trazer os mesmos accidentes. A osteite do rochedo, além dos mesmos accidentes, pôde tambem dar em resultado a surdez. A osteite das costellas pôde ser causa de pleurisia, quer pela propagação da inflammação á serosa thoracica, quer pela compressão e irritação devidas a presença do pus.

Assim pois, como faremos ver, tratando de cada uma em particular, o perigo da osteite depende as mais das vezes não tanto da inflammação simples do osso como das alterações, que esta molestia determina nos órgãos visinhos, dando lugar a uma gravidade que depende da importancia da parte.

A osteite condensante pôde produzir a deformação dos ossos, em que tiver sua séde e localisando-se nos extremos articulares dos ossos pôde trazer, como consequencia a ankylose da articulação, soldando-se os extremos osseos das superficies articulares em virtude de producção ossea pathologica. Este facto acha-se perfeitamente demonstrado em um caso de osteite condensante, visto pelo Sr. Dr. Saboia, e cuja observação foi tomada pelo distincto collega o Sr. Joaquim Vieira de Andrade, assim como por uma peça pathologica importantissima, preparada convenientemente pelo mesmo e que conservamos. Esta peça compõe-se do radio e cubito, dos ossos do carpo e do terceiro metacarpiano. No extremo inferior do radio e cubito ha signaes evidentes de uma osteite assim como nos ossos do carpo e no terceiro metacarpiano. Ha uma ankylose completa da articulação radio-carpiana, tendo-se formado uma ponte ossea, que soldou o condylo constituido pelos tres primeiros ossos da primeira fileira do carpo com a superficie articular do radio. Ha uma ankylose completa das articulações de todos os ossos da primeira fileira do carpo entre si, tendo-se ossificado os ligamentos, e ficando os ossos adherentes pelas suas faces contiguas, o mesmo se dá nas articulações dos ossos da segunda fileira do carpo e com a articulação do unciforme com o terceiro metacarpiano.

Uma osteite rarefaciente pôde ser causa de fracturas pela rarefacção do tecido osseo e perda da substancia do osso.

## Tratamento.

Sendo tantas e tão variadas as causas da osteite e tão diversas as suas numerosas fórmulas, comprehende-se que tambem muito variado deve ser o seu tratamento.

V.2/287

O primeiro objecto, que deve chamar a attenção do pratico no tratamento da osteite, é examinar se a causa, que a produzio, é uma causa geral susceptivel de ser removida por um tratamento interno. Quando mesmo a osteite seja dependente de uma causa externa e passageira, será muitas vezes necessario associar aos meios locais um tratamento geral conveniente, que auxilie e promova a cura.

Quando a osteite é simples e depende de uma causa traumatica, sendo aguda e intensa, devem-se empregar os antiphlogisticos, como as emissões sanguineas locais e a sangria geral principalmente, quando se receia que se propague a inflammação ás partes vizinhas e a órgãos importantes, ha grande reacção e o doente é forte e robusto.

Sendo a marcha da osteite relativamente lenta, os antiphlogisticos locais de acção continua são os mais proveitosos e efficazes: assim, como meio depleitivo, devemos empregar de preferencia as sanguesugas em pequeno numero e repetidas vezes. Tira-se tambem grande vantagem de topicos emollientes em cataplasmas, banhos e irrigações e dos resolutivos, como por exemplo, a pomada mercurial e de belladona.

E' de absoluta necessidade para a cura o repouso da parte. Quando houver dor intensa, insomnia, agitação e delirio, applicaremos os narcoticos, especialmente o opio e seus preparados. Devemos tambem dar internamente bebidas refrigerantes, diluentes e calmantes. O cirurgião tem necessidade de insistir no emprego destes agentes therapeuticos e deve empregar seus succedaneos, quando um remedio, que trouxe allivio ao doente, perdeu sua efficacia por um longo uso. Muitas vezes recorre-se com vantagem aos revulsivos e derivativos.

Na osteite sub-aguda ou chronica emprega-se o emplastro de Vigo, a pomada mercurial, a de iodureto de potassio com excesso de iodo ou não, fricções mercuriaes, banhos sulfurosos, alcalinos e os banhos de mar. Deve-se tambem lançar mão da compressão moderada e graduada: para desembaraçar os pontos edemaciados recorrer á elevação da parte, ao repouso da mesma e subtrahil-a á choques e aos agentes exteriores.

Na osteite chronica, convém os exutorios, cauterios e sobretudo as moxas, muito aconselhadas por Gerdy, Cloquet, Guersant e outros cirurgiões, que colherão optimos resultados de sua applicação.

Nas osteites dependentes de causas geraes devem tambem ser applicados os meios geraes, como os anti-syphiliticos, anti-scrofulosos, tonicos, analepticos, o oleo de figado de bacalhão, o iodureto de potassio, etc.

Contra a tumefacção do osso, que muitas vezes persiste á despeito de um tratamento racional, anteriormente empregado, applicão-se com vantagem as fricções mercuriaes, ammoniacaes, o emplastro de Vigo com mercurio, as preparações de cicuta, os banhos alcalinos, sulfurosos, duchas da mesma natureza, linimentos ammoniacaes, rubefacientes e epispaticos, os fonticulos e sedenhos approximados á séde do mal, mas deve-se vigiar o effeito desses meios, pois que sua acção irritante pôde em certos casos despertar a inflammacção adormecida ou agravar a molestia, sendo as vezes necessario recorrer-se á uma operacção cirurgica.

Sobre o tratamento local dos abcessos osseos ha methodos especiaes. Alguns praticos, tendo em vista a inflammacção que se manifesta nas paredes do foco, assim como o fetido, que o pus contrahe, as dôres e acceleraçao dos accidentes colliquativos, que seguem muitas vezes á abertura dos abcessos por congestão e que dependem da entrada do ar no fóco, entenderão que era vantajosa a abertura o mais depressa possivel.

Muitos, entre elles Dupuytren, são de opiniao que se faria bem, deixando esse trabalho ao organismo e nesse caso não fazem em geral, senão uma perforacção muito estreita, a qual fecha-se, quando o abcesso, depois de estar completamente cheio, foi esvasiado renovando-se a abertura, se o abcesso se enche de novo, o que permite ás paredes do fóco voltar sobre si mesmas á proporçao que o fóco se esvasia e previne a introducção do ar em seu interior, que, na opiniao de Robert, produz uma fermentacção ou decomposicção do pus, que pôde dar em resultado graves accidentes.

Outros praticos ponderando que a gravidade dos accidentes, que acabamos de mencionar, é na maioria dos casos proporcional á extensao dos focos puruléntos, são de opiniao que é util abrir-se o abcesso o mais cedo possivel, porém alguns, como Rust e Brodie, querem que se façao largas incisões, que não permittao a estagnacção do pus; outros como Boyer, para impedir a entrada do ar, limitao-se a evacuar o fóco cada vez que reconhecem a fluctuacção, praticando na parte mais declive do abcesso uma simples puncção feita com um trocater fino, ou com um bisturi de lamina delgada e estreita, que elle conduz obliquamente atravez dos tecidos até o fóco. Escoado o pus applica-se no ponto punccionado e incisado uma tira de diachylão, que se oppoe á introducção do ar.

Este modo de proceder é o unico, que convém em todos os periodos da suppuracção. Devem-se fazer as evacuações reiteradas do pus com as precauções necessarias para previnir a introducção do ar, assim como empregar os vesicato-

rios, fonticulos e revulsivos, havendo bastante cuidado para que a acção irritante desses meios não aggrave a molestia. Larrey compartilha a opinião de Boyer relativamente á necessidade de abrir-se o abcesso, mas espera para proceder a esta abertura que uma phlyctena annuncie a ruptura proxima do sacco purulento e então mergulha nelle uma agulha encandecida. Depois do escorrimento do pus, o contorno da abertura irritado com a acção do calorico se tumefaz, a introduccão do ar é impedida e a ferida cicatriza.

Como methodo geral, o de Larrey é inferior ao de Boyer, porque permite ao fóco ganhar grande extensão, é porém preferivel quando se espera muito tempo para abrir-se o abcesso e o fóco está prestes a romper-se, porque então a pelle estando adelgada, a acção do fogo a dispõe melhor para cicatrizar do que uma simples incisão com um instrumento cortante.

E' difficil estabelecer a preferencia entre os differentes methodos de tratamento de que fallamos. Todos podem trazer a cura, todos podem as mais das vezes falhar.

A abertura espontanea dos abcessos, as puncções successivas, as grandes incisões podem ser seguidas de accidentes dependentes da communicacão do fóco com o ar exterior, assim como em certos casos esta communicacão pôde não ter inconveniente algum e os doentes sararem, quando se achão em condições favoraveis.

Todavia como methodo geral deve ser preferido o indicado por Boyer, fundado no raciocinio e sancionado pela pratica. No entanto elle nem sempre impede a introduccão do ar, a alteracão do pus e os phenomenos de inflammação grave, que são o resultado dessa introduccão, e nesses casos o melhor meio á empregar-se contra esses accidentes é abrir largamente os fócos, pois que então não se tem mais á combater accidentes, que dependão da introduccão do ar e obvia-se á todos aquelles que resultão da demora do pus alterado no interior das partes. Uma vez alterado o pus recorre-se ás injecções iodadas, que constituem um poderoso meio curativo e preventivo da infecção da economia.

Quando não ha inconveniente, abre-se o abcesso com uma incisão larga, avivando-se depois as bordas da abertura para accelerar a cicatrização. A's vezes é necessario empregar a potassa caustica para a abertura dos abcessos osseos. Para dar sahida ao pus proveniente dos abcessos sub-periostaes, o Sr. Dr. Pertence manda empregar de preferencia um tubo de drainage. O nosso eximio mestre fez ver que, aberto o abcesso por outro modo, facil seria destacarem-se particulas osseas, e como o tecido osseo é unido de um modo muito intimo, a desag-

gregação de uma particula faria mesmo desconjuntar-se; d'onde resultaria grande custo para a cura e reparação do osso. Empregando-se o drainage, respeita-se a integridade do osso, dá-se sahida á todo o pus, podem-se fazer pelo tubo injeções emollientes ou adstringentes e deterrentes, conforme o exigir o estado da parte, e finalmente determinar se exactamente o tempo, que deve demorar o tubo de drainage e a occasião em que deve ser elle removido. Movendo-se o tubo, emquanto se sentir um attrito rugoso e aspero, é signal de que o osso está alterado e por consequencia deve ainda ser conservado, ao passo que deve ser este removido quando se conhecer pelas tracções feitas, que a superficie do osso está lisa, o que prova que seu tecido está perfeito. Ainda com o tubo de drainage evita-se o descolamento do periostio e ulceras extensas das partes molles.

