Não pomos sequer em duvida a influência enorme que a luz exerce sôbre o sistema nervoso, mas não podemos crer que ela e só ela baste para explicar todas as propriedades fisiológicas e terapêuticas das radiações solares.

Quando atravessam os tecidos vivos vão modificando as condições de nutrição e de multiplicação celular até atingirem as hemacias as quais, aproveitando as qualidades oxidantes, dão rubor à pele em substituição da palidez, companheira da obscuridade.

Não é legítimo pois, esquecer o notabilíssimo poder de difusão de oxigénio pela economia e que só à luz pertence.

Nesta ordem de ideias se manifestam também Carnot e Rivier quando afirmam que a super-actividade nutritiva e funcional provêm da absorpção das vibrações moleculares da luz pelos lipocromos.

Uns, os da pele fixam, o pigmento que acompanha a cura solar; outros, pertencentes ao sangue, difundem e espalham no organismo a energia radioactiva do Sol.

A pele insolada desempenha então activamente as suas múltiplas e importantes funções; é nosso dever procurar a todo transe desenvolvê-las e hipertrofiá-las.

O homem, diz Montenuis com verdade, não se alimenta sómente de pão, alimenta-se igualmente de ar que é o pão da respiração; e a alimentação não é sómente digestiva e respiratória: é também cutânea.

O homem alimenta-se também de ar; o ar é o pão da respiração

A pele considerada apenas órgão de eliminação e de excitação, é também um órgão de absorpção, roubando

ao ar o oxigénio e ao Sol tôda uma variedade de fôrças, ainda em parte desconhecidas que actuam por um mecanismo ignorado.

Guerra por conseqüência a todas as muralhas, como os aparelhos engessados, que privam a pele do contacto salutar e benéfico da luz.

O Sol aumenta a sudação

A acção estimulante sôbre a pele manifesta-se ainda por uma sudação abundantíssima; os doentes apresentam-se inumeras vezes completamente molhados, como se houvessem tomado um banho e a roupa do leito, tem de ser substituida.

O calor esbraseante do Sol não deprime

Facto digno de atenção; apesar da transpiração tão exagerada, não há cansaço, não se nota a fadiga que os meios aquecidos artificialmente provocam sempre; o organismo mantem-se vivo, experto, apto até para o trabalho.

¿ Como explicar semelhante anomalia ?

Unicamente vemos um motivo que possa justificar mais esta preciosa qualidade da cura do Sol; vem a ser a acção excitante das radiações solares sôbre o sistema nervoso periférico; são os raios ultra-violetes a triunfarem da acção depressora dos raios caloríficos.

Que contraste entre um banho de Sol e um banho turco!

Desnecessário é encarecer o mérito dêste processo terapêutico que tal transsudação determina; êle representa um dos meios de defesa do organismo contra o excesso de temperatura do ambiente; só assim se compreende que a exposição muito demorada ao Sol ardente de agosto não promova o aparecimento de quaisquer

fenómenos, que denunciem um desiquilibrio entre a produção e o consumo do calor animal.

O auto-termo-regulamento faz-se na verdade à custa dêle.

Ao calor que as radiações solares trazem ao organismo, junta-se o calor que tem a sua origem numa maior intensidade dos fenómenos de oxidação na intimidade dos tecidos, de maneira que há em geral uma estreita dependência entre a temperatura, o estado higrométrico da atmosféra e êstes fenómenos de sudação.

O suor elimina a *materia pecans*

Representa ainda um processo de eliminação da *materia pecans*, isto é, dos elementos nocivos do organismo. Constituida em geral por 95,5 por 100 de água, possue tambêm ácidos gordos, fórmico, acético, butírico, propiónico e vestígios de corpos inorgânicos.

Não é raro encontrarem-se tambêm toxinas, bactérias e outros produtos nocivos.

Lembremos que foi Brumoe o primeiro a reconhecer que os suores dos indivíduos com infeções podem eliminar bactérias; esta afirmação foi confirmada pelos trabalhos posteriores de Geissler, (1) Eiselbey com o bacilo tífico, Gebhardt com o colibacilo e pelo Prof. Poncet no valioso trabalho — *De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains des chirurgiens.*

Em 1913 o Prof. Piery (Lyon) apresentou ao Cong. Int. Antiturb. um trabalho bem documentado e de nome *Virulence et contagiosité de la sueur des tuberculeux. Ses conséquences en profilaxie individuelle et sociale.*

Aperfeiçoando a técnica das antigas experiências Di Mattei e Surmont, conseguiu tuberculizar cobaias

1 *Contralblatt f. Bakteriologie,* vol. XIII.

com a inoculação subcutânea de 10 centímetros cúbicos de suor, fornecido por indivíduos com lesões de tuberculose chamada outrora cirúrgica, mas fechada.

São do teor seguinte as suas conclusões:

Conclusão do Prof. PIERY

1.º — O suor dos tuberculosos, ao abrigo de qualquer contágio extrínseco, é virulento e contem bacilos de Koch.

2.º — O suor dos tuberculosos pode ser em 41,66% dos casos o veículo do bacilo de Koch.

3.º — Esta eliminação sudoral é um argumento a favor da natureza septicémica da infecção tuberculosa. Os suores dos tísicos poder-se hão considerar como crises de eliminação bacilar.

4.º — O suor é um agente de contágio, perigoso por isso mesmo, visto poder contaminar directamente por penetração através da pele, quer indirectamente conspurcando roupas e vestuário.

5.º — Tal poder contagioso exige medidas profiláticas em torno de todas as tuberculoses, mesmo quando as lesões cirúrgicas estão fechadas, latentes e benignas.

O Sol depura o organismo dos micróbios e mata-os em seguida

O Sol depura pois, o organismo dos agentes da tuberculose e o próprio Sol nos *solaria* actúa sôbre êles causando-lhes a morte; quer dizer, desempenha uma acção terapêutica inexcedivel e sucessivamente uma acção profilática não menos valiosa.

Só o Sol assim procede.

Por mais extranhos que pareçam as conclusões de PIERY não devem julgar-se inacreditáveis, se recordarmos os numerosos trabalhos recentes, demonstrativos da freqùência desta septicémia bacilar.

Assim ROSEMBERG encontrou o bacilo de Koch no sangue em 300 casos de bacilose, com localizações diversas.

Forsyth procedeu a igual investigação em 12 indivíduos com tísica pulmonar e em 70 encontrou o bacilo no sangue.

¿Será possível a bacilémia tuberculosa sem a mais ligeira lesão renal?

Parece que sim; pelo menos afirmam-no Besançon, Jousset, Widal, Batier, etc.

Ora as glândulas sudoríferas não são mais do que emonctorios para a eliminação de produtos do meio sanguíneo, precisamente como o rim.

Também a chamada tuberculose externa latente e fechada é contagiosa

As conclusões, que deixamos expressas, merecem a atenção da «entourage» dos doentes, porque mostram a facilidade que há na propagação e generalização da tuberculose; não são só, como ainda recentemente se supunha, as lesões abertas, cavernosas, que espalham e difundem bacilos fazendo longas sementeiras; também assim acontece nos casos de tuberculose aparentemente inofensiva, da chamada erradamente tuberculose cirúrgica, como o reumatismo tuberculoso, o tumor branco etc.

Os trabalhos de Piery demonstram o que a intuição do povo havia previsto: o contágio pelo contacto com a pele do tísico.

A sudação desintóxica o organismo eliminando leucomainas, ptomainas e as toxinas de elaboração microbiana.

A sudação desintóxica

Arloing provou com efeito, que o suor mesmo de pessoas sãs, em inoculação endovenosa, nos cães e noutros animais produzem sofrimentos graves e lesões importantes da circulação, nutrição, do próprio sistema nervoso e pode até causar a morte.

Os suores aliviam ainda os órgãos excretores; as

glândulas sudoríferas podem suprir em parte a insuficiência do rim, excretando ureia, ácido fosfórico e cloretos em elevada quantidade; podem em virtude da relação inversa, existente entre as reacções intestinais e a sudação—*si cutis densitas, alvi laxitas et contra,* corrigirem-se; podem finalmente compensar em parte o mau funcionamento pulmonar, eliminando gaz carbónico e água.

A vaso-dilatação e a transpiração produzidas pelo Sol, embora se apresentem quási sempre simultâneamente, são independentes, visto a função nervosa que preside à formação do suor ser distinta da função vaso-dilatadora. Em todo o caso, o afluxo de sangue é necessário para fornecer produtos para a sudação abundante e duradoira.

¿Haverá inconvenientes nos banhos do Sol?

¿Mas tudo serão vantagens; não haverá inconveniente nestes efeitos dos banhos solares?

Vejamos: o suor representa, está dito, um meio precioso de eliminação de água e de sais: a sudação abundante desidrata pois, o sangue e conseqùentemente poderá produzir alterações dos glóbulos vermelhos e a dissolução da própria hemoglobina; segundo GAUTIER a perda de 14 litros de suor corresponde ao seguinte desfalque.

Cloretos.	34,630	gramas
Sulfatos	0,160	»
Fosfatos.	vestígios	
Ac. expressos em soda.	4,135	»
Valor total das matérias orgânicas.	22,	»

¿Porque não emagrecem?

Os doentes deviam pois emagrecer, contrariamente ao que a observação clínica nos ensina.

¿Como explicar semelhante paradoxo?

Julgamos que aquela acção destruidora, chamemos-lhe assim, do suor é largamente compensada pelos outros efeitos da luz solar sôbre o organismo; o grande aumento de apetite, a regularização das funções digestivas, um maior coeficiente de absorpção e ainda mesmo a polidipsia.

Polidipsia sim, porque é interessante constatar que êstes doentes ingerem diáriamente grandes doses de líquidos, que por assim dizer dia a dia vão fazer uma grande lavagem interior.

Todos os doentes quando se dirigem para o *solarium* levam consigo uma bilha com água para irem bebendo pouco a pouco, mas numerosas vezes.

Sol e diurése

Tivemos uma doente que experimentou a insolação a nosso conselho; urinava antes de começar com esta terapêutica, apenas duas vezes por dia; urinas escassas, concentradas, fortemente pigmentadas, com depósito abundante, de cheiro intenso e geralmente de decomposição.

O Sol obrigou-a a ingerir água em maior quantidade e provocava-lhe 6 e 7 micções durante as 24 horas; a diurése tornou-se assim abundante e a urina apresenta-se amarelo-palha, transparente e sem depósito.

É com efeito maravilhoso o Sol como agente de depuração!

A uma diurése abundante junta-se uma transudação copiosa e conseqüentemente a maior ingestão de líquidos o que representa ainda um alto benefício, conhecido como é o poder alimentar da água símples ou da água açucarada.

Os gráficos de eliminação fisiológica da urina cos-

tumam indicar uma maior diurése diurna; a insolação inverte esta curva e os doentes urinam mais durante a noite.

¿ Como explicar o aumento da diurése?

Sentimo-nos um pouco em dificuldades para achar a causa dêste fenómeno, visto os tuberculosos serem em geral hipotensos e os hipotensos urinarem pouco.

¿ Por outro lado, o banho de Sol produz quási sempre abaixamento da tensão arterial; porque será então que esta diminuição de pressão vem acompanhada de poliuria?

¿ Não é verdade que os diuréticos são de ordinário medicamentos hipertensores?

Os raios caloríficos devem exercer sôbre os rins uma acção diurética especial

Talvez os raios caloríficos luminosos ou só os luminosos exerçam sôbre os rins qualquer acção diurética especial.

Êstes efeitos não devem estar sob a dependência dos raios caloríficos obscuros, porque MALGAT observou uma baixa considerável no volume de urinas quando os dentes eram mergulhados num banho turco.

Os raios químicos da luz não poderão actuar directamente, pois são absorvidos, e retidos pela pele.

¿ Haverá então qualquer outra influência ainda ignorada?

É possível, mas no estado actual dos nossos conhecimentos não é fácil arquitectar outras hipóteses.

Só a apresentada tem a seu favor a certeza que possuimos de haver permeabilidade dos tecidos vivos para aquela espécie de radiações, propriedade tantas vezes aproveitada para o fotodiagnóstico. Assim um feixe de luz incidente sôbre um hidrocelo transforma-se parte em calor, parte em energia química e uma terceira

parcela transpõe os tecidos e vem impressionar a nossa retina.

E, dissemos anteriormente, não resta dúvida que a luz perdeu parte da sua energia calorífica, luminosa e química, visto o feixe emergente se apresentar notavelmente desfalcado.

Sol e euforia

Sem luz não há vida; a obscuridão é causa das maiores perturbações funcionais dos órgãos da vida vegetativa e de relação.

É interessante o relatório do cirurgião *La Belgica*, que empreendeu uma viagem às regiões polares e no qual descreve os rebates que a noite dali exerceu sôbre o aparelho digestivo e circultório dos exploradores, perdidos por aquelas paragens. O coração diz, parecia ter perdido o seu sistema regulador; pulso pequeno e bradicardico, só saía dêste estado preguiçoso quando outros sinais mais alarmantes sacudiam o organismo.

Os fenómenos centrais sobrestavam a todos: um dos doentes chegou «aux confins de la folie, mais avec le retour du Soleil il guérit».

O estado geral, toda a gente tem experimentado, é profundamente influenciado pela luminosidade do dia: a luz forte traz o bom humor, o bem estar a alegria de viver; pelo contrário a obscuridade deprime, enfraquece a actividade psico-motora, predispõe ao «spleen», traz consigo a tristeza.

Já dizia Diogo Bernardes, estando cativo em África depois da batalha de Alcácer-Kibir:

> Triste me deixa o Sol em transmontando
> Triste me torna a ver quando amanhece

Porque a noite é a imagem do Não-Ser.

¿ Que diferença entre os Povos da nossa luz e os Povos das noites polares?

¿ Quem pode contestar que as radiações Solares não são os principais factores desta diferença?

Convem esclarecer que nem todos os raios possuem os mesmos predicados: parece que o verde e o azul teem efeitos calmantes e sedativos emquanto que os vermelhos causam grande excitação e conseqùentemente a fadiga (Malgat).

Um ambiente vermelho proporciona uma maior produção de trabalho; a casa Lumière de Lyon teve necessidade de substituir os vidros vermelhos das janelas das suas oficinas para combater a agitação permanente dos seus operários, que andavam constantemente em disputas e brigas: êste estado enervante desapareceu, a quebra do material começou a ser menor pelo uso dos vidros verdes.

Pon aconselha os banhos de luz vermelha na hipocondria, melancolia e a exposição à luz azul ou violete, dos agitados, maniacos e delirantes.

O Dr. Maritoux publicou na *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* uma série valiosa de artigos demonstrando com observações clínicas a acção sedativa de luz azul em numerosas doenças.

Minine de S. Petersburgo fez comunicações idênticas e hoje aquela côr entra com esta propriedade no uso corrente da fototerápia.

ACÇÃO LOCAL

Basta que o Sol lhe beije
As chagas que ela tem.

ANTERO DE QUENTAL.

MICROBICIDA.
ANALGESIANTE.
EXCITANTE DA CICATRIZAÇÃO.
RESOLUTIVA E ESCLEROGÉNEA.
ELIMINADORA.

ACÇÃO LOCAL

Basta que o Sol lhe beije
As chagas que ela tem.
ANTERO DE QUENTAL.

Propriedades analgésicas

A luz possue um poder anestésico extraordinário. O primeiro benefício que os doentes recebem no comêço do tratamento consiste precisamente no alívio enorme dos seus sofrimentos.

As dores abrandam e por vezes cessam; as contracturas musculares de defesa vão-se atenuando e decorrido pouco tempo, êstes períodos de acalmia deixam de ser contemporâneos do banho solar, para se tornarem definitivos e extensivos a todo o dia.

São estas as qualidades mais apreciadas pelos enfermos que rejubilam de alegria quando está prestes a chegar a hora da cura de Sol.

Raras vezes encontrámos relutância e antes os pobres doentes bemdizem semelhante terapêutica, que os arranca à tristeza sorna das enfermarias, os chama ao ar, à vida, ao movimento, que lhes levanta o espírito, fazendo esquecer o meio hospitalar em que jazem, e lhes dá a ilusão de que regressaram à

Liberta! molto e desiato bene

em que viviam.

Manhã de Sol, manhã de alegria para os doentes

Manhãs nevoentas ou de chuva despertam mau humor, arrelia de quem vê surgir uma causa de retardamento da cura ou de quem vê aproximar-se mais um dia de dôr.

Esta analgesia encontra-se em todas as lesões tuberculosas; periostites, osteites, artrites, adenites, etc.

Não é à imobilização relativa a que estão sujeitos alguns doentes que se deve atribuir semelhante virtude, mas sim à acção directa das radiações solares.

Ás suas propriedades microbicidas, oxidantes, reductoras, esclerogéneas, modificadoras do meio (Rollier) temos pois de juntar est'outra: analgesiante.

E tanto assim é que a simples aplicação de engessados nem sempre vem acompanhada de diminuição de sofrimento.

Os russos utilizam as propriedades analgesiantes da luz artificial

E afinal não é facto novo; Von Stein, de Moscow aproveita as propriedades analgésicas das lâmpadas de incandescência para o tratamento de certas nevralgias e afecções nervosas.

Os russos Ewald e Kozlowski observaram melhoras acentuadas e algumas vezes curas completas na aplicação da luz do arco voltaico em casos de nevralgia sciática, lumbago, tic doloroso da face e nevralgia facial.

¿As radiações actuam como correntes de alta freqùência?

Rollier explica esta acção da luz sustentando que os raios de grande comprimento de onda não encontrando vasos importantes no seu percurso podem atingir grandes profundidades, onde actuam à maneira das correntes de alta freqùência, elevando também a temperatura na intimidade dos tecidos.

É interessante e engenhosa a explicação; mas não assenta sôbre dados positivos ou de possível reconhecimento.

Para nós esta acção anestésica tem outra origem: supômo-la dependente da acção calmante que todos os revulsivos superficiais exercem sôbre os tecidos profundamente situados.

Não. A revulsão superficial acalma as dores profundas

A aplicação de calor, veículado por uma cataplasma ou sob a forma de ar quente, produzindo a vasodilatação e congestão das camadas suprajacentes combate os fenómenos dolorosos, localizados a regiões profundas.

E qualquer dêstes efeitos pertence bem às radiações solares e é bem do nosso conhecimento.

Mas... *est modus in rebus;* a aplicação dos banhos de Sol precisa ser convenientemente regulada e doseada, como sucede com qualquer medicamento.

O banho solar de duração exagerada pode provocar crises dolorosas violentas; a acção anestésica não é, pois, proporcional ao tempo durante o qual o Sol actua.

A acção anestésica não é proporcional à duração do banho do Sol

E é indispensável disto ter conhecimento, porque de ordinário há tendência para o abuso, prolongando inconvenientemente as sessões de cura na ância de que o restabelecimento se faça mais depressa.

A não observância dos preceitos da helioterápia compromete os resultados a obter.

A esta conclusão fomos levados pelo exame de muitos doentes, cujos padecimentos se agravavam e cujas dores se exaltavam imenso porque, contra ordem, se expunham durante tempo demasiado à incidência das radiações solares.

Uma dose exagerada desta aplicação terapêutica produz efeitos nocivos

Estas, complexas, formadas de diferentes modalidades de energia, não são, como qualquer fórmula farmacêutica não é, inofensivas e de uso indiferente.

Não nos cançamos de o repetir, porque uma má

técnica no uso da helioterápia não dá ao doente as melhoras que pode, mas o que é peior ainda, prejudica-o considerávelmente.

Propriedades congestivas

Localmente a acção do Sol manifesta-se tambêm por uma congestão, irrigação sanguinea e actividade circulatória maiores.

Esta congestão é constante e salutar.

Produz em tôrno da séde da lesão um movimento fagocitário intensivo, que METCHNIKOFF abençoa e que constitue por assim dizer a base do método de BIER, tão útil em certas aplicações.

Fizemos inúmeras vezes a medição da circunferência das articulações do cotovelo, joelho e pulso, sédes de artrites e notamos quási sempre ao fim do banho de Sol um *gonflement,* um aumento de volume, que correspondia ao aumento pelo menos de um centímetro no perímetro das regiões lesadas.