Quando a osteite compromette a vida e não aproveita os meios racionaes empregados, fica ao cirurgião, como recurso extremo, a resecção do osso, e se ao osteite é em um membro, tambem resta a amputação. Estas operações não poderão ser praticadas, quando forem affectadas de osteite ao mesmo tempo muitas partes, como os dous tarsos, os dous carpos, muitas articulações ou quando existirem as contra-indicações geraes, que impedem a pratica de uma operação.

Quando a osteite é complicada de uma periostite aguda e intensa, muito aproveitão as incisões multiplas sobre o periostio.

Quando a osteite é acompanhada de medullite, o que se pôde reconhecer pelo grande augmento do volume do osso, applicar-se-ha a trepanação, meio de que tem tirado muito bons resultados o illustre cirurgião americano Morven-Smith.

## Natureza da osteite; resumo das considerações feitas.

A osteite é evidentemente de natureza inflammatoria; nella encontramos todas as lesões anatomicas caracteristicas da inflammação, com todas as alterações funcionaes que as acompanhão e que são no fundo de natureza phlegmasica, embora seja uma ou outra modificada pela natureza especial do tecido osseo. Nos ossos encontramos uma circulação abundante e extensa, e o grande numero de vasos, que atravessa o seu tecido, leva com o elemento nutritivo o elemento mais importante da inflammação. Os vasos osseos tomão na osteite um desenvolvimento extraordinario e encontramos na hyperemia do tecido osseo um elemento inflammatorio, que tambem se dá nas phlegmasias das partes molles. O augmento

de volume do osso corresponde á tumefacção phlegmasica das partes molles. A dôr, que se dá na inflammação das partes molles, tambem se encontra na osteite e esta analogia é tanto mais frisante, quanto os ossos não apresentam a menor sensibilidade excitada por agentes physicos. Assim como na inflammação das partes molles se formão productos morbidos, assim tambem na phlegmasia dos ossos, ha producção ossea pathologica. O osso pôde suppurar como as partes molles. Do mesmo modo que as partes molles inflammadas podem communicar a hyperemia e inflammação ás partes vizinhas, assim tambem a inflammação dos ossos pôde se propagar aos tecidos proximos. A osteite provoca os mesmos symptomas geraes, que as phlegmasias das partes molles. Os mesmos phenomenos sympathicos, que se dão por occasião da inflammação das partes molles, se apresentam tambem na osteite.

Na marcha e duração a osteite tem alguma cousa de particular, mas ainda assim admite-se uma marcha aguda e chronica com a mesma intensidade dos symptomas, como nas inflammações dos outros órgãos. Attendendo-se a essas considerações, não se pôde de modo algum e por um só instante negar a natureza phlegmasica da osteite.

A marcha da inflammação do tecido osseo, os phenomenos que a acompanhão e o tratamento que ella reclama, são modificados pela situação, fôrma e uso dos ossos affectados. Cumpre pois, para completar o estudo desta molestia, consideral-a em diversas regiões do corpo, onde ella offereça particularidades uteis de conhecer-se. E' nesta intenção que trataremos resumidamente da osteite dos ossos do craneo, das vertebrae, dos ossos da caixa thoracica, dos da bacia e finalmente das superficies articulares dos ossos.

### Osteite craneana.

Comquanto esta molestia possa affectar simultaneamente toda a espessura dos ossos do craneo, as mais das vezes começa por uma das laminas e ordinariamente pela lamina externa.

*Etiologia.* — A syphilis é a causa mais frequente da osteite craneana.

*Symptomas, marcha, duração e terminação.* — Uma dôr intensa é com-

mumente o primeiro symptoma que se apresenta em uma osteite craneana. A's vezes forma-se simultaneamente em um ponto qualquer da superficie externa do craneo um tumor solido, duro e resistente, fazendo corpo com o osso, cuja base é ordinariamente larga e pouco saliente. Este tumor não produz incommodo algum, não estando sujeito á compressão. Quando o tumor se desenvolve na superficie interna do craneo, manifestão-se os accidentes diversos, dependentes da compressão e irritação das meningeas e do encephalo, como a epylepsia com a perda da vista ou de algum outro sentido. A's vezes é uma periostite, que communica a inflammação ao osso. Uma erysipela phlegmonosa dá em resultado a denudação dos ossos do craneo e sua inflammação. Neste caso e no precedente a inflammação quasi sempre se limita á lamina externa, e raras vezes é acompanhada da tumefacção.

Algumas vezes a molestia cede com um tratamento conveniente, mas persiste o tumor osseo. Quando a exostose é na parte interna do craneo, o doente fica sujeito a todos os accidentes nervosos, de que fallamos, e pôde tambem dar em resultado a inflammação das meningeas e do encephalo. Se a tumefacção é do lado externo, as partes molles, que cobrem o tumor se inflammão, fórma-se um abcesso, aberto o qual pôde-se reconhecer com o estylete a alteração do osso, Algumas vezes a suppuração se estende amplamente, e se ella não pára em sua marcha, o doente morre extenuado.

E' na apophise mastoide que a osteite segue uma marcha mais rapida, o que se explica pela estructura esponjosa da mesma apophise. Quando se dá a suppuração, o pus pôde insinuar-se pelas cellulas mastoideas até á caixa do tympano, e fazer irrupção pelo conducto auditivo externo, perfurando ou descollando a membrana tympanica, o que junto com a quéda dos ossinhos traz a perda da audição. O pus penetrando no interior do craneo dá em resultado uma meningite ou encephalite com as suas consequencias ultteriores.

A osteite craneana pôde terminar pela carie ou pela necrose. A carie é uma terminação gravissima, quasi sempre fatal; a necrose é em geral favoravel.

*Diagnosticó e prognostico.*—O diagnosticó funda-se nos commemorativos e nos symptomas mencionados. O prognostico é sempre grave.

*Tratamento.*—Só fallaremos das modificações especiaes do tratamento geral da osteite, que reclama a inflammação dos ossos do craneo.

O cirurgião deve respeitar as exostoses exteriores, pois que atacando-as pôde lesar as meningeas ou o cerebro. Porém quando uma exostose exterior é acompanhada de movimentos convulsivos geraes, ataques de epylepsia, paralyisia da

metade do corpo, opposta á parte do craneo, onde a exostose tem a séde, se ha perda de alguns dos sentidos, deve-se então desembaraçar o doente da exostose, sobretudo quando os accidentes para o lado do systema nervoso são de data recente. Esta operação porém, ainda que seja muito bem indicada e muito racional, quasi nunca surte o effeito desejado, pois que o doente succumbe, ou extenuado pela fadiga da operação, ou porque um fragmento osseo penetra no cerebro e produz uma ferida mortal, ou emfim pela subtracção da compressão habitual do cerebro, que traz um collapso profundo, de que não se pôde reerguer o doente; mas como a molestia é necessariamente mortal, deve-se tentar a operação, que inspira alguma esperança.

Para impedir a carie poder-se-ha lançar mão da cauterisação com um cauterio liquido com extrema reserva e toda a precaução, isto mesmo se só está affectada a lamina externa. Não se deve absolutamente empregar o cauterio actual, pois que sendo os ossos bons conductores do calorico, podem communicar-o ao interior da caixa do craneo, e dar como resultado accidentes fataes nos órgãos contidos nessa cavidade.

## Osteite vertebral.

A osteite vertebral as mais das vezes limita-se a uma ou duas vertebrae, ataca quasi sempre o corpo desses ossos e pôde começar pela superficie ou pelo centro.

*Etiologia.*—A masturbação é a causa mais frequente da osteite vertebral.

*Anatomia pathologica.*—Quando a molestia só invade a superficie do osso, ordinariamente o ponto affectado é vermelho e tumefacto; quando a molestia principia pelo centro do osso, o corpo ou corpos das vertebrae são deprimidos, tumefactos ou amollecidos e formão uma especie de orla interior, que passando o nivel das outras vertebrae comprime a medulla. Quando se dá a suppuração, os ligamentos vertebraes communs são amollecidos e as cartilagens intervertebraes destruidas. Ha mudança de direcção da parte do rachis, que fica acima da molestia, a apophise espinhosa indireita-se e dá-se a curvatura angulosa do rachis.

*Symptomas, marcha, duração e terminação.*—Quando a molestia só ataca a superficie do osso, manifestão-se dôres ao principio muito extensas, que depois se fixão em um ponto qualquer da columna vertebral. Quando a molestia termi-

na por suppuração, a dôr se concentra mais e torna-se mais intensa, e algumas vezes depois que os symptomas geraes de uma suppuração interna se manifestarão muitas vezes, sem a saude geral soffrer de um modo manifesto, apparece ordinariamente muito tempo depois, quer na região lombar, quer nos lados do thorax, um abcesso por congestão, com cuja abertura quasi sempre o doente morre em marasmo; porém algumas vezes triumphá da molestia, conservando a posição normal e a liberdade dos movimentos do tronco.

Quando a molestia começa pelo centro do corpo vertebral, a dôr falta frequentemente no principio. O primeiro effeito da osteite neste caso é amollecimento o osso que ella affecta; o corpo da vertebra não podendo então supportar o peso do tronco, abate-se a vertebra superior privada de apoio nos pontos anteriores, porém sustentada posteriormente pelas apophises articulares e pelas laminas da vertebra affectada, que não se amollecem, executa um movimento em virtude do qual sua apophise espinhosa se indireita e faz uma saliência notavel na pelle que a cobre. O rachis fórma então um angulo obtuso, reentrante na parte anterior, saliente na posterior, e d'ahi resulta uma mudança particular no porte do doente, o que augmenta com o progresso da molestia.

O doente evita todos os movimentos, que fazem dobrar o corpo para a frente. A mudança de direcção da espinha pôde exercer uma influencia funesta sobre a medulla e os nervos que della partem, e o doente então experimentar no membro inferior picadas, caimbras, tracções mais ou menos dolorosas, movimentos convulsivos, torpor e uma paraplegia completa com ou sem paralyisia da bexiga e do recto.