Propriedades eliminadoras

Em alguns casos, poucos, o contrário foi observado; havia nêsses insolados retenção de produtos; infiltração ou edemas que o Sol «espremia» desfazendo tais acumulações, causas de intoxicação permanente do organismo doente.

Êstes efeitos são tão fácilmente apreciáveis que, se num doente com trajectos múltiplos, irregulares, com descolamentos e supuração fizermos uma lavagem com soluto antiséptico e se nêles se proceder a uma cuidada desinfecção e esvasiamento, a exposição ao Sol durante menos de 1/4 de hora bastará para fazer brotar nos orifícios exteriores das fístulas uma exsudação mais ou menos abundante e mais ou menos purulenta.

Quer dizer, o Sol consegue expurgar do organismo o que a expressão não consegue.

A experiência ensina que a insolação por períodos intermitentes exerce uma acção muito mais enérgica e de muito maior utilidade que a exposição solar contínua, embora seja da mesma duração.

Vantagem na repetição das sessões diárias

Há pois *in situ* um trabalho cicatricial, um trabalho fagocitário e um trabalho microbicida.

Propriedades fagocitárias e microbicidas

E para êstes efeitos eu admito a colaboração das radiações actínicas e das radiações caloríficas; nem umas nem outras sómente são capazes de os produzir, embora Revillet e Moimond de Laroquette suponham que os raios vermelhos e infra-vermelhos bastam por si,

Na região doente há uma vida mais intensa, um «acroissement des échanges» que se manifesta até por hipertermia local, como se vê no quadro (fig. 12) extraído das publicações do Dr. Rollier.

Excitantes da nutrição e vitalidade dos tecidos

A luz solar actua sôbre o sangue que ali aflue em maior abundância, aumentando o número de glóbulos vermelhos, dando-lhes um maior valor, como agentes de nutrição e favorecendo a redução da oxiemoglobina.

Em conseqüência de tudo isto, a pele adquire uma coloração mais forte e uma maior pigmentação.

O contraste é manifesto e resalta à evidência em várias fotografias, adiante publicadas.

Em quási todos os doentes a insolação foi total e por conseqüência as partes simétricas do organismo estiveram sempre nas mesmas condições; no entanto a quantidade de pigmento é duma desigualdade enorme; mais abundante em tôrno das lesões do que nas outras partes.

É sabido que a hiperemia activa ou passiva produz uma proliferação mais intensiva dos revestimentos epiteliais.

Precisamente por isso, os pêlos e as unhas crescem mais no verão do que no inverno, porque a circulação cutánea é naquele período mais enérgica.

As úlceras crónicas e as lesões tuberculosas, que se fazem acompanhar sempre ou quási sempre de estados hiperémicos, apresentam uma hipertrofia notável do sistema piloso e bem assim da epiderme.

Segundo alguns autores, o tecido muscular é susceptível tambêm de se hipertrofiar, mas o que de ordinário se observa é o seguinte: os músculos atrofiados e emagrecidos, verdadeiramente estiolados, em pouco tempo adquirem o estado normal.

Por outro lado não merece hoje duvida de que a observação de STANLEY corresponde a uma realidade: até os ossos são susceptíveis de crescerem em comprimento e em espessura à custa sómente da estase sanguínea.

O Sol e a circulação local

As perturbações da circulação local encerram parte do segredo da acção da luz

As perturbações da circulação encerram em si o segredo da acção local da luz; forma-se um certo gráu de hiperemia que retarda os fenómenos de reabsorpção.

Sem desejar desenvolver e documentar largamente êste assunto, invocamos apenas os trabalhos de KLAPP, demonstrativos daquele princípio.

A hiperemia retem as toxinas

Vamos vêr a importância das conclusões que dêle resultam: em primeiro lugar a hiperemia retem as toxinas, elaboradas junto das lesões como se ficassem guardadas no laboratório em que se produziram, pondo dêste modo ao abrigo da sua acção nociva os tecidos e orgãos mais nobres e delicados, como o sistema nervoso central.

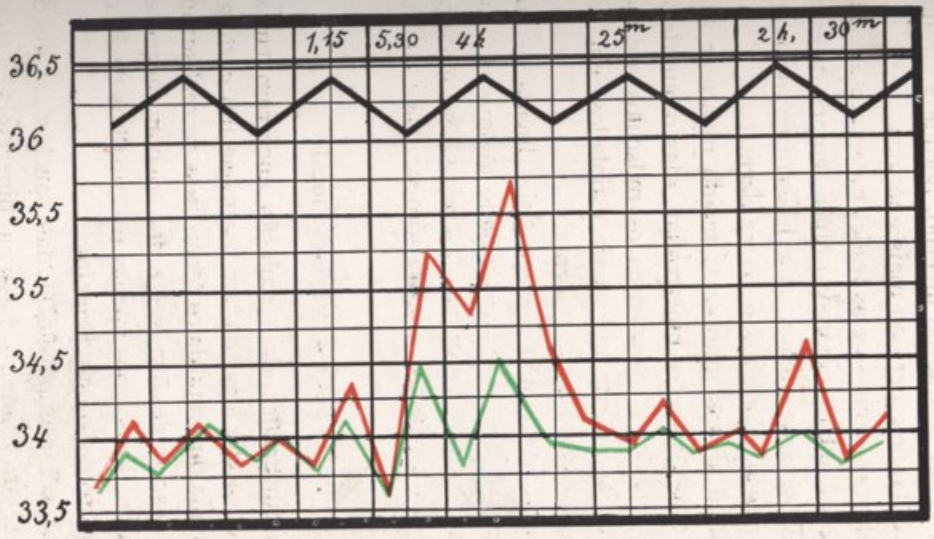


Fig. 12 — Influência do Sol sôbre a temperatura num caso de artrite do joelho.

Preto — temperatura rectal.
Verde — temperatura do joelho são.
Vermelho — temperatura do joelho doente.

Isto que é um bem, poderá teóricamente ser acoimado do seguinte: como a hiperemia é passageira e corresponde apenas à acção solar, os produtos tóxicos retidos, guardados nas lesões, entraram brusca e rápidamente na circulação geral após a sessão de cura e conhecida é a gravidade da entrada em massa no sangue duma percentagem grande de toxinas.

Convêm primeiramente informar que a acção retencionista da hiperemia não é absoluta; os produtos microbianos vão entrando sempre, mas pouco a pouco, na corrente circulatória, de modo que o organismo sem dificuldade se vai desembaraçando dêles.

Não há ainda o perigo citado, porque os tecidos vivos possuem o grande predicado de irem tornando inofensivas as substâncias perigosas para a sua vitalidade.

O organismo vai neutralizando os venenos

As investigações de MELTZER, LANGMANN, KOLHARDT e KLENIE provam com clareza que o organismo sabe defender-se, neutralizando por um mecanismo desconhecido os venenos que nêle penetram; a injecção de doses tóxicas mortais em regiões fortemente hiperemiadas são quási inofensivas.

A todas as outras causas de reviviscência dos nossos doentes junta-se mais esta: os diferentes aparelhos não estão intoxicados e o seu funcionamento não é perturbado pelos produtos microbianos, que tanto rebate costumam dar sôbre a economia.

Daí a harmonia das diversas funções e a sua resultante: uma melhoria grande do estado geral.

Propriedades resolutivas e esclerogéneas

O Sol tem ainda uma acção *resolutiva* e *esclerogénea*.

¿Onde está o médico que não tem visto doentes

Os doentes de ontem

com lesões de tuberculose cirúrgica, sofrendo há muitos anos, com úlceras e trajectos fistulosos vários, de bordos violáceos finos e descolados, sem tendência para a cicatrização e exsudando constantemente um líquido seropurulento?

¿ Quem não conhece êstes doentes tratando durante um, dois anos e mais com todos os cuidados as suas lesões, rebeldes apesar disso, a todas as terapêuticas; quem não sabe que êles, víctimas de «poussés» agudas de quando em quando, se chegam a cançar da sua doença, deixam de viver para ela e lançam-se na vida?

Consultem-se as estatísticas hospitalares, tome-se nota do número de vezes que cada um dêstes enfermos dá entrada nos serviços e reconhecer-se há a rebeldia destas lesões para a cura e a pouca eficácia dos tratamentos até hoje empregados.

Os hospitais encontram-se sobrecarregados durante anos com os mesmos doentes; as enfermarias acham-se abarrotadas, e êles jazem nos seus leitos, como inúteis para a Sociedade; e entretanto — quantas vezes!... esta marcha arrastada dá azo a que apareçam complicações, muitas delas fatais.

Os doentes de hoje

Vejamos agora o que tem acontecido nestes últimos tempos: Os doentes entram quási sempre com lesões fistuladas, eliminando pús em abundância e com associações microbianas, portadores dum mau estado geral, e a uma magreza esquelética associam a maior falta de limpeza; localmente nota-se uma atonia considerável; os tecidos sem vitalidade não reagem.

Expõem-se ao Sol, diminue a quantidade de pús, desaparece a atonia, surgem gomos carnudos rubros, os bordos das lesões perdem os seus predicados cara-

cterísticos, o tecido fungoso é eliminado, o empastamento retrocede e o trabalho de cicatrização avança rápidamente.

Fenómenos de auto-digestão ou melhor de autolise purificam as lesões, destituindo-as de tudo quanto havia de estranho e de mórbido e a cura não se faz esperar.

O Sol realiza em minutos o que as outras terapêuticas não conseguem em meses

O Sol faz em minutos o que a terapêutica corrente com pensos ocluzivos não realisa em meses.

Quem não tiver recorrido a êste privilegiado meio de cura poderá supôr exageradas as nossas afirmações, mas essa suposição desaparece com uma experiência bem simples: exponha-se ao Sol uma úlcera tórpida, seja qual fôr o seu estado e natureza, infectada, tuberculosa, cancerosa, varicosa, sifilítica, eczematosa e o reconhecimento da verdade daquelas palavras é imediato.

Que o Sol tivesse sómente esta acção e nós seriamos obrigados a coloca-lo entre os meios mais úteis da terapêutica cirúrgica.

O Sol tem mais e maiores propriedades ainda

Mas, não; os seus benefícios são muitíssimo maiores e tão notáveis que não há outros que se assemelhem.

Tivemos alguns casos de artrites tuberculosas, que curaram sem perturbações funcionais da articulação!

Cura artrites sem anquilose

Houve casos de tumor branco do joelho, já antigo, com a perna em flexão sôbre a coxa de 90°, que a helioterápia, associada à extensão contínua colocaram em extensão perfeita, permitindo a marcha, sendo possível já movimentos de flexão que dia a dia se vão acentuando!

Houve doentes com coxalgias no 3.º período, com atrofia, posição viciosa e encurtamento, que o Sol

curou, levando o membro à posição normal e reparando a miséria muscular!

A helioterápia em Coimbra dá os resultados brilhantes que Rollier consegue em Leysin, onde há magníficas instalações, perfeitas e completas, construídas de propósito para a aplicação desta terapêutica.

A acção resolutiva dos raios solares nas articulações anquilosadas deve depender, já de fenómenos de autolise das poliferações patológicas e das aderências neoformadas, já da alteração de consistência das aderências antigas, fibrosas, já mesmo da diminuição da dôr, em virtude das propriedades analgésicas da luz.

São as teorias de Landois, aperfeiçoadas por Leber e generalizadas por Buchner que triunfam: todas as células do organismo dão lugar a produtos de desassimilação despejados no sangue, dotados de propriedades digestivas e dissolventes (enzimas).

O sôro sanguíneo, senhor dêstes predicados, dissolve tudo que é estranho ao organismo: corpos estranhos, coágulos sanguíneos, partículas de tecido mortificado, bactérias.

Franzoni mostra que o Sol produzindo a vasodilatação local, aumenta a actividade fagocitária, que ocasiona a reabsorpção dos derrames e impede a transformação fibrosa das fungosidades.

A insolação dêste modo por intermédio das suas propriedades oxidantes e resolutivas delimita os processos inflamatórios, provocados pelas toxinas e pelas propriedades microbicidas procura esterilizar o organismo e o meio.

Heniake sugeriu-nos esta explicação, que não vemos em parte alguma, pelas considerações que faz quando

pretende explicar a acção dos raios X sôbre os organismos animais.

O Sol, grande ventosa de Bier

Jaubert quando descreve todos os benefícios que o Sol lhe tem concedido na «Côte d'Azur» assemelha a sua acção à duma grande ventosa de Bier, produzindo hiperemia activa e não passiva e por conseqüência de maior actividade.

Algumas vezes a marcha que um processo tuberculoso seguia para a cura, era entrecortada pelo aparecimento dum novo foco, que à primeira vista poderá representar uma complicação e uma causa de atrazo.

Semelhantes colecções purulentas apresentam-se com pequenas dimensões, formam-se e desenvolvem-se sem dôr, não fazem febre e o estado geral não sofre rebate.

Se houve a imprudência de permitir que a abertura se fizesse espontâneamente, os caracteres da nova ulceração nada teem de comum com as lesões tuberculosas e a cicatrização definitiva e completa dá-se em poucos dias.

A cicatrização pelo Sol é definitiva

Quer dizer, o organismo sentiu necessidade de se defender daqueles produtos expulsando-os da sua intimidade, apesar de serem por assim dizer, inofensivos.

O trabalho de saneamento fez-se em toda a espessura do organismo e quando se obtem uma cicatrização completa da lesão tuberculosa à custa do Sol é definitiva e não volta a ver-se uma ulceração no tecido cicatricial.

Isto não acontece com os outros meios de tratamento.

¿ Quantas vezes chegamos nós, noutros tempos, a anunciar aos doentes o dia em que podiam ter alta

porque das suas lesões extensas só restava uma pequena crosta que a aplicação de vaselina esterilizada parecia eliminar em poucos dias e quantas vezes por debaixo dela surgia um botão carnudo em «cul de poule» documentando a existência de lesões importantes, situadas profundamente e quási sempre até a existência de sequestros?

O SOL CONSEGUE A REABSORPÇAO DOS ABCESSOS FRIOS

Sem punção, nem incisão a colecção purulenta por vezes volumosa, das dimensões dum ôvo de avestruz desaparece sómente sob a influência das radiações solares.

Se êstes abcessos já hoje se não incisam, em breve deixarão de se puncionar.

Todos os cirurgiões devem ter presente como um dogma êste princípio de CALOT: *ouvrir les abcés symptomatiques on les laisser s'ouvrir, c'est ouvrir une porte par laquelle la morte entrera trop souvent.*

O Sol reabsorve os abcessos, modifica e cura as lesões ósseas

Pelo contrário a helioterápia é sobretudo conservadora e dispensando em geral qualquer intervenção cirúrgica, vai actuar sôbre a lesão óssea, modificá-la e curá-la.

Em poucos meses registamos a reabsorpção espontânea de 5 abcessos, sem que dêles tivesse ficado o mais leve vestígio.

Evidentemente que esta abstenção operatória exige o respeito das regras da helioterapêutica, porque também BONNET não operava e no emtanto muitos dos seus doentes morriam; morriam de anemia, de tuberculose pulmonar e de meningite pelo facto de permanecerem no leito.

¿O abcesso está prestes a abrir?

De ordinário os doentes procuram os serviços hospitalares quando as colecções purulentas estão prestes a abrir espontâneamente: a pele apresenta-se lisa, adelgaçada, corroída na sua espessura e sob grande tensão.

O estado local é de molde a não ser possível contemporizar ou esperar; outras vezes falta o Sol.

Punção seguida de insolação

Urge, nêsses casos não incisar, mas fazer uma punção simples, evacuadora, mesmo sem aspiração para diminuir a tensão e poupar a vitalidade da pele já abalada.

Inicia-se apesar disso a exposição ao ar ou ao Sol e por vezes a cura consegue-se sem qualquer outra intervenção; nem sempre assim acontece e torna-se necessário, decorridos 15 ou 20 dias, proceder a nova punção.

Com esta técnica temos obtido os mais deslumbrantes resultados.

¿Há já um pequeno orifício?

Há casos em que a pele se ulcera, porque os doentes dão entrada já com um finissimo «pertuis» através do qual o pús já vem rompendo. Ainda é útil então a helioterápia e ainda são úteis as punções. Não é permitido ainda alargar aquele orifício; o esvasiamento à custa de trocate evita que aumente de grandeza, a acção intensiva do Sol evita a produção de pús e a cura não se faz esperar, dando lugar a uma pequena e reduzida cicatriz.

Punção ainda e banhos de Sol

Finalmente conhecemos uma doente, portadora dum abcesso crónico que foi incisado longitudinalmente e que continha mais de 200 cent. cúbicos de pús.

Procedeu-se em seguida à sutura, fez-se a cura de Sol e a união está prestes a dar-se por primeira inten-

ção, restando apenas uma pequena ulceração no extremo da linha da cicatriz, que em breve ficará curada.

Quem conhece a gravidade das associações bacterianas na tuberculose e o perigo que representa a infecção do abcesso sintomático duma lesão a distância prestará às radiações solares a homenagem a que teem direito.

A helioterápia é superior a todos os outros processos de tratamento

A helioterápia até no tratamento destas lesões suplanta todos os métodos de injecções modificadoras e isto é de tanto maior valor quanto é certo que a única virtude daquele processo terapêutico está precisamente em não abrir uma tuberculose fechada.

¿ Havia no emtanto sempre necessidade de puncionar freqùentemente os abcessos e quantas vezes, apesar de todas precauções de asepsia, sobretudo na medicina rural, se davam infecções de causa desapercebida e que transformavam um abcesso frio num abcesso quente?

E assim todo o trabalho, por vezes já longo, se perdia e aparecia indicada, dizia-se, a necessidade duma incisão ampla.

Trocate médio, tunelização, desinfecção com alcool

Empregamos trocates de calibre médio, embora isso não seja indispensável; a punção faz-se introduzindo-o por debaixo dos tecidos sadios, de maneira a fazer a *tunelização;* dêste modo fácil é desfazer a continuidade dos orifícios através das diferentes camadas atravessadas, de modo a evitar que continue escorrendo até ao exterior o conteúdo do abcesso, o que seria uma causa de contaminação de todo o trajecto e conseqùentemente de formação dum novo foco.

Utilizamos de preferência a desinfecção «in loco» sómente com alcool a 90°; a tintura de iodo pode ser irritante e ulcerar a pele que já por si está em más

condições de defesa; abrir-se hia dêste modo uma porta de entrada para os gérmes que tinham apenas uma delgada espessura a vencer até penetrarem no abcesso ossifluente.

Punção sem aspiração

Se o esvasiamento fôr feito à custa dum aspirador, não deve haver a preocupação de enxugar completamente o interior da cavidade, porque a aspiração exagerada produz extravasamento de sangue, formação de coagulos, que ficam retidos sem fácil eliminação e que por outro lado exercem uma acção irritante sôbre a membrana tuberculogénea do abcesso; nêsses casos a acção do Sol será devéras prejudicada, já pela maneira como o Sol se comporta em presença do sangue, já mesmo pelo aumento de actividade do abcesso na elaboração de pús.

Um pequeno penso com gaze esterilizada, que proteja durante horas sómente o orifício da punção, é bastante.

Trajectos fistulosos

Irrigação

Nos trajectos fistulosos múltiplos, extensos, de topografia complexa e com supuração muito abundante é nosso costume irrigá-los com água fervida, sôro fisiológico ou um soluto fraco de borato de sódio para mecânicamente ser arrastado para o exterior tudo o que houver de patológico e mobilizável.

Pretendemos apenas com esta prática aliviar o organismo daquela tarefa que êle é capaz de desempenhar, mas que nós, sem prejuizo para o doente, podemos executar encurtando desta maneira o tratamento.

Acção eliminadora do Sol

Feita em seguida a exposição ao Sol, o trajecto começa a eliminar pouco tempo depois um líquido seropurulento que escorre e que é recebido sôbre o algodão, em cima do qual descança a região lesada; se o exsu-

dato é em diminuta quantidade, seca em tôrno e sôbre os bordos da ulceração, que então costuma apresentar-se coberta com uma crosta.