Quando a osteite vertebral termina pela carie, chama-se mal vertebral de Pott, de terminação quasi sempre fatal.

*Tratamento.*—Deve-se empregar logo no principio meios energicos, pois que a estrutura esponjosa do corpo das vertebrae é muito favoravel ao desenvolvimento rapido da molestia, e a profundidade desses ossos não permite surpreender sua evolução e ha tambem uma grande tendencia á passar a carie.

Deve-se sempre empregar um tratamento interno para remover a causa geral, de que a molestia é o effeito ou um symptoma. O doente deve ficar em repouso em um plano horisontal, ser-lhe-hão applicadas algumas sanguesugas no ponto doloroso, e sem perda de tempo se exercera sobre a pelle e o tecido cellular subcutaneo uma irritação revulsiva, poderosa, o mais proximo possivel do mal, como cauterios, moxas, etc.

## Osteite sternal.

A osteite sternal é frequente, o que se explica pela posição superficial do esterno e sua estrutura esponjosa. A inflamação pôde invadir a face anterior ou posterior, ou occupar toda a espessura deste osso.

*Causas.*—A diathese escrofulosa e o vicio syphilitico são as causas mais frequentes da osteite sternal.

*Anatomia pathologica.*—Quando a osteite é profunda, a pleura e o pericardio espessão e tornão-se muito resistentes, entretanto se pôdem encontrar estas membranas perfuradas, mas isto é raro.

*Symptomas e diagnostico.*—A osteite sternal, quando tem sua séde na face anterior do esterno ou nas bordas deste mesmo osso, é muito facil de reconhecer-se em razão da dôr superficial da tumefacção e dos abcessos que se formão quando a osteite suppura. Se é da face posterior, só se manifesta por uma dôr surda e profunda, então é difficil estabelecer o diagnostico com segurança. Quando a osteite termina por suppuração, ha uma dôr fixa com tosse, oppressão, e o pus vem formar um abcesso aos lados do appendice xiphoide ou em algum espaço intercostal, podendo tambem perfurar o osso e manifestar-se na parte anterior. Então ficará patente o diagnostico.

*Prognostico.*—O prognostico é grave, quando a molestia depende de um vicio geral ou quando traz complicações para o lado da pleura, do pericardio ou dos pulmões.

*Terminação.*—A osteite sternal simples pôde terminar facilmente pela resolução. Não é raro ver-se a terminação pela carie.

*Tratamento.*—Quando a molestia occupa quasi todo o osso ou toda a sua espessura e tende a progredir, deve-se fazer a resecção da porção alterada.

## Osteite costal.

Tudo quanto dissemos da osteite sternal pôde-se referir, *mutatis mutandis*, á osteite costal.

## Osteite pelviana.

Os ossos affectados de predilecção são o sacro, as tuberosidades ischiaticas, as cristas e espinhas iliacas.

*Symptomas e diagnostico.*—Quando a osteite pelviana é superficial, manifesta-se dôr assestada em um ponto, acompanhada de tumefacção do osso affectado e de edema das partes molles. Nesse caso facil é o diagnostico. Quando a molestia ataca um osso situado profundamente, ha uma dôr surda e fixa, que não pôde bem esclarecer a molestia á menos que se dê a suppuração, porque então apparecendo abcessos em diversos pontos, como na região sacra, glutea, no perineo, etc., o cirurgião tendo conhecimento das dôres profundas e fixas, que existirão anteriormente, poderá facilmente concluir a existencia da molestia.

## Osteite articular.

*Causas.*—As causas da osteite articular são as causas geraes da osteite, como uma contusão, uma torcedura, o vicio rheumatico, arthritico, etc.

*Anatomia pathologica.*—Encontrão-se no principio da molestia as superficeis articulares injectadas, amollecidas e algumas vezes tumefactas. Se a osteite suppura, as extremidades dos ossos e algumas vezes as cavidades articulares ficão destruidas e cheias de pus, os ligamentos tornão-se amollecidos, as partes molles adjacentes fungosas, e se os abcessos não são abertos, formão-se trajectos fistulosos, que fazem communicar o fóco principal com o exterior. Quando se dá a luxação e fórma-se nova articulação, encontra-se a cavidade articular livre diminuida de volume e algumas vezes completamente obliterada e a cabeça do osso algumas vezes achatada e quasi sempre desformada, applicada á uma cavidade de nova formação.

*Symptomas.*—Difficuldade ou impossibilidade de movimento na articulação affectada, fraqueza no membro, séde da osteite articular, e dôr intensa com o exercicio da articulação, são os symptomas da osteite articular. O membro affectado torna-se mais longo em consequencia da tendencia, que tem a cabeça do osso ou as superficies osseas articulares de sahir de sua cavidade: se a molestia progride os ligamentos amollecidos permittem ás superficies articulares produzir movimentos anormaes. Em um terceiro periodo a acção muscular, o peso das partes ou uma causa externa traz lenta ou rapidamente a separação completa das superficies articulares ou uma luxação espontanea.

*Terminação.*—Nos casos mais felizes a molestia termina-se pela resolução: então a dôr desaparece, consolidão-se os ligamentos, volta o movimento sem ter havido a luxação. No segundo caso dá-se a luxação, mas fórma-se depois uma

falsa articulação e o doente se restabelece. Finalmente em um terceiro caso ha luxação, formação de abcessos, e o doente morre extenuado pela suppuração ou em consequencia do phenomenos sympathicos. Ainda no ultimo caso o doente pôde excepcionalmente salvar-se formando-se uma ankylose da articulação affectada.

*Marcha e duração.*—Nos individuos moços e escrofulosos a molestia tem em geral uma marcha rapida, em outros casos a marcha da molestia é lenta, e não é senão depois de muitos mezes que se declara a suppuração, que muitas ves traz a consumpção e a morte.

*Diagnostic.*—O diagnostico funda-se nos symptomas e nos commemorativos.

*Prognostico.*—E' sempre grave, e tanto mais grave quanto mais tempo tem a molestia de duração. No primeiro periodo é possivel a cura, no segundo é muito mais rara, no terceiro é excepcional e só se faz á custa da soldadura das superficies articulares e da immobilidade da articulação.

*Tratamento.*—O tratamento deve ser energico em razão da rapidez e gravidade da molestia. Os antiphlogisticos são indicados no primeiro periodo. Se elles não produzem beneficio, deverão ser substituidos pelos revulsivos, como os vesicatorios volantes, applicados em grande numero e um após outro em torno da articulação affectada, as moxas postas o mais perto possivel da séde do mal, e sobretudo os sedenhos passados no tecido celular. O illustre cirurgião Bell administrava fricções mercuriaes nas articulações affectadas, duas ou tres vezes por dia, em doses diminutas, para não provocar a salivação. São tambem aconselhados os linimentos volateis e camphorados, a pomada de Autenrieth, os sinapismos, banhos sulphurosos, as fricções seccas, o unguento de styrax. Deve-se administrar um tratamento interno para remover a causa da molestia.

Quando se formão os abcessos e a fluctuação é bem manifesta, alguns praticão logo uma puncção e deixão a ferida cicatrizar, renovando esta operação todas as vezes que apparece nova colleção. Este modo de proceder não traz vantagens, e antes inconvenientes, por isso que a irritação inevitavel produzida por esta simples operação, dá quasi sempre em resultado a inflammação geral da membrana synovial, e consequentemente aggravão-se todos os symptomas, maxime quando as partes que forão penetradas para chegar-se á cavidade articular, achão-se tambem alteradas e tem pouca tendencia á união, então a parte principal fica aberta e o ar insinua-se no interior do fóco.

Alguns cirurgiões mandão abrir largamente os abcessos apenas formados, sahindo assim o pus livremente e evitando-se os inconvenientes da stase desse pro-

ducto, que quasi sempre se altera com a introduccão do ar no fóco. Outros, temendo aggravar a molestia e accelerar a sua marcha, deixão os abcessos abrirem-se espontaneamente, retardando assim a introduccão do ar no fóco, e não se desenvolvendo os accidentes que elle provoca.

O nosso modo de proceder deve variar segundo as circumstancias que farão escolher algum dos methodos propostos, mas quando forma-se o pus, em geral os doentes morrem extenuados em um completo marasmo. E' essa a razão pela qual muitos cirurgiões aconselhão a resecção dos ossos affectados ou a amputação quando a osteite articular chega a suppurar. Mas estas duas operações só devem ser tentadas em casos extremos, devendo-se recorrer á resecção em primeiro lugar.

Quando tem-se de formar uma ankylose, deve-se collocar a parte na posição em que possa prestar mais serviços.

---

Para completar este nosso trabalho apresentaremos algumas observações que podemos obter, colhidas em nossos hospitaes.

### PRIMEIRA OBSERVAÇÃO.

#### OSTEITE SUPPURANTE, TERMINADA POR NECROSE.

No dia 8 de Janeiro deste anno, achava-se no hospital militar da côrte, na sala confiada ao Sr. Dr. Fortes de Bustamante, o doente Francisco dos Reis, natural do Maranhão, de 18 annos de idade, temperamento lymphatico, constituição passiva.

Chegara elle na vespera da campanha sul-americana. Quando criança tivera uma fractura na perna esquerda, do que só tres mezes depois se restabeleceu. Nimiamente sensivel á impressão do frio, qualquer variação atmospherica o obrigava a procurar o leito, sentindo dôres vagas e erraticas nos ossos, rouquidão e tosse. Partira para o sul; depois de um dia de marcha forçada, estando a noite fria e chuvosa, sentira uma dôr aguda na mesma perna esquerda e difficuldade nos movimentos. No dia seguinte, impossibilitado de marchar, recolheu-se ao hospital; alguns dias depois era-lhe dilatado um abcesso no mesmo ponto onde tivera outr'ora a fractura. Desde então forão-se destruindo os labios da incisão até formar-se uma ulcera, que, augmentando já em profundidade, já em extensão, chegou a descobrir os ossos, qual ainda agora se via.

O individuo apresentava um estado geral depauperado, seja actualmente pela suppuração constante, seja pelas más condições hygienicas, á que esteve sujeito.

O apparelho circulatorio nada tinha de pathologico. Para o lado do apparelho respiratorio apresentava os seguintes phenomenos: no apice do pulmão esquerdo inspiração diminuida de intensidade, expiração prolongada e som baço (mât) pela percussão. A base deste pulmão e todo o direito achavão-se em estado normal.

No apparelho digestivo havia anorexia e symptomas de dyspepsia estomachal, como regurgitação e sentimento de grande peso depois da ingestão dos alimentos.

Demais não estava a nutrição tão profundamente alterada, como deveria succeder, se por ventura, além das causas de depauperamento acima mencionadas, houvesse uma dyspepsia intestinal.

O individuo apresentava na parte superior da perna esquerda uma ulcera, que abrangia a área de 3 pollegadas de largura sobre 2 de comprimento; o tibia, sobre que descansava a ulcera, estava completamente denudado: na parte mais declive desta, um pús espesso, que em sua passagem deixava um pó calcareo sobre a superficie ulcerada. A parte do tibia denudado simulava uma escavação de superficie desigual, apresentando aqui elevações, alli depressões.

*Marcha.*— Com o correr dos dias estendeu-se a ulcera em profundidade, apesar de circumscripta na mesma área: foi mais tarde compromettido o canal medullar do osso; depois a parte offendida do tibia deslocava-se nos movimentos executados pelo doente, inclinando-se mais para o lado direito ou para o esquerdo, conforme deste ou daquelle lado se deitava o enfermo. Um dia o Dr. Joaquim Pedro da Silva examinando-o e notando solução de continuidade, tanto na parte superior, como na inferior, tomou uma pinça e pretendendo com ella deslocar a parte do osso, destacou um enorme sequestro: a facilidade com que foi feita esta operação mostrou, que eliminado o sequestro, só se conservava elle na ulcera por juxtaposição.

Desde então melhoras sensiveis no estado local; continua reparação de tecidos, até tornar-se a ulcera superficial, em dias de Março: igual cicatrização das bordas para o centro.

Mas, facto notavel, o estado geral cada vez mais precario, emmagrecimento progressivo e estalidos para o apice do pulmão esquerdo, de vez em quando diarrhéa.

Parecendo esta ligar-se a um estado atonico da mucosa intestinal, e persistindo a dyspepsia estomachal. passou a tomar tonicos o doente, que até principios de Abril estivera sob a medicação do iodureto de potassio. Com effeito, empregada a agua ingleza e a infusão de genciana, apparecem melhoras, cessa a diarrhéa, a regorgitação e a sensação depressiva, depois das refeições.

Todavia com estas melhoras produz-se a anorexia, e continúa a progredir o máo estado geral, principalmente depois da cicatrização da ulcera, que teve lugar em meados de Abril.

A 28 examinando cuidadosamente o doente, achamos magreza extrema, rouquidão, tosse, expectoração abundante pela escuta; gargarejo no apice do pulmão esquerdo, estalidos na parte média do mesmo e no apice do direito. O doente accusa suores abundantes pela madrugada; tem diarrhéa. Suspende-se o oleo de fígado de bacalháo, em cujo uso estava. E' baldada toda a medicação para sustar a diarrhéa; em um dos dias do mez de Maio succumbe o doente aos progressos da tuberculisação pulmonar.

Prescindimos de çonsiderações, porque as que tinhamos a fazer erão todas de ordem medica e nãoocirurgica.

Vê-se que, emquanto a ulcera fizera o papel de fonticulo (para não servirmo-nos da palavra emunctorio), a tuberculisação pulmonar estacionára, para progredir com mais incremento logo após a cicatrização da ulcera. Esta acção benefica da ulcera é algum tanto notavel, quanto pareceria que, sendo ella uma fonte de esgoto, tenderia a exercer uma acção depauperante sobre todo o organismo e portanto sobre os pulmões.

Divergindo a irritação para um ponto afastado, diminuindo-a em outros, aonde ella se dava; talvez isto explique este facto.

Entretanto a pathogenia do tuberculo, segundo as idéas de Virchow, exclue qualquer explicação no sentido, que outros pretendião dar, e é por aceitarmos as theorias daquelle eminente professor, que narramos o facto sem ousarmos explical-o.

SEGUNDA OBSERVAÇÃO.

OSTEITE CONDENSANTE OU COMPACTA DO FEMUR E DO TIBIA DO LADO ESQUERDO, ACOMPANHADA DE DUAS ULCERAS NA PERNA ESQUERDA E DE ANKILOSE COMPLETA DA ARTICULAÇÃO FEMURO-TIBIAL DO MESMO LADO.

Sebastião dos Santos, branco, portuguez, natural de Aveiro, residente na rua do Principe n. 10, de 27 annos de idade, solteiro, trabalhador, de tempera-

mento lymphatico e constituição regular, entrou para o hospital da Misericórdia no dia 28 de Março e foi occupar o leito n. 16 da 9ª enfermaria de cirurgia da aula de clinica externa da Faculdade.

*Commemorativos.* — Referio-nos o doente, que apanhando um resfriamento ha 9 annos, sentio logo muita dôr na perna e joelho do lado esquerdo, e que lhe apparecêrão depois, na parte interna e superior da mesma perna, muitos abcessos, que forão dilatados, resultando depois diversos trajectos fistulosos, d'onde sahirão sequestros osseos de uma pollegada de extensão. Formou-se tambem um tumor osseo, duro e resistente na face interna e borda anterior da parte média e terço inferior do tibia esquerdo, tumor persistente actualmente. Por ultimo uma contusão na perna esquerda trouxe-lhe dôres intensas nessa parte e ahi produzio duas ulcerações.

O doente nega antecedentes syphiliticos. Já teve febres intermittentes e dôres rheumaticas nas juntas.

*Estado actual.*— O doente apresenta na face interna e borda anterior da parte média e terço inferior do tibia um tumor osseo, muito duro, resistente e desigual, que assenta sobre o tibia por uma larga base e cuja circumferencia confunde-se insensivelmente com a superficie do osso. O tumor tem 7 a 8 centimetros de extensão em seu maior diametro, que é longitudinal, e 5 a 6 transversalmente. A superficie do tumor é arredondada e irregular.

Fazendo-se pressão sobre o tumor, encontra-se em sua parte média um sulco profundo, dirigido obliquamente de cima para baixo e da parte interna para a externa.

A pelle que cobre o tumor é delgada, fina e luzidia, escorrega facilmente sobre o mesmo, excepto na parte interna, onde lhe é muito adherente. O tumor torna-se doloroso com a pressão. A temperatura da perna esquerda é elevada e o grão de calor muito superior ao do orgão semelhante do lado opposto e que verificámos bem, deixando por bastante tempo as pernas descobertas e comparando depois sua temperatura, como aconselha Gerdy.

Na parte superior do tumor ha uma solução de continuidade na pelle, larga, circular, de 3 centimetros pouco mais ou menos, tendo as bordas pouco elevadas.

Uma pollegada acima, ha uma outra solução de continuidade cutanea, tendo 2 centimetros de diametro e com os mesmos caracteres. Na parte anterior do terço superior da perna ha uma cicatriz longitudinal de 3 centimetros de extensão e 2 de largura.

Na parte interna do terço superior da perna ha tres depressões estrelladas de 3 centímetros. Todo o femur esquerdo está consideravelmente hypertrophiado.

A massa muscular da côxa esquerda está um pouco atrophiada. Os condylos do femur têm immensamente augmentado de volume. A rotula tambem muito volumosa está soldada ao espaço intercondyliano do femur.

Houve uma producção ossea exuberante, que prolongou os condylos do femur e unio o condylo interno a tuberosidade correspondente do tibia e o condylo externo à cabeça do peroneo.

Os ligamentos lateraes da articulação femuro-tibial esquerda se achão ossificados.

A ossificação e a adhesão intima e immediata dos ossos, que concorrem com suas superficies articulares para a formação da articulação do joelho, trouxe como consequencia necessaria e fatal a ankylose completa da articulação femuro-tibial esquerda, formando a côxa desse lado um angulo obtuso com a perna e ficando o joelho um pouco inclinado para dentro. O estado geral do doente não é máo.

Em um exame minucioso, que passamos no nosso doente, não encontramos vestigios de alguma outra molestia anterior ou actual.

*Diagnostico.* — A exostose do tibia, isto é, o tumor osseo, a tumefacção e a saliencia do osso de longa data, e actualmente a dôr intensa e o calor elevado desta parte são signaes evidentes de uma osteite condensante ou compacta chronica, que recrudesceu. As soluções de continuidade da pelle mais largas do que fundas, superpostas a exostose, são duas ulceras que complicão a osteite. A hyperostose do femur, isto é, a hypertrophia do osso inteiro, o engrossamento enorme dos condylos, a ponte ossea que trouxe a adhesão do osso da coxa aos ossos da perna, assim como a união da face posterior da rotula á polé do femur são vestigios indeleveis de uma osteite condensante ou plastica muito caracteristica. Devemos tambem mencionar no diagnostico a ankylose completa da articulação femuro-tibial esquerda, effeito da osteite.

*Prognostico.* — Não podemos esperar a cura radical da osteite, por isso que a textura e a vitalidade dos ossos estão profundamente compromettidas. Quanto ás complicações, as ulceras desaparecerão com um tratamento conveniente, persistindo a ankylose com a alteração anatomica que a produzio.

*Marcha e tratamento.* — No dia da entrada foi receitado ao nosso doente

pelo medico interno, que estavam de serviço, uma libra de istura salina simples com uma onça de sulfato de magnesia e externamento cerôto e fios.

No dia 24 o Sr. Dr. Saboya receitou-lhe internamente infusão de lupulo, uma libra; iodureto de potassio, 15 grãos e externamente cataplasma de linhaça.

Dia 25. — A temperatura da parte affectada estava mais elevada e o doente sentia nesses pontos dôr intensa. O Sr. Dr. Saboia receitou-lhe fomentações com pomada mercurial e de bella-dona, depois cataplasma de linhaça, e internamente a infusão de lupulo com iodureto de potassio, como no dia anterior.

Dia 26. — No dia 25 á tarde, o doente queixou-se de cephalalgia e disse-me que teve frio, depois calor, e que por fim suou muito. O estado local não soffreu modificação sensivel. Foi-lhe receitado no dia 26 sulfato de quinina 24 grãos, extracto de taraxaco q. s. f. s. a. 8 pilulas para tomar quatro por dia, 2 de manhã, 2 de tarde. Item limonada sulfurica uma libra; para tomar á vontade. Externamente continúa a fomentação.