Para evitar a formação de granulações subjacentes, torpidas e o reaparecimento das fungosidades, é nosso hábito eliminá-la todos os dias para que a cicatrização se faça regular e metodicamente e debaixo para cima; em breve uma orla acizentada se dirigirá dos bordos para o centro, produzindo a cicatriz pela formação de fibro-esclerose.

Não receiamos, como se vê, as infecções pelas poeiras ou pelo ambiente. Não há infecções secundárias

A acção esterilizante do Sol delas nos traz precavido.

Rolier com o aplauso de Menan tem aconselhado o uso de pequenas peças, protectoras dos orifícios dos trajectos e constituidas por rêde de malhas estreitas.

A tuberculose ganglionar é uma das formas mais rebeldes a todos os meios da terapêutica. Adenites

Não nos referimos já aos tratamentos clássicos e incompreensíveis de aplicações locais de pomadas, as mais variadas e exquisitas ou de emplastros de composição extranha. Terapêutica absurda

Desde que se soube que a escrofula não representa uma doença primitiva, essencial, mas que representa antes um processo de reacção e de defesa contra os germens, que entram no organismo, viu-se a necessidade de voltar a atenção para o regime alimentar adoptando a super-alimentação e dando ao organismo todas as condições necessárias para uma grande corpulência e forte robustez.

Ora, um tratamento para que seja útil precisa de

Terapêutica racional e patogénica

ser racional e patogénico; assim, sabendo nós que as adenites mais freqùentes são as do pescoço e que são produzidas por infecções acarretadas pela rêde linfática aferente, que aos gânglios chega das cavidades da face, é racional investigar sempre se nelas existe qualquer causa que justifique ou alimente tal infecção.

Por isso recomendamos e fazemos constantemente um exame minucioso e um tratamento cuidado das lesões dentárias, das amigdalas hipertrofiadas, das vegetações adenoides ou de quaisquer outros estados mórbidos.

Acção geral do Sol

Prestados êstes cuidados, ao Sol confiamos o resto: temos a certeza que estimulará o apetite e a nutrição tornar-se há florescente; multiplicará o número de glóbulos rubros, a sua riqueza em hemoglobina e as mucosas em breve ficarão coradas; actuará sôbre o espírito dos doentes e virá a alegria, o bom humor, grandes auxiliares da cura.

O estado geral melhorará e com êle aumentará a resistência do organismo.

Êste modificar-se há portanto, de maneira a tornar-se impróprio para a cultura do bacilo de Kock.

Acção local sôbre as adenites

In situ o Sol tem efeitos enérgicos e decisivos também, ou se dá a reabsorpção e o desaparecimento expontâneo das adenites ou amolecem, entram em fusão que duas ou três punções esvasiarão, permitindo dêste modo a cura em curto prazo.

Os doentes de ordinário só chegam ao hospital depois de terem ensaiado todos os remédios que um vizinho ou o curandeiro lhes ensinou, já por conseqùência com os gânglios em perfeito estado de amolecimento e com sinais de que a pele lisa, distendida e cianozada compartilha também do mal.

Torna-se então urgente fazer o esvasiamento imediato do conteúdo e, sem injectar qualquer substância modificadora ou antiseptica, submetemos a região aos banhos de Sol segundo a técnica indicada, até se atingir a insolação de 3 a 5 horas.

Se a adaptação se não faz segundo as regras convenientes, indicadas na técnica do banho de Sol, o doente resente-se e dá alarme da aplicação de Sol sôbre a cabeça.

Do mesmo modo que a escrofulose é uma doença geral tambêm a insolação deve e tem de ser geral.

De resto os cuidados usados no esvasiamento das adenites, são os cuidados que empregamos no esvasiamento dos abcessos.

Temos presenciado esta acção resolutiva do Sol vezes sem conto, sobretudo nos casos de micropoliadenia, até mesmo quando existem fístulas e lesões sem vitalidade.

Cicatrização dos trajectos das adenites ulceradas

Os trajectos fistulosos com rapidez que assombra transformam-se, estreitam-se, encurtam-se e dão origem a fenómenos de esclerose.

Se há úlceras e trajectos em ligação com a pleiade ganglionar, comprometida tambêm e ao mesmo tempo fenómenos de periadenite, pode dar-se a resolução dêstes últimos, a libertação dos gânglios e a sua eliminação precisamente como se se tratasse dum sequestro ou de qualquer outro corpo estranho.

Temos tido vários casos em que são expulsos através dos trajectos fragmentos volumosos de gânglios que aparecem na gaze do penso aplicado durante a noite.

Depois do banho solar todas as fistulas eliminam

em abundância e sem dôr tecidos de esfacelo, tecido linfoide, pús e massas fungosas.

Desenvolvem-se em seguida gomos carnudos, vermelhos, sangrando facilmente e a cura dá-se pouco tempo depois.

Êste método de tratamento é o método de eleição para as adenites tuberculosas: se não estão ulceradas, não chegarão mesmo a ulcerar-se e o seu desaparecimento completo ou quási completo terá lugar; se estão já ulceradas e com infecção secundária, ainda beneficiarão da cura do Sol porque a cicatriz será muito reduzida, *souple,* elástica, da côr da pele, sem tendência à formação de cheloide, nem tão pouco à retracção dos tecidos vizinhos, como é freqùente vêr-se.

Cicatríz «souple», elástica de côr da pele

Em alguns dos nossos doentes com polimacroadenopatias ficaram por fim nodulos das dimensões de grãos de milho, duros, móveis, que não causam perturbações de qualquer espécie e que não teem sido séde de «poussés» agudas.

É pois uma cura por esclerose.

E dêste modo temos conseguido a cura de adenites tuberculosas antigas, volumosas, com invasão da ganga peri-ganglionar e sem a colaboração do bisturi, nem de material para punção.

A adenopatia traqueo-bronquica cura rapidamente pelo Sol

Nas crianças, que a escrofulose escolhe, não é raro associar-se àquelas lesões a adenopatia traqueo-brônquica.

A êstes doentes é igualmente útil a insolação e antes mesmo de se conseguir a cura das outras localizações da doença, já aquela tuberculose ganglionar tem retrocedido e curado mesmo.

Os efeitos são tão convincentes que hoje se associa

sempre à cura marítima, a única até há pouco usada, a cura pelo Sol; isto é, faz-se o tratamento helio-marítimo.

As estatísticas são esplendidas a ponto que D'ESPINE considera-o um remédio heróico contra a tuberculização ganglionar traqueo-brônquica.

Em 119 casos, aquele professor apresentou 55 casos curados (46,2 %), 54 melhorados (45,3 %), 5 casos estacionários e 5 casos de morte por doenças intercorrentes.

REVILLET, que empregou esta terapêutica durante 8 meses no ano e não apenas 4 como D'ESPINE, obteve ainda melhores resultados; de 56 doentes, 36 isto é, 58 %, curaram; 17 (36,3 %) melhoraram e 3 ficaram no mesmo estado (5,7 %).

Não é indispensável o clima marítimo

¿Será indispensável o clima marítimo?

Não; os primeiros resultados até fôram registados por ROLLIER numa altitude superior a mil metros.

É sobretudo ao Sol que devemos atribuir os resultados consoladores, que aqueles números traduzem e tanto assim que nestes hospitais e num lugar situado num dos contrafortes da Serra da Louzã temos obtido os mesmos efeitos.

De modo algum queremos contestar o valor que as condições climatéricas da beira-mar poderão exercer neste trabalho de cura, tanto mais que os nossos doentes (3), que teem esperimentado o tratamento helio-marítimo, estão curados.

O SOL ELIMINA SEQUESTROS

Finalmente o Sol elimina sequestros.

O Sol apressa o isolamento dos sequestros e provoca a sua imediata eliminação

Não se limita a actuar sôbre o organismo tonificando-o e dando-lhe fôrças para que a doença se não agrave ou para que a doença seja vencida pela resistência e vitalidade dos diversos órgãos e aparelhos; faz alguma coisa mais: actua directamente sôbre as lesões, substituindo o cirurgião e desempenhando o seu papel.

A formação e o isolamento dum sequestro exigem um certo tempo que é extremamente reduzido quando o doente é banhado pela luz.

As nossas histórias e gravuras mostram casos vários de eliminação espontânea de sequestros em curto prazo, facilitando uma cura rápida e por vezes imediata.

Não concordamos no emtanto com o procedimento de Rolier quando afirma: «nous n'intervenons en aucune manière dans l'élimination des sequestres».

Tivemos muitas vezes de intervir porque os sequestros eram de grandeza tal e os trajectos fistulosos tão estreitos que não era possível, fosse qual fosse a duração do tratamento, conseguir a sua saída.

Os sequestros volumosos devem ser extraídos como os corpos estranhos

A fotografia do doente Júlio mostra o desbridamento enorme — e no emtanto o menor possível — que foi preciso fazer para que o volumoso sequestro que a gravura representa, pudesse vir até ao exterior.

Sempre que a nossa observação revela a existência

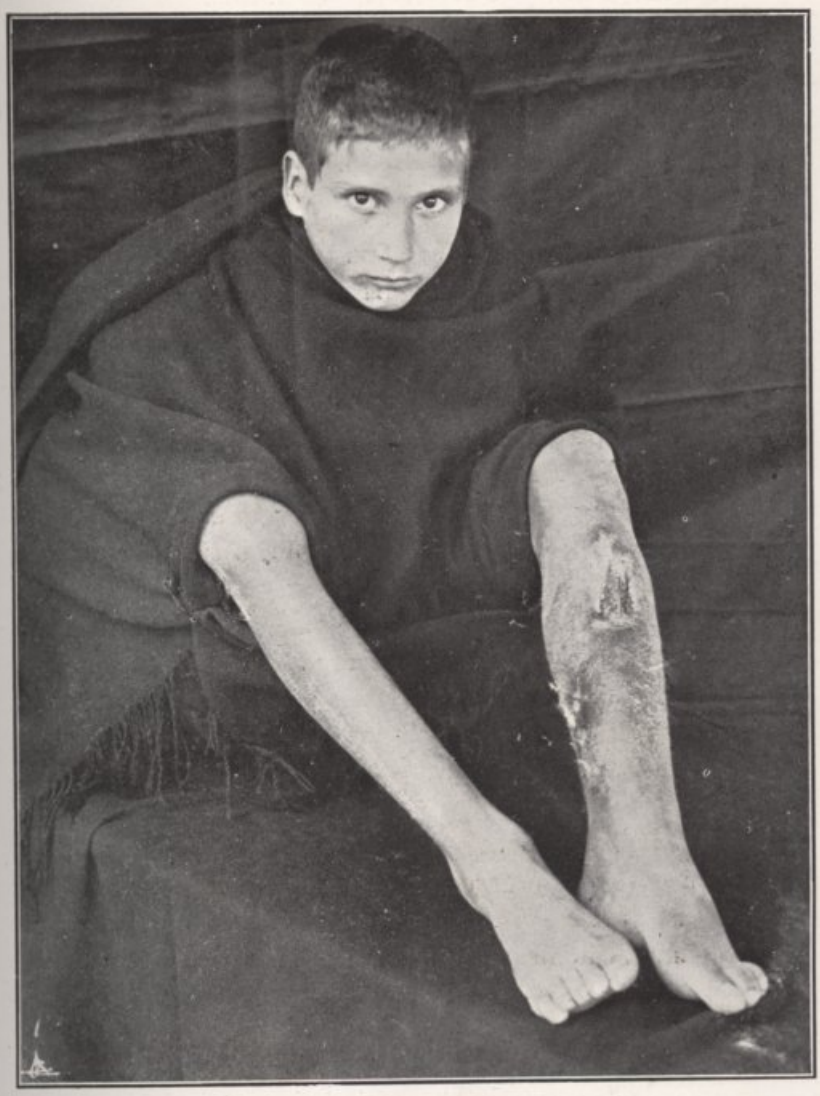


Fig. 13 — O Sol elimina sequestros

dum sequestro, móvel, perfeitamente isolado e de gran des dimensões, entendemos que o doente lucra com uma simples incisão, que abra a porta de saída áquele corpo estranho.

Muitas e muitas vezes basta até a anestesia local ou regional para se conseguir semelhante *desideratum*.

Basta quási sempre a anestesia regional

Não nos convence o argumento de que a nossa intervenção pode eliminar tecidos sãos e deixar os doentes; nesta espécie de operações nunca empregamos «rugine», nunca empregamos qualquer instrumento de exerése de ossos.

Desconhecemos para aquele fim êsse instrumental cirúrgico.

Nada de instrumentos de exerése óssea

Um bisturi, meia dúzia de pinças-Kocher e uma cureta de tecidos moles nos bastam.

A eliminação espontânea de sequestros tem lugar quási sempre no verão, tal é influência da luz.

Os sequestros eliminam-se sobretudo no verão

Franzoni havia já reconhecido êsse facto e conta a propósito uma observação interessante: «nous avons observé une fois qu'à la suite d'une longue serie de mauvais temps, une séquestre en pleine période d'expulsion cessa de progresser et s'enfonça de nouveau dans les tissus».

Eliminados os sequestros, a reparação dos tecidos e a cicatrização completa dá-se em pouco tempo.

Nas nossas histórias há casos em que os sequestros foram expulsos sómente à custa das radiações solares, há outros em que a nossa intervenção teve lugar sómente quando o sequestro, de grandeza considerável, aflorou ao orifício externo do trajecto fistuloso, causando sofrimento atroz no seu esfôrço de eliminação.

Findo êste acto, umas vezes formava-se a cicatriz

em poucos dias, outras vezes o trabalho cicatricial prolongava-se mais arrastadamente, havendo entretanto a expulsão expontânea de vários outros sequestros de diminutas dimensões.

Êste facto resulta de procurarmos sómente extrair o sequestro que se encontra prestes a sair, e de não pesquizarmos, lacerando tecidos sãos, quaisquer outros fragmentos isolados já ou prestes a libertarem-se do organismo.

Não deve haver a preocupação de extirpar todo o tecido mórbido

Tuto, cito, jucunde, eis o lema, que serve de guia nas operações; mas no caso das lesões osteoarticulares não se pode ter a preocupação de eliminar tudo o que houver de mórbido; nós não sabemos mesmo até onde se deve ir com o fim de satisfazer aquela preocupação.

Por isso somos abstencionistas, chamando assim não aos que se absteem completamente de qualquer acto operatório, mas aos que fazem as intervenções o mais restrictas e delimitadas possível.

O facto de se operar sôbre tecidos tuberculosos é mau; e quantas vezes, o que é peor, após uma intervenção daquelas demorada e extensa se constata o agravamento e até mesmo o aparecimento de lesões específicas noutros pontos, situados profundamente?

São do nosso conhecimento dois casos a cuja evolução assistimos e que terminaram pela morte.

O mal é geral; um tratamento local é impotente

¿Não são porventura as lesões de tuberculose externa manifestações locais, concomitantes ou sucessivas da invasão do organismo pelo bacilo de Kock ou pelas suas tóxinas?

¿Que vantagem haverá pois, em tentar extirpar todo o tecido mórbido sem exercer uma acção salutar e enérgica sôbre todo o organismo?

A uma doença geral opõe-se um tratamento geral; só assim os resultados poderão ser duradoiros.

Por outro lado os focos de tuberculose nestes doentes costumam ser tantos e tais que é impossível extirpá-los todos; não há bisturi que vá por êste motivo pesquizar os gânglios profundamente situados, quer êles formem a adenopatia traqueo-brônquica, quer constituam massas ganglionares, que a observação clínica mostra e a autópsia revela freqùentemente na cavidade abdominal, complicando as lesões ósseas.

As osteítes complicam-se de adenites a distância

Sabe-se por exemplo que nas crianças êstes focos teem uma evolução muito lenta, conservando-se por vezes estacionários reacendendo-se quando terminam bruscamente as lesões externas.

A intervenção cirúrgica nestes casos serviria em conclusão, para prolongar a duração da doença.

Finalmente a cura operatória traz sempre consigo cicatrizes mais ou menos extensas e inestéticas, deformações mais ou menos acentuadas, aleijões, enfraquecimentos funcionais articulares, etc.

A cicatriz operatória é inestética

Além disso, exige cuidados especiais, principalmente nas crianças, visto que a falta de respeito pelos órgãos de crescimento e a sua mutilação podem originar deformidades tais que sejam bem peores que a doença.

Num dos casos de tumor branco do joelho, que adiante relatamos, observa-se precisamente êste facto; a doente operada de osteíte da perna e pé aos 12 anos, apresenta hoje o membro inferior dêste lado, à excepção da côxa, com as dimensões que tinha no momento do acto operatório e no emtanto são já decorridos 12 anos.

Cuidado com os órgãos de crescimento nas intervenções cirúrgicas

Um outro problema se nos apresenta ainda.

O Sol cura mais depressa

¿Poderão o bisturi, a goiva e o cinzel curar mais rapidamente as lesões tuberculosas do que a simples insolação?

Não temos visto isso; antes pelo contrário; fazendo a extracção dos sequestros, precisamente como se se tratasse dum corpo extranho, não aproximando os tecidos moles para que o trabalho de cicatrização avance progressivamente de baixo para cima, de modo a não permitir a formação de trajectos fistulosos, temos obtido curas mais rapidas e definitivas, como não era uso em tempos passados.

A cura pelo Sol é definitiva

Conservadores; guerra à resecomania

Estamos pois, numa franca hostilidade à orientação, que durante muito tempo prevaleceu na Sciência, capitaneada por cirurgiões alemães e a que podemos chamar de *resecomania aguda*.

Conhecida a natureza infecciosa e altamente infetante dos productos tuberculosos, aproximavam-se as osteítes dos tumores malignos e usavam-se técnicas idênticas; resecções largas extra-articulares, que não respeitavam periosteo, ligamentos, nem tendões, nem tão pouco as cartilagens de conjugação.

E tomaram parte nestes verdadeiros atentados notabilidades do mundo cirúrgico, tais como: Bradley, Bardenhauer, Schmidt, Cazin, Steiner e tantos outros.

Os desgraçados doentes podiam com efeito, curar das suas lesões *in situ*, mas em compensação os membros ficavam anquilosados, curtos, com impotência funcional completa e aleijões de ordem vária.

Orientação conservadora capitaneada por Ollier

Foi perante êste sudário, que se ergueu a escola de Ollier, pugnando pelas resecções metódicas intra-articulares-sub-cápsulo-periosteas, mostrando a contra-indicação absoluta dos esvasiamentos e resecções, que possam

interessar as cartilagens de conjugação, ensinando os cuidados post-operatórios, indispensaveis a estas operações sem os quais serão nulos os seus beneficios.

Pois apesar do valor extraordinário dos trabalhos de Ollier e dos seus discipulos, apesar dos progressos gigantescos que a cirurgia tem feito nos últimos anos, modificando e aperfeiçoando tudo quanto possa dizer respeito aos doentes que se destinam a ser operados, quer no que se refere à sua preparação, quer aos cuidados post-operatórios, verificou-se que os resultados das resecções e das intervenções sôbre o esqueleto por lesões de tuberculose não são dos mais animadores.

As seqüências post-operatórias são delicadíssimas e exigem um rigor extremo para que não surjam infecções secundárias e para que se não estabeleçam fístulas intermináveis, tão vulgares nestes doentes.

A todo êste trabalho se vem juntar um outro maior e de mais importância — as manobras ortopédicas.

Assim nasceu a corrente conservadora que julga o bisturi, na maioria dos casos, arma proìbida na luta contra tais formas de tuberculose.

O bisturi é quási sempre arma proìbida contra estas formas de tuberculose

TÉCNICA DO BANHO DE SOL

> Ce qu'il y a de plus delicieux pour l'être physique, c'est un bain de lumière quand il est pris par un ciel serein.
>
> RIKL.

Um mau banho é um mau medicamento

É indispensável conhecer com rigor a técnica da helioterápia para alcançar os bons resultados que deixamos registados. A desobediência às leis que regulam êste processo de terapêutica, o desrespeito pelos preceitos basilares sôbre que assenta êste tratamento, acarretam complicações que não só contrariam o trabalho de cura, mas podem provocar até fenómenos de perigosa gravidade.