Dia 27. — O doente não teve mais o accesso. Está um pouco abatido, queixa-se de falta de appetite e de fraqueza. As ulceras tem se extendido, o calor da parte é normal e não ha mais outra alteração. Continúa o tratamento.

Dia 28. — O doente não se queixa mais do accesso. Suspendem-se as pilulas e a limonada sulfurica. Continúa com a infusão de lupulo e o iodureto de potassio e o mais.

Do dia 29 de Março até o dia 9 de Abril o estado geral do doente não tem apresentado modificação sensivel, ao passo que as ulceras tem-se cicatrizado em grande extensão e o tumor osseo tem decrescido de um modo manifesto. O doente não sente dôr alguma no osso, quer espontanea, quer provocada pela pressão. Tem continuado sempre a mesma medicação interna.

No dia 9 de Abril, a pomada mercurial foi substituida por outra da composição seguinte: banha uma onça, iodureto de potassio uma oitava. Suspende-se a cataplasma de linhaça.

No dia 26 de Abril, as ulceras estavam completamente cicatrizadas e a exostose da tibia sensivelmente reduzida de volume.

No dia 28, o doente instando por sua alta, foi-lhe esta concedida pelo Sr. Dr. V. de Saboia.]

*Considerações.* — A osteite primitivamente espontanea recrudescceu depois em consequencia de uma causa traumatica. O doente melhorou sensivelmente com o tratamento empregado, que foi muito racional e conveniente. Devemos

considerar as ulceras e a ankylose, como complicações da molestia ; o primeiro accidente foi removido, o segundo persistirá, pois que não é possível remover a causa que lhe deu origem. A massa muscular do joelho esquerdo estava diminuida de volume e como que atrophada. Explicamos este facto pelo augmento de nutrição do femur, que chama a si maior copia de liquido nutritivo, desfalcando assim a nutrição muscular e tambem pela falta de acção dos musculos, não se dando movimento algum nas partes, que elles são encarregados de mover, pois é bem conhecida a lei de physiologia pathologica, que todo orgão, que perde sua acção, vai-se atrophando, assim como aquelle que redobra de actividade, augmenta de volume em igual proporção.

### TERCEIRA OBSERVAÇÃO.

#### OSTEITE RAREFACIENTE DO TIBIA DIREITO.

Occupou o leito n. 3 da 7ª enfermaria de cirurgia do hospital da Misericordia da clinica do Sr. Dr. Bustamante de Sá, Elias de Souza Coelho, Brasileiro, natural do Rio de Janeiro, de 15 annos de idade, solteiro, de temperamento lymphatico e constituição fraca.

O doente nos referio, que sem causa alguma appareceu-lhe uma dôr intensa na parte interna do terço inferior da perna direita. Esta dôr era profunda e estava assestada no osso.

Sobreveio depois um abcesso que abrio-se espontaneamente, sahindo por uma abertura estreita, grande quantidade de pus. Enchendo-se depois novamente o foco, abrio-se segunda vez, dando sahida à abundante pus. Resultarão dessas aberturas uma ulcera, que ampliando-se obrigou o doente a recolher-se ao hospital.

Quando examinamos o doente encontramos o seguinte: o estado geral era o de um individuo fraco e lymphatico. Apresentava na parte interna do terço inferior da perna uma ulcera circular pequena, no centro da qual havia orificio de um trajecto fistuloso, que communicava com o osso. Entrouzindo-se pela fistula um estylete explorador, reconhecia-se que elle penetrava no interior do tibia, o qual oppunha pouca resistencia ao seu ingresso, etc., e cedia à pressão percebendo-se distinctamente a fractura de algumas laminas osseas. Da fistula sahia pus seroso e de vez em quando laminas osseas.

Acima havia um pequeno tumor de um centimetro, molle, arredondado, onde sentia-se bem a fluctuação. Aberto o qual, escorreu pus sanguinolento e depois

liquescente. No lado interno deste havia um outro abcesso menor, com os mesmos caracteres. Ficarão destas aberturas duas ulceras e dous trajectos fistulosos, que chegarão até o osso, confundindo-se depois as ulceras, que ficarão constituindo uma só; os trajectos fistulosos fundirão-se em uma só fistula, da qual sahirão espontaneamente duas esquirolas de um centimetro pouco mais ou menos e algumas laminas osseas menores e mortificadas.

Do desagregamento, a destruição e eliminação parcial do tecido osseo, resultou uma perda de substancia consideravel do tibia, que tornou esse osso muito fraco e muito pouco resistente, de tal sorte que o doente evitava por-se em pé, ou fazer movimentos com receio de fractural-o. O doente sentia no osso dôres, que augmentavão com a pressão. A temperatura era mais elevada na perna affectada do que na do lado são. A lesão ossea limitava-se ao tibia, estando intacto o peroneo. Julgamos que não se pôde pôr em duvida um só momento, que se tratava no caso vertente de uma osteite rarefaciente do tibia direito.

Com cataplasmas emollientes, e mais tarde com a injeccão na fistula de tinctura de iodo diluida, e com o uso interno da infusão de quina adoçada e o cosimento de lupulo com iodureto de potassio e xarope de meserião em dôses convenientes, sendo esta medicação acompanhada e secundada por uma alimentação reconstituente, o doente melhorou sensivelmente e ficou depois completamente restabelecido; tendo-se formado um circulo osseo em torno da fistula e finalmente havendo producção ossea bastante para encher o vacuo do tibia, e dar-lhe sua fórmula natural, e a consistencia e firmeza necessarias para o exercicio de suas funcções. O osso ficou mais solido e mais forte do que d'antes, e o ponto que tinha sido séde da osteite, parecia um callo de fractura muito solido e regular.

*Considerações.*—Trata-se de uma osteite rarefaciente e espontanea, e que só tem sua razão de ser no temperamento lymphatico do doente e em sua debil constituição. Causou-nos surpresa, que o systema osseo fosse o primeiro a revelar a disposição morbida do organismo.

O tratamento empregado foi muito conveniente, pois não só trouxe a cura da molestia, como tambem modificou mui favoravelmente o temperamento e constituição do nosso doente, de tal sorte que sahio do hospital em optimas condicções, o que é raro. O doente, que receiava ficar de pé, depois executava todos os movimentos com o maior desembaraço e firmeza, facto que muitas vezes presenciavamos.

QUARTA OBSERVAÇÃO.

OSTEITE RAREFACIENTE DO HUMERUS.

Como desenvolvimento ás lesões que descrevemos na osteite rarefaciente e as que forão mencionadas na observação precedente, devemos apresentar uma noticia summaria, que confeccionamos de um doente da casa de saude do Sr. Dr. Pertence, segundo os dados que nos forão ministrados pelo nosso distincto collega o Sr. Monteiro de Azevedo.

Em principios de Abril deste anno, entregou-se aos cuidados do illustre cirurgião um dos nossos bravos patricios o Sr. Luiz B. M. Finza, que na campanha Sul Americana defendia denodamente a causa brazileira. Em consequencia de ferimentos recebidos em combate, foi-lhe amputado em Corrientes o braço no ponto de união do terço médio com o inferior. A ferida resultante da amputação cicatrizou com brevidade, conservando sempre porém dous trajectos fistulsoos, um dos quaes abria-se no meio da cicatriz da amputação e o outro na face externa no meio da altura do côto ; por ahi escapava um pus muito ligado e grosso. O côto na sua parte inferior apresentava-se engrossado, a pelle lusidia e tensa, a apalpação provocava dôres e espontaneamente o doente as sentia, referindo-as porém a mão amputada. O humerus em sua parte superior apresentava-se muito augmentado de volume. O estado geral não era muito lisongeiro, pois os longos soffrimentos de que foi victima o doente, havião-lhe acarretado um estado aménico. Neste estado foi amputado pelo Sr. Dr. Pertence, no terço superior pelo processo a retalho, julgava elle que a osteite limitava-se a parte inferior do osso.

A porção do humerus, que foi extrahida, apresenta-se rarefeita, mais leve e mais molle, e persistio muito pouco adherente ao osso destacava-se facilmente : muito dilatados os sulcos e aberturas vasculares, as paredes dos canaliculos osseos muito tenues e o osso completamente poroso em sua superficie, que se achava coberta de manchas arroxadas, ao passo que seu volume estava muito augmentado na parte inferior. A medulla estava tambem amollecida e apresentava ainda manchas ou pontos lividos.

Antes da amputação foi submettido o doente ao uso do iodureto de potassio em dôse crescente, enquanto que as dôres que sentia, erão acalmadas com cataplasmas de pão e leite laudanizadas e severamente observado o repouso da parte.

Depois da operação, que correu sem accidente e vencida a reacção, voltou novamente a fazer uso do iodureto de potassio e algum tempo depois dos preparados de ferro e de preferencia do citrato de ferro ammoniacal.

*Considerações.*—Esta observação interessante por tantos motivos, demonstra a extrema gravidade das osteites provenientes de ferimentos por armas de fogo.

A amputação não pôde impedir a extensão e progressos do molestia com tal intensidade, que reclamou segunda operação.

Parece que a violencia do choque e a força com que é animado o projectil, imprimem um abalo profundo nos ossos e modificão de um modo nôtavel o arranjo molecular e o movimento organico do tecido osseo.

Dos ferimentos por armas de fogo resultão muitas vezes osteites quasi sempre rarefacientes e que não poucas vezes terminão pela carie.

Nas osteites dependentes de ferimentos por armas de fogo, cumpre que o cirurgião procure reconhecer o mais completamente que lhe fôr possível o grão de intensidade da molestia e os pontos á que ella estendeu-se e quando restarem como recursos extremos a resecção ou amputação, elle deve extrahir em totalidade ás partes affectadas, porquanto se não proceder assim, deixará o germen do mal e a molestia fará progressos irradiando-se dos pontos alterados, que por ventura tenham sido deixados.

Pelo estado do osso, que estava poroso, pela extrema tenuidade dos canaliculos osseos, que se achavão muito dilatados e pelo amollecimento, fragilidade e irritabilidade da trama ossea, acreditamos, que se trata no caso vertente de uma osteite rarefaciente.

Não faremos considerações sobre o tratamento; tal não foi o nosso fim.