Como chegam as doentes ao serviço

Êstes doentes dão entrada nos serviços hospitalares quási sempre dèpois dum período mais ou menos longo de sofrimento; retidos no leito, geralmente em casas sem higiene, onde a luz não penetra e o ar puro não chega, com alimentação miserrima, de má qualidade e hipertermia elevada apresentam bem aquela beleza mórbida — *tabidorum facies amabilis* — que os antigos descreviam.

O organismo, privado de Sol e de alimentos cai em inanição, inanição das vias digestivas e inanição das vias respiratórias.

Não podemos nestas circunstâncias arremessá-los

Fig. 14 — «Solarium» improvisado para os dois sexos

bruscamente para o Sol e submetê-los logo à acção enérgica da luz solar, que estímula fortemente a nutrição, desfaz a humidade, que purifica a atmosfera que oxida as matérias orgânicas, que destrói os micróbios, que atenua a sua virulência e que anula a acção das toxinas.

E preciso adaptá-los «au grand air»

Não. É preciso adaptar o organismo a êste novo meio; as condições são outras e tão diversas que facilmente se estabelece um desiquilíbrio grande se acaso não procedermos com método.

Paulatim sed firmiter diziam os clássicos. Embora não tenhamos necessidade de fazer a aclimatação dos doentes à nossa altitude, que é pequena, torna-se preciso habituá-los ao ar; e por isso as primeiras sessões consistem apenas em descobrir o corpo e as partes lesadas, conservá-las assim durante uma a duas horas e por duas vezes durante o dia.

Dêste modo se procede nos primeiros quatro ou cinco dias, ao mesmo tempo que o doente vai sendo cuidadosamente estudado, quer sob o ponto de vista clínico, quer sob o ponto de vista laboratorial.

Semelhante prática tão simples, dá aos doentes umas melhoras que os tornam anciosos pelos banhos de Sol.

Como actuam os *Lüftbäder*

Com efeito, o ar que lava os seus pulmões, não é já o ar «ruminé» isto é, já respirado por muitos pulmões, como sucedia na casa dêles onde quási sempre se vive em promiscuidade com animais e toda a casta de imundices; a nutrição geral é beneficiada, segundo Rieder, em virtude da superactividade das combustões a que dão lugar os *Lüftbäder,* tão utilizados em certas regiões alemãs. Trazem-se em seguida para o Sol e

seja qual fôr a séde das lesões e seja qual fôr a sua extensão, faz-se a adaptação do doente ao Sol sempre pelo mesmo processo.

A adptação ao Sol; «paulatim sed firmiter»

No primeiro dia sómente os pés são banhados pela luz solar, por três vezes durante 5 minutos cada e com intervalos de meia hora. No segundo dia as pernas são expostas durante 5 minutos e os pés durante 10 minutos. No terceiro dia as côxas são lavadas pelo Sol durante 5 minutos, as pernas durante 10 minutos e os pés durante 15 minutos. No quarto dia a luz solar incide sôbre o abdomen durante 5 minutos, sôbre as côxas durante 10 minutos, sôbre as pernas durante 15 minutos e sôbre os pés durante 20 minutos. No quinto dia o tórax é insolado durante 5 minutos, o abdomen durante 10 minutos, as côxas durante 15 minutos e as pernas durante 20 minutos e finalmente os pés durante 25 minutos. Do 6.º ao 15.º dia a duração da exposição vai aumentando 5 minutos em cada um dos segmentos considerados no corpo humano.

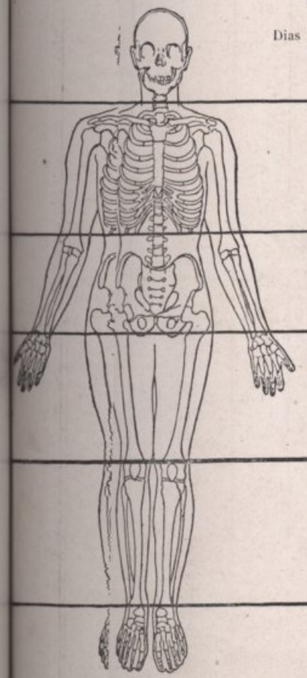
Estas aplicações fazem-se todos os dias como no primeiro, isto é, por 3 ou 4 vezes com intervalos de meia hora a uma hora.

A partir do 16.º dia a insolação será total e durará de 2 a 6 horas. Convêm que as sessões sejam afastadas das horas das refeições, uma hora antes pelo menos e duas horas depois.

Eis resumidamente o que convêm fazer e que para mais clareza está expresso no claro e elucidativo boletim, empregado nas clínicas de Rolier e que nós modificamos e adoptamos nos serviços de Cirurgia dos Hospitais.

Todos os doentes devem ser seguidos e observados

ano _____ Mês _____ Nome _____, n.º _____ Serviço _____ N.º _____



Dias	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
					5m	10m	15m	20m	25m	30m	35m	40m	45m	50m	55m
				5m	10m	15m	20m	25m	30m	35m	40m	45m	50m	55m	60m
			5m	10m	15m	20m	25m	30m	35m	40m	45m	50m	55m	60m	65m
		5m	10m	15m	20m	25m	30m	35m	40m	45m	50m	55m	60m	65m	70m
	5m	10m	15m	20m	25m	30m	35m	40m	45m	50m	55m	60m	65m	70m	75m
Número de Sessões															

Insolação total de 306 horas

R.	P.	T.
80	180	41º
70	160	40º
60	140	39º
50	120	38º
40	100	37º
30	80	36º
20	60	35º

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV

NOTAS

A adptação ao Sol; «paulatim sed firmiter»

se
ex
pe
lu
in
sã
m
S
e
la
cô
m
di
du
pe
25
va
co

pr
m

de
da
du

m
ti
di
H

dia a dia e com meticulosidade registadas as modificações de pulso, de ciclos respiratórios, de temperatura e os sintômas subjectivos apresentados. Êstes dados regularão a marcha da cura e darão o sinal de intolerância do organismo ou da exposição inconvenientemente prolongada.

O diário do doente registará o que ocorrer de anormal

Dissemos anteriormente o bastante para irmos sabendo se o organismo vai lucrando ou não com esta terapêutica. Nos indivíduos bem pigmentados, depois das horas de insolação em repouso podemos permitir que continuem ao Sol, mas aconselhando-os a deslocarem-se; dêste modo os operários retomam o seu mister e as crianças ficam brincando.

Depois da quietação ao Sol o movimento; os operários curam durante o trabalho

Ao aparecimento de cefalalgia, de hipertermia elevada, ou de lesões de pele os doentes são obrigados a recolher ao leito. Dia a dia se deve inscrever na tabela correspondente a duração do banho solar; se o mau tempo interrompe o emprêgo dêste meio de tratamento, convêm expôr os doentes, mesmo dentro das enfermarias, à acção do ar e recomeçar depois o uso do Sol em insolação menos duradoira que a última.

Aos primeiros sinais da intolerância os doentes recolhem ao leito

Os raios solares devem incidir directamente sôbre os tecidos. Coados através do vidro das janelas ou doutros meios perdem parte da sua energia.

Insolação directa

Os tratamentos deverão começar às 9 horas da manhã não só porque é maior a riqueza actínica das radiações, mas porque a temperatura do ambiente é menos elevada a qual excedendo 28°, como costuma acontecer no verão e ao meio dia produz efeitos contrários talqualmente acontece com os chamados banhos turcos.

Apezar de todas as regras o médico deve ter sempre presente êste axioma: o doente é o regulador.

O doente é o regulador

Numa cura bem dirigida e bem regulada tudo se transformará: a pele fina perde o aspecto macilento, transparente, com largas veias desenvolvidas para se tornar escura, tisnada e consistente.

Os olhos «encovados» com olhar triste em breve se reanimam e espelham a actividade em que se encontram os seus aparelhos; o corpo esquelético, de braços delgados e compridos, tórax chato e estreito, de omoplatas salientes, desprovidas de músculos, desenvolve-se e fortalece-se e dêste modo se cria um indivíduo apto para o «struggle for life».

Estes doentes não morrem da doença nem de complicações porque não existem

Se para a cura da bacilose a resistência do terreno é tudo, como costuma dizer-se, estes doentes não deverão morrer de tuberculose pulmonar ou meníngea.

Com efeito, era muito freqùente os bacilos destacarem-se do local onde primeiramente se instalavam e onde se desenvolviam as lesões, lançarem-se no organismo e virem a fixar-se no pulmão ou nas meninges. E a tuberculose que estava localizada e era facilmente curável, dá origem a uma tuberculose pulmonar lenta, aguda ou meníngea.

Bilroth notou no seu serviço uma mortalidade de 16 % dos seus doentes de tumores brancos por complicações daquela natureza e a percentagem é muito mais elevada ainda para os coxalgicos e póticos.

O Sol é incapaz de produzir semelhantes resultados.

Os nossos doentes criam um estado geral tal que a cura local não se faz esperar muito e a infecção não vai fazer enxertia em qualquer outra região. Além das outras vantagens dêste método de curar — e tantas que elas são — esta é superior a todas.