Basta o nome do illnstre pratico á quem procurou o doente, para julgar-se que foi o mais racional e o mais adequado, o que está comprovado pela cura rapida do doente, que vimos forte animado e cheio de vida, correr ao posto que tão acertadamente lhe fôra confiado pela nossa patria.

#### QUINTA OBSERVAÇÃO.

##### OSTEITE STERNAL.

Luiz, brasileiro, natural de Maceió, de 40 annos de idade, solteiro, marinho, residente no vapor *Pirahy*, de temperamento lymphatico e constituição regular, entrou para o hospital da Misericordia no dia 2 de Agosto de 1867 e occupa o leito n. 31 da 9ª enfermaria de cirurgia, dirigida pelo Sr. Dr. Saboia, lente de clinica externa.

*Commemorativos.*—Referio-nos o doente, que no vapor *Pirahy* batera com a parte anterior do peito com toda a violencia em um mastro sentindo então

muita dôr e formando mais tarde um tumor do tamanho de uma laranja, que o obrigou a recolher-se ao hospital da Gambôa : ahi foi tratado pelo Sr. Dr. Santos, o qual dilatou-lhe o abcesso do peito, d'onde sahio grande copia de pus.

O doente melhorou e retirou-se do hospital.

Disse-nos elle, que tivera as seguintes molestias : febres intermitentes, variola, sarampão, boubas, blenorrhagias, cancos venereos e bubões.

Ultimamente recrudescendo e aggravando-se os soffrimentos do peito, recolheu-se ao hospital da Misericordia.

*Estado actual.*—O doente apresenta um tumor saliente na região sternal um pouco abaixo da furcula do sterno e um orificio fistuloso de um centimetro de extensão, d'onde escorre pus seroso. Introduzindo-se um estylete por esse orificio encontra-se uma superficie rugosa, desigual e aspera, constituida pela porção ossea da face anterior do sterno alterada e denudada de sua substancia compacta. O doente sente neste ponto dôr provocada pela pressão. Ha tambem na região sterno-mastoidea do lado direito no ponto correspondente a parte media do musculo sterno-mastoideo, um tumor ovoide constituido por um ganglio lymphatico superficial suppurado, no qual se reconhece fluctuação bem manifesta. O estado geral não é máo.

*Diagnostic.*—Osteite sternal. Adenite suppurada.

*Prognostico.*—Favoravel.

*Tratamento.*—O Sr. Dr. Saboia dilatou o abcesso da região sternal e com uma outra incisão deo sahida ao pus da adenite da região cervical lateral. O pus que sahio desses dous pontos, foi abundante e de boa natureza. Foi-lhe receitado internamente : cosimento de salsa parrilha, uma libra ; iodureto de potassio, quinze grãos; xarope de genciana, uma onça; o doente até hoje (24 de Setembro) faz uso d'esta medicação. Tem-se feito applicação de cataplasma americana, e ultimamente injeccões com a tinctura de iodo. O doente está em via de cura.

*Considerações.*— E' evidente que uma lesão traumatica ajudada pelo vicio syphilitico e pela diathese escrofulosa, que manifesta-se por tumores lymphaticos e pela adenite acima mencionada, foi a causa da molestia. O vicio syphilitico e escrofuloso são duas disposições morbidas, que contribuem para entreter e aggravar a molestia.

Quanto ao diagnostico não pôde ser elle posto em duvida, porquanto a dôr, a suppuração e as alterações do sterno, são symptomas positivos e signaes evidentes de uma osteite sternal. Consideramos o prognostico favoravel attendendo ao estado geral do doente, que é actualmente satisfactorio, e ponderando que a

molestia muito limitada não se tem extendido e finalmente que não existe a menor complicação. O tratamento empregado é mui conveniente e racional, por isso que preenche todas as indicações; isto é, serve não só para combater a molestia como para corrigir a disposição morbida do organismo. O doente tem melhorado consideravelmente; e o seu completo restabelecimento será (como acreditamos) o fructo da medicação tão racional como bem combinada.

### SEXTA OBSERVAÇÃO.

#### OSTEITE TERMINADA POR NECROSE.

Francisco Manoel Ribeiro, pardo, livre, brasileiro, natural de Pernambuco, solteiro, trabalhador, de temperamento sanguineo e constituição regular, occupava o leito n. 20 da 7ª Enfermaria de cirurgia do hospital da Misericordia, pertencente a clinica do Sr. Dr. Bustamanté de Sá.

O doente referio-nos, que ha mais de 18 annos sentio na perna direita dôr intensissima subitamente e sem que ella pudesse ser referida á causa alguma. Desenvolveu-se depois nesse ponto uma inflammação violenta do tibia, que tomou grande augmento de volume, sahindo depois por uma abertura espontanea gordura liquida, particulas osseas em grande quantidade e pus, tornando-se o osso tão tenue e fragil, que o doente receiava vê-lo quebrar-se á qualquer momento. Finalmente a porção alterada de osso foi-se mortificando, e eliminada que foi, o doente sarou. Nega todo e qualquer antecedente syphilitico.

Ultimamente apresenta uma exostose, e na parte media da borda anterior e face interna do tibia direito com desformação do osso, tornando-se a sua crista arredondada e sua face interna muito saliente. A pelle, que cobre o tumor, é livida, lisa e adherente. No terço superior e parte interna da perna ha duas ulceras em cujos fundos descobrem-se dous sequestros duros, resistentes e sonoros. O osso é doloroso em torno das ulceras, das quaes se escôa pus seroso.

Do exposto conclue-se, que o nosso doente soffreu primeiramente de uma osteo-medullite terminada por necrose, e ultimamente tem ainda uma osteite, que tambem terminou-se pela mortificação do osso, cujos sequestros obrão como corpos extranhos, irritando e inflammando o tecido osseo.

O doente melhorou muito com o tratamento empregado, que foi internamente: infusão de quina e cosimento de salsaparrilha e iodureto de potassio, augmentando-se a dôse do iodureto progressivamente até 36 grãos. Internamente, applicarão-se os seguintes topicos: cataplasma de linhaça, agua de Labarraque e glicerina.

O doente já estava muito melhor : as úlceras ião cicatrizando-se, o osso mortificado ia sendo eliminado, porém achando, que seu restabelecimento era muito demorado, instou tanto por sua alta, que lhe foi esta concedida pelo Sr. Dr. Bustamante de Sá.

*Considerações.*—A inflammação ossea começou ha 18 annos pela medulla, pois era no interior do osso, que o doente referio-nos sentir dôr muito intensa, tendo-se formado um tumor volumoso, o qual abrio-se para dar sahida á medulla alterada, ao pus e as particulas osseas.

Ultimamente a osteite reaparece sem causa manifesta.

Parece que ha tendencia do osso uma vez inflammado, á inflammarse muitas ; e o tecido osseo affectado uma occasião, está sujeito á sel-o muitas como se o osso conservasse a impressão do primeiro insulto e ficasse sua textura modificada pela molestia.

A osteite terminou ultimamente pela necrose.

A mortificação, effeito da molestia, passou depois a ser causa, obrando o sequestro como corpo extranho irritante e trazendo a inflammação encarregada de eliminá-lo.

### SEPTIMA OBSERVAÇÃO.

#### OSTEITE ARTICULAR ; COXALGIA.

No dia 2 de Setembro de 1867, entrou para o hospital da Misericordia, e foi occupar o leito n. 30 da 9ª enfermaria de cirurgia á cargo do Sr. Dr. Saboia, Anastacio Pacheco Pereira, portuguez, solteiro, trabalhador, de temperamento lymphatico e constituição deteriorada.

*Commemorativos.*—O doente referio-nos, que ha alguns annos soffrera de febres intermittentes, de que ficou completamente curado.

No mez de Julho deste anno apparecerão-lhe dôres intensas nas juntas.

Alguns dias depois fixarão-se os soffrimentos na articulação coxo-femural esquerda, formando-se um tumor na fossa iliaca externa do mesmo lado, que inflammou-se consideravelmente.

O tumor cresceu diariamente até que abrio-se espontaneamente, sahindo grande quantidade de pus á principio amarello e espesso, depois seroso e liquescente (aguado), segundo a expressão do doente.

O tumor diminuiu de volume ; cedeu a inflammação da fossa iliaca externa, sem comtudo deixar deescorrer pus sanguinolento. Nessas circumstancias entrou elle para o hospital.

*Estado actual.*—O doente acha-se no decubito dorsal, unica posição em que pôde conservar-se: está extremamente magro e pallido.

Na fossa iliaca externa do lado esquerdo ha um tumor pouco elevado, proeminando mais para a parte inferior. Nenhuma outra mudança sensivel nota-se nesta região, cuja pelle tem sua côr natural.

A apalpação do tumor não nos deu sensação de fluctuação, apenas percebemos o empastamento dos tecidos.

Na parte média da fossa iliaca externa e esquerda existem duas pequenas aberturas, por onde escorre um liquido sero-purulento.

O membro abdominal do lado esquerdo, é apparentemente mais curto do que o do lado opposto, porque a perna acha-se dobrada sobre a côxa e esta sobre a bacia e ha contractura de todos os musculos da côxa e tambem dos gluteos.

A massa muscular da côxa esquerda acha-se atrophizada e os musculos se desenhão como cordas tezas.

O menor esforço que fazemos para tirar o membro dessa posição, provoca horriveis dôres.

Os tecidos da fossa iliaca externa e da região glutea do lado esquerdo, estão edemaciados: a prega das nadegas tem desaparecido.

*Marcha e tratamento.*—No dia 30 o Sr. Dr. Saboia, receitou-lhe para uso interno: xarope de genciana, 8 onças; xarope de quina, 6 onças, M<sup>o</sup>. para tomar 3 colhéres de sopa por dia, e mandou applicar dous causticos de chlorureto de zinco, do tamanho de uma moeda de 500 rs. á região iliaca affectada, e fazer fricções de pomada de iodureto de potassio na mesma região e applicar depois uma cataplasma de linhaça.

Dia 4.—O doente queixa-se de que os causticos causarão-lhe dôres horriveis arrancando-lhe gritos até que o interno retirou os. Os causticos produzirão magnificas escharas. Continúa o mesmo tratamento menos o cauterio.

Dia 5.—O doente passou bem a noite, as dôres cessarão inteiramente, porém sahe ainda grande quantidade de pus pelos orificios fistulosos. A mesma medição.

Dia 7.—O estado geral é melhor, o doente tem mais appetite e a quantidade do pus é menor.

Dias 8 e 9.—O doente sô accusa dôr comprimindo-se a parte posterior da côxa.

Dia 10 ao dia 14.—Tem sahido grande copia de pus. O doente tem sentido dôres fixas ao nivel da articulação sacro-iliaca esquerda. No dia 14 havendo fluc-

tuação nesse ponto, o Sr. Dr. Saboia fez uma incisão, que deu sahida à grande quantidade de pus sanguinolento. Continúa o mesmo tratamento.

Do dia 14 ao dia 22.—A quatidade de pus não tem diminuido apenas nota-se mudança em sua natureza, não sendo elle mais sanioso porém louvavel. O mesmo tratamento.

Dia 23.—O doente foi submettido a chloroformisação. O Sr. Dr. Saboia procurou imprimir alguns movimentos a articulação coxo-femural esquerda e então notou se, que estes erão pouco extensos e só com grande esforço podia se fazer a flexão em angulo recto da côxa sobre a bacia. Communicando-se movimentos a cabeça do femur na cavidade cotyloide, tinha-se a sensação de duas superficies rugosas, asperas e desiguaes e ouvia-se ao mesmo tempo uma crepitação particular. Os orificios, que davão sahida ao pus da fossa iliaca externa, fecharão-se completamente, sentindo-se fluctuação bem manifesta. O Sr. Dr. Saboia praticou nessa parte uma incisão, que deu sahida a pus sanguinolento, applicou-se depois uma mecha na abertura. Continúa o mesmo tratamento.

*Diagnosticco.*—Coxalgia e osteite articular.

*Prognostico.*—Grave.

*Consiãerações.*—A osteite das superficies osseas, que entrão na constituição da articulação ileo-fermural esquerda, é secundaria e teve por origem a inflamação das partes molles da fossa iliaca externa, que extendeu-se a synovial, a qual transmittio aos ossos seus soffrimentos. O diagnosticco não pôde ser posto em duvida, por quanto as dôres dos extremos articulares, a impossibilidade de movimento, os abcessos circumvizinhos desenvolvidos sob a influencia da inflammação e o attrito aspero das superficies osseas da articulação acompanhada de crepitação manifesta, são signaes evidentes de uma osteite articular. O prognostico é grave, por que além do máo estado geral ha uma anquilose, que se não puder ser removida por meios orthopedicos, privará o doente do uso de seu membro, além de que a suppuração só pôde anniquilal-o. Devemos declarar, que tem sido muito proficuo o tratamento empregado.

OSTEITE SEPHILITICA.

Esteve em um dos leitos da 5ª eefermaria de medicina do hospital da Misericordia na clinica do nosso mestre o Sr. Dr. Teixeira da Rocha, um doente por nós visto e que apresentava os symptomas seguintes: dôr intensissima no tibia, no peroneu e nos ossos do tarso do lado direito, dôr que augmentava de noite e que se exasperava pelo menor contacto, tanto que o doente dava gritos quando

se encostava o dedo ás partes dolorosas. Formarão-se depois dous abcessos : um no ponto correspondente a cabeça do peroneo e outro ao nivel da face externa do calcaneo. O Sr. Dr. Teixeira da Rocha dilatou estes abcessos, dos quaes sahio grande copia de pus espesso e phlegmonoso. Com o tratamento anti-syphilitico conveniente brevemente ficou o doente bom e leve alta.

*Considerações.*—Estamos convencidos, que a osteite foi de natureza syphilitica pela existencia anterior de caneros infectantes e pelo tratamento empregado que é a pedra de toque em taes casos; pois como diz Hyppocrafes, *naturam morborum curationes ostendunt*. A marcha da molestia foi mui rapida e promptamente cedeu com a applicação dos anti-syphiliticos. O nosso distincto collega o Sr. Pedro Affonso de Carvalho, teve a bondade de communicar-nos que na enfermaria do Sr. Dr. França um doente soffria de osteite syphilitica com exostoses, terminando a molestia pela carie.

# SEGUNDO PONTO

## SCIENCIAS CIRURGICAS

**Do valor relativo dos signaes diagnosticos da prenhez.**

### PROPOSIÇÕES

#### I

Caseaux divide os signaes diagnosticos da prenhez em signaes racionaes e signaes sensiveis. Os signaes racionaes são : os meios pelos quaes se reconhece que a mulher concebeu, a suppressão das regras, a saliencia do umbigo, as modificações das mamas, os accidentes ou perturbações funcçionaes do tubo digestivo, o estado do pulso, as mudanças da urina, a kiesteina, emfim as alterações que se dão nos habitos da mulher e em suas faculdades intellectuaes e moraes. Os signaes sensiveis são : os signaes fornecidos pelo tocar e pela escuta.

#### II

Esta divisão é muito defeituosa e mal fundada, por isso que são considerados como signaes racionaes phenomenos percebidos directamente pelos sentidos, e que com melhor razão serião chamados sensiveis como as modificações das mamas, umbigo, etc., que são tão sensiveis como os fornecidos pelo tocar, e demais é sempre o raciocinio ou uma operação intellectual, que transforma todos esses phenomenos em signaes.

#### III

O nosso illustrado mestre, o Sr. Dr. Feijó, divide com muito fundamento e acerto os signaes da gravidez em equivococos ou duvidosos, em valiosos e em infalíveis. Esta divisão que adoptamos é a unica que satisfaz ao espirito e as necessidades da sciencia ; é tão precisa e exacta, como racional e logica, e demais é muito fecunda em resultados praticos.

## IV

Os signaes equivocos ou duvidosos são tirados dos signaes pelos quaes se reconhece que a mulher foi fecundada, dos accidentes ou perturbações das funcções digestivas, da respiração, da circulação, das modificações da urina, da formação da kiesteina, das manchas (vergetures), e emfim das mudanças nos habitos e no moral da mulher.

## V

Os signaes valiosos consistem na suppressão das regras, no augmento de volume do ventre, nas modificações do umbigo, as mamas e nos signaes fornecidos pelo tocar, como os movimentos passivos do feto no sopro placentario e na collocação do utero.

## VI

Os signaes infalliveis são: os movimentos activos e as bulhas cardiacas do feto.

## VII

A languidez do rosto, uma aureola escura nas orbitas, um facies particular bem conhecido dos parteiros, mas que não se pôde precisar, merece alguma importancia.

## VIII

*Accidentes da digestão.*—A mulher gravida tem pytialismo, fastio, aborrecimento de algumas comidas, desejo caprichoso de outras, e até de substancias que não servem para a alimentação, ou são mesmo repugnantes. A mulher gravida pôde soffrer de nauseas e vomitos, ás vezes incoerciveis, de constipação de ventre ou de diarrhéa. Esses signaes são de algum valor.

## IX

*Perturbações da respiração.*—Em razão do recalçamento do diaphragma e da compressão dos orgãos respiratorios, a respiração torna se difficil, curta e accelerada, isto se nota sobretudo na segunda metade da gestação. Este signal é de alguma importancia.

X

*Modificações da circulação.*—O pulso é frequente, duro e resistente. A compressão exercida pelo utero cheio sobre os vasos dos membros inferiores, traz a edemacia desses membros; sobre a veia porta produz ascite. Ouve-se além disso o ruido de sopro no coração e nas arterias. O sangue é mais ou menos alterado, contém maior quantidade de soro menor de globulos. Estes signaes merecem bastante attenção do parteiro.

XI

*Modificações da urina.* — A mulher gravida tem um desejo constante de urinar, sobretudo nos primeiros mezes da gravidez, o que é devido á compressão da bexiga pelo utero. As urinas são em pequena quantidade, claras e sem sedimento, algumas vezes são albuminosas e kilosas, desaparecendo essas ultimas depois do parto. E' este um signal de algum valor.

XII

A fomação da kiesteina nas urinas de uma mulher, só deve ser considerada como um signal equivoco de gravidez, pois que se encontra na mulher que aleita e em casos pathologicos, como na tuberculose e nem sempre se apresenta nas urinas da mulher gravida.

XIII

Outro signal diagnostico da prenhez é tirado de certas manchas (vergetures) ou cicatrizes de um branco argenteo mesmo nas mulheres trigueiras e nas pretas, que se apresentam nas partes lateraes do ventre antes do que na parte média, como linhas curvas parallelas cuja convexidade olha as virilhas, e o penil e que pôde estender-se até a parte superior e interna das côxas.

XIV

Este signal não merece muito conceito porque podem apresentar-se estas manchas em mulheres que nunca conceberão : além disso toda e qualquer causa

que faça destender muito o ventre, como a ascite, pôde dar em resultado estas manchas, que tambem podem existir no homem. Demais nas mulheres multiparas estas manchas persistem depois do parto.

## XV

Nas mulheres pejadas, principalmente nas senhoras claras, ha uma linha escura que vai ordinariamente do pubis ao umbigo, mas que pôde chegar até o apendice xiphoide. Nas mulheres trigueiras e nas pretas ha uma côr mais carregada nesses pontos.

## XVI

Esta linha não apparece só na mulher pejada, e além disso se encontra nas multiparas, por isso não pôde ter muito grande valor.

## XVII

*Mudança nos habitos*, — A mulher gravida torna-se em geral somnolenta, preguiçosa, está sempre com vontade de deitar-se, dorme muitas vezes no meio das suas occupaões. Algumas porém soffrem de insomnia e vigalias prolongadas. Este signal merece alguma importancia.

## XVIII

A's vezes manifesta-se tambem uma mudança completa no moral da mulher; assim uma mulher pacifica e de natural bom, torna-se insupportavel e irascivel, outras vezes uma mulher furiosa e indomavel, torna-se mansa, condescendente e agradavel.

## XIX

A reunião de todos ou da maior parte dos signaes equivocos, constituem um indicio de grande valor para o diagnostico da prenhez.

XX

*Signaes valiosos.* — A supressão das regras quando não depende de uma causa pathologica nem tem outra explicação physiologica e coincide com algum, ou com todos os signaes equivocos, deve ser considerada como um signal diagnostico importante da prenhez.

XXI

O augmento de volume do ventre, coincidindo com o maior desenvolvimento do utero, é um signal importante para o diagnostico da prenhez.

XXII

Durante os tres primeiros mezes da gestação, a cicatriz umbelical apresenta-se deprimida e repuxada para a parte posterior e inferior. O umbigo é então doloroso e sensivel á pressão. Do quarto ao sexto a cicatriz umbelical é menos concava e dolorosa, do setimo ao oitavo torna-se saliente, do oitavo ao nono a pelle do umbigo é muito saliente e até pôde fender-se, havendo uma causa que destenda consideravelmente o abdomen.

XXIII

Os signaes tirados da depressão umbelical são de muito valor, mas podem faltar, e além disso nas mulheres gordas a cicatriz umbelical poucas modificações apresenta.

XXIV

Na gravidez os seios tornão-se tensos, entumecidos e dolorosos. No segundo mez o mamillo augmenta de volume, torna-se mais saliente e sensivel. Em torno delle ha uma orla de uma cor mais ou menos carregada, que é mais pronunciada nas mulheres morenas e nas negras, cuja extensão é de 2 á 4 centimetros, ampliando-se com os progressos da gravidez. Nessa orla mostrão-se depois granulações em numero variado constituidas por glandulas sebaceas.

## XXV

No quinto mez começa a apparecer manchas circulares na aureola do mamillo, que constituem a aureola mosqueada. Nas proximidades do parto ha tambem a producção de um liquido adocicado e espesso chamado colostro.

## XXVI

As modificações, que experimentão as mamas, constituem um signal diagnostico importante da gravidez e são de muito valor para os praticos inglezes, como Smellie, Montgommery e outros, mas nem sempre se apresentam, e além disso presistem depois do parto.

## XXVII

O tocar é um auxiliar utilissimo e muito efficaç para o diagnostico da prenhez. Pelo tocar vaginal além do mais se reconhece o volume, molleza e extensão do collo do utero, o estado da abertura do orificio vaginal e o volume, peso, direcção, situação e relação do corpo do utero e os movimentos passivos do feto.

## XXIII

Pelo tocar verifica-se igualmente a época da gravidez, a eminencia de um parto proximo, o trabalho do parto, a apresentação, posição e relação das diversas partes do feto, a natureza e a energia ou fraqueza das contrações uterinas.

## XXIX

Pelo tocar abdominal ou pela apalpação, se reconhece o augmento de volume do utero, a fórma, a posição e extensão que elle occupa, suas relações com as paredes abdominaes, sua consistencia, sua direcção e finalmente os movimentos activos do feto.

## XXX

O amolecimento e encurtamento gradual e progressivo do collo do utero do quarto mez por diante, deve ser tido como um signal de grande valor.

## XXXI

Nas primiparas o collo do utero é fusiforme e o orificio vaginal arredondado muito pouco dilatado: nas multiparas o orificio externo é largamente aberto e a cavidade do collo é infundibuliforme. O parteiro deve ter muito em attenção estes caracteres importantes.

## XXXII

Os movimentos passivos ou communicados do feto e o sopro placentario devem ser considerados como signaes valiosos do diagnostico da prenhez.

## XXXIII

A posição do utero é um signal muito valioso para o diagnostico da prenhez e todas as vezes que o parteiro puder apreciar-o, deve fazel-o para delle tirar todo o partido.

## XXXIV

Do quarto mez em diante o utero não podendo mais ser alojado na excavação pelviana, eleva-se á cima do estreito superior da bacia e vem occupar a região hypogastrica. No quinto mez o tumor está um pouco abaixo do umbigo; no sexto eleva-se um pouco acima; no setimo está quatro dedos acima da cicatriz umbilical, no oitavo chega ao epigastro, na primeira quinzena do oitavo mez eleva-se o fundo do utero á região epigastrica e chega as falsas costellas.

## XXXV

O crescimento do utero quando não depende de uma metrite, de uma hydropesia desse orgão, de um kysto, de um polypo, de um cancro, de hydatides, etc., é um signal importante de gravidez.

XXXVI

Com a reunião de todos ou da maior parte dos signaes equivocos, assim como dos signaes valiosos, o parteiro pôde afirmar que uma mulher está grávida, mas não em uma questão medico-legal em que elle só pôde presumir.

XXXVII

Os movimentos activos do feto, que se dão do quinto mez em diante, constituem por si só um signal infallivel da gravidez.

XXXVIII

As bulhas cardiacas do feto, são tambem um signal evidente da prenhez.

XXXIX

Pelas bulhas cardiacas pôde-se em alguns casos reconhecer-se uma prenhez composta.



# TERCEIRO PONTO

## SCIENCIAS MEDICAS

### Signaes tirados da voz e da palavra.

#### PROPOSIÇÕES

##### I

Em certas affecções são modificadas a voz e a palavra : d'ahi signaes, que sem ter um valor absoluto, juntos á outros mais importantes, concorrem para esclarecer o medico quanto a séde e natureza de algumas molestias do apparelho respiratorio e do encephalo, assim como indicação o estado geral das forças do organismo e servem para o prognostico.

##### II

A voz é forte e augmentada em grande numero de febres, no primeiro periodo da meningite, no delirio e finalmente sempre que ha excitação geral do organismo.

##### III

A voz fraca indica maior numero de doenças, como a febre typhoide, as molestias adynamicas e a terminação das molestias chronicas.

##### IV

A voz fraca revela tambem fraqueza do organismo, que póde ser considerada como signal prognostico grave.

##### V

A abolição da voz (aphonia) é um signal de molestias nervosas e em particular da hysteria : dá-se tambem nas febres intermittentes, perniciosas e em certas molestias do larynge ; na laryngite, na tísica larynge e no croup.

##### VI

A voz é clara e aguda em certas anginas e sibilante no tetano.

##### VII

A voz rouca indica affecções tuberculosas do larynge e dos pulmões e infecção venerea, quando ha ulceração das cordas vocaes.

## VIII

A voz nasal revela molestias da membrana mucosa das fossas nasaes, amygdalites, polypos naso-pharyngianos, paralysias, divisões e perfurações do véo do paladar.

## IX

A voz tremula é máo signal na dysenteria e na febre amarella.

## X

A bronchophonia, e gophonia e pectoriloquia, são valiosos signaes para o diagnostico de diversas affecções thoracicas.

## XI

A palavra é facil e prompta no primeiro periodo da meningite ; demorado e difficil no amollecimento cerebral.

## XII

A palavra hesitante e tremula dá-se em certas febres graves e em algumas affecções cerebraes.

## XIII

A gagueira, quando não é natural, apresenta-se em algumas febres graves e tambem em molestias cerebraes.

## XIV

A perda da palavra pôde existir sem a da voz e é o que constitue o mutismo ; a perda da voz traz necessariamente a da palavra.

## XV

O mutismo pôde depender de paralysia da lingua, de tumores assestados neste orgão, de affecções do larynge, e na opinião de Bonnet, tambem de um endurecimento da epiglote. Pôde tambem dar-se na hypochondria, hysteria e em certos envenenamentos, como pelo stramonio.

## XVI

A perda da voz e da palavra é um signal prognostico muito grave ; revela dynamia profunda e dá-se na agonia.

# QUARTO PONTO

## SCIENCIAS ACCESSORIAS

**Do exercicio da medicina e da pharmacia emquanto a  
responsabilidade dos profissionaes.**

---

### PROPOSIÇÕES

#### I

O medico e o pharmaceutico não devem ser responsabilizados no exercicio regular e consciencioso de suas profissões.

#### II

Elles só serão responsabilizados pelos seus actos, quando tiverem procedido de má fé, ou peccado voluntaria, premeditada e intencionalmente.

#### III

O medico e o pharmaceutico podem ser chamados á juizo pelos erros commettidos por impericia, descuido, inadvertencia e omissão voluntaria.

#### IV

O medico chamado quer para soccorrer ao enfermo, quer para emittir o seu juizo sobre qualquer questão judiciaria, que reclamem o auxilio de seus conhecimentos scientificos, tem restricta obrigação de comparecer, não tendo motivo que o impossibilite.

#### V

Como perito, é de seu dever não desprezar nenhuma das circumstancias, que se derão durante o facto submettido ao seu exame, para que avaliadas ellas com todo o cuidado e attenção, possa á final, apoiado na verdade, não comprometter os interesses da justiça.

## VI

O magistrado não deve obrigar o medico á tratar de questões medicos-legaes, comquanto legalmente o possa fazer.

## VII

Os medicos e pharmaceuticos, que se mostrarem incapazes para exercer a sua profissão por impericia ou falta de moralidade, deverãõ ser suspensos temporaria ou definitivamente.

## VIII

O medico que não prestar os seus serviços ao enfermo, sem motivo plausivel, e o pharmaceutico que não tiver em sua pharmacia medicamentos indispensaveis e de necessidade urgente, deverãõ ser responsaveis pelos damnos, que d'ahi resultarem.

## IX

O medico que não prestar os cuidados devidos aos doentes, será responsavel pelo mal que em consequencia disso lhe resultar.

## X

O pharmaceutico que trocar o medicamento prescripto ou enviar medicamentos de má qualidade ou mal preparados, será responsavel pelo damno que causar.

## XI

Os medicos e pharmaceuticos sendo justamente responsabilizados, devem soffrer as penas competentes.

## XII

A nossa legislação nada estabelece, quanto á responsabilidade medica e pharmaceutica.

## XIII

Os arts. 201, 202, 203. 204 e 205 do nosso Codigo Criminal, só forçadamente podem ser applicados aos delictos commettidos pelos medicos e pharmaceuticos no exercicio de suas profissões.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

---

## I

Frigidum inimicum ossibus, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medullæ ;  
calidum vero amicum. (Sect. 5.<sup>a</sup> Aphor. 18.)

## II

In osse ægrotante caro livida malum. (Sect. 7.<sup>a</sup> Aphor. 2.)

## III

Ab ossis mudatione erysipelas malum. (Sect. 7.<sup>a</sup> Aphor. 49.)

## IV

Ab ossis præcisione, delirium, si in vacuum usque penetraverit. (Sect. 7.<sup>a</sup>  
Aphor. 24.)

## V

Extremis morbis, extrema exquisita remedia optima. (Sect. 1.<sup>a</sup> Aphor. 6.)

## VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanant, quæ ferrum non sanat, ea  
ignis sanat. Quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existemare oportet.  
(Sect. 8.<sup>a</sup> Aphor. 6.)

V.2/307v

**Está these está conforme os estatutos.**

**Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 1867.**

**DR. SILVA.**  
**DR. V. SABOIA.**  
**DR. PIENZENAUER.**