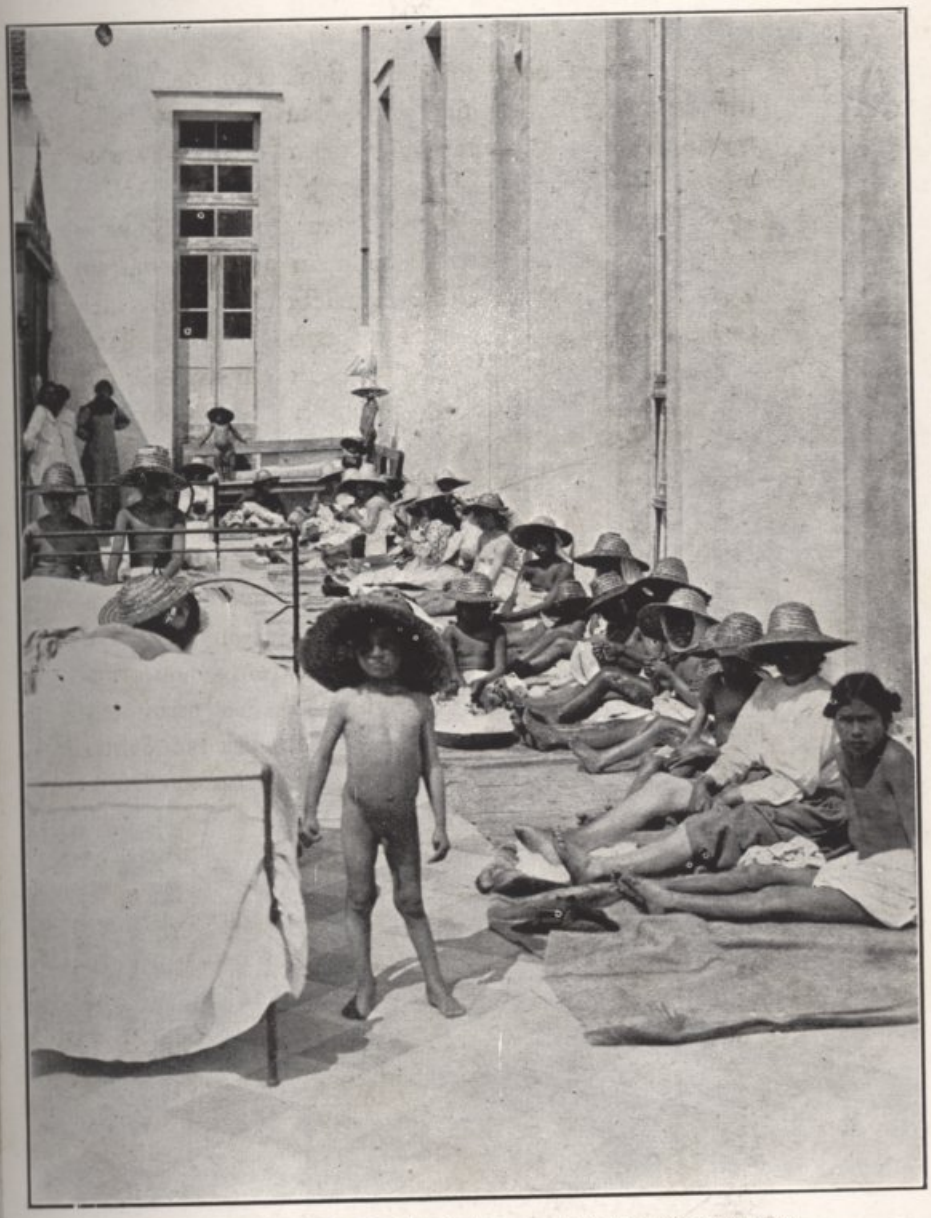


Fig. 15 — Depois das horas de insolação, os operários retomam o seu mister e as crianças ficam brincando

Não se suponha que damos aos doentes qualquer dieta especial em quantidade ou em qualidade. Não; nunca saimos da dieta conhecida nos regulamentos do hospital com o rótulo de 3.ª vária ou 4.ª vária. E nada mais.

HELIOTERÁPIA E OUTROS PROCESSOS DE TRATAMENTOS DAS ARTRITES

NOTAS LIGEIRAS

HELIOTERÁPIA E OUTROS PROCESSOS DE TRATAMENTOS DAS ARTRITES

NOTAS LIGEIRAS

Nêste nosso trabalho tratamos dos processos patológicos a que impròpriamente se chamou em tempos idos tuberculoses locais ou cirúrgicas.

Ninguem considera hoje as tuberculoses externas como tuberculoses locais, porquanto são antes, segundo a frase de CALVÉ, a expressão local duma bacilose generalisada. Numerosos trabalhos teem demonstrado a existência do bacilo de Koch no sangue antes mesmo de se haver fixado em qualquer ponto e determinado lesões ósseas. Conserva-se mesmo disperso na economia durante a evolução das lesões e algumas vezes até depois da sua cicatrização. Estas bacilemias prefocais teem sido descritas por JOUSSET, DAVÉ, GONGEROT etc. Segundo CALVÉ — Congresso internacional antituberculoso de 913 — muitas *pousseés* febris, que aparecem inesperadamente e sem fácil explicação nas crianças de aparência sadia são bacilemias transitórias, isto é, tifo-baciloses fugases (LANDOUZY).

A tuberculose chamada local é a expressão local duma bacilose generalisada.

HAMEL refere numerosos casos em que se observaram grandes descargas de bacilos e de toxinas, de-

nunciadas por uma sintomatologia que faz lembrar as infecções gerais. Muitas vezes aparecem novos focos depois de curados os primeiros em virtude de exaltação de bacilos existentes.

Tivemos por outro lado ensejo de recordar como é freqùente nêstes doentes a eliminação de bacilos de Koch pelo suor o que vem afinal corroborar a opinião corrente de que estas formas de tuberculose pertencem a uma doença infecciosa-geral, cuja terapêutica racional exige um tratamento local, associado a outro geral.

Il bacillo della tuberculosi non é tutta la tuberculosi proclamou pois, CHIAROLANZA no Congresso internacional contra a tuberculose (913).

Não basta o bacilo, é necessário uma disposição especial do organismo, que permita o seu desenvolvimento. É esta disposição que nós combatemos com a helioterapêutica.

O organismo, robustecido, cheio de energias, dominará a doença, actuando favorávelmente sôbre a evolução das lesões, evitando complicações viscerais, tornando o terreno impróprio para o seu desenvolvimento e a cura observar-se há em pouco tempo. É necessário em conclusão, reforçar os meios naturais de defesa do organismo. Ensaiámos todos os processos de tratamento geral dêstes doentes, desde os cuidados higiénicos ao emprêgo dos sôros e tuberculinas e nenhum se nos afigura tão útil, tão enérgico, tão económico como o da helioterápia.

A helioterápia reforça os meios naturais de defesa do organismo

As estatísticas mostram que a tuberculose externa é, como quási todas as outras, uma doença que ameaça de preferência as classes menos abastadas. É pois, uma doença social que se deve procurar remediar e

A tuberculose externa é uma doença social

combater, vulgarizando todos os meios que nos conduzam à sua profilaxia e à sua cura. Os banhos de Sol, cuja aplicação póde ter lugar em toda a parte e sem dispêndio, representam na verdade uma das medidas profiláticas mais ùteis aos candidatos á tuberculose, porque lhes dá fôrças necessárias para o triunfo sôbre a doença e representa o processo de terapêutica mais barato e mais decisivo que o tuberculoso póde usar, visto produzir com rapidez e sem despesa a cicatrização das suas lesões.

Os banhos de Sol teem uma acção profilática notável contra a tuberculose

A propaganda das virtudes do Sol entre as classes populares constitue uma arma terrivel e certeira contra a tuberculose. O seu conhecimento pelos médicos e o seu emprêgo metódico irá levar a quási todos os doentes um alívio extraordinário para os seus sofrimentos e um remédio benéfico como poucos para o seu restabelecimento. A técnica da insolação é simples, mas precisa ser executada com rigor e com minucia porque, se assim não fôr, os resultados colhidos são pouco animadores e por vezes até nocivos.

A propaganda da virtude dos banhos de Sol constitue uma arma terrivel contra a bacilose

O nosso entusiasmo pela helioterapêutica resulta de algumas centenas de observações, em que êste remédio foi aplicado com os melhores resultados e resulta ainda do conhecimento experimental que possuimos de todos os outros modos de tratamento local.

Empregámos e empregamos ainda a **imobilização** nas lesões articulares. Não seguimos já evidentemente os conselhos de Bonnet, propagandista-mór dêste método conservador. Julgamos até de grande utilidade pôr em relêvo o perigo que existe nos vulgares aparelhos engessados, enclausurando o torax nos potticos, o abdomen e os membros inferiores nos coxalgicos, as coxas e as pernas nos gono-artriticos.

Usamos a imobilização

A propaganda dos aparelhos engessados é perigosa

O grito de revolta de Poncet contra a escola da imobilização absoluta caíu em esquecimento e Calot, trabalhando à beira-mar e beneficiando da helioterápia, tem feito uma campanha a favor dêstes aparelhos verdadeiramente perigosa porque perigosos são em geral os seus efeitos.

Bem sabemos que em Berck-sur-mer esta acção nefasta não é tão evidente; à sua posição geográfica e às suas ineguláveis condições climatéricas se deve.

Os engessados, causa de miséria orgânica

A construcção dum aparelho engessado ou silicatado, roubando a pele ao contacto do ar e da luz, provoca uma alteração notável na nutrição dos tecidos, um enfraquecimento grande da sua vitalidade, atrofias musculares, perturbação de circulação, formação de edemas, distrofias nervosas etc.

Poncet chamou-lhes e com verdade «voiles de misère». Quantas vezes ao levantar um dêstes aparelhos vimos a pele espêssa, coberta de escamas epidérmicas, sêca, rugosa, sem côr, estiolada e reconhecemos pela palpação a reducção enorme de tecido muscular e o adelgaçamento dos ossos, que se encontram desmineralisados, frágeis, susceptiveis de fracturas espontâneas!

Nutrição exuberante dos nossos doentes

Vejamos os nossos doentes agora: a pele sã, tisnada, fortemente pigmentada, ricamente vascularizada, séde duma actividade enorme de nutrição, cobre as massas musculares em que não há infiltração gordurosa, nem tão pouco diminuição de volume.

Sem imobilização absoluta os artrites curam sem anquilose

As artrites curam com integridade funcional e não por anquilose.

Para obter semelhantes resultados é indispensável pôr de banda a imobilização absoluta e utilisar apenas a imobilização relativa, que se consegue com as meias

Fig. 16 — O doente em passeio depois do seu banho geral de Sol. Artrite do cotovelo fistulada. Imobilisação em goteira engessada, fixa apenas por duas ataduras

goteiras engessadas, que as nossas figuras representam.

A imobilização assim é suficiente; a acção da luz solar ou de qualquer aplicação «*in situ*» é possivel; o uso de aparelhos de extensão contínua é permitido e a libertação da parte lesada de dentro do aparelho é fácil, sempre que houver necessidade.

Aparelhos bivalvo-amovo-inamoviveis

Hové-Josserand e André Rendu crearam uns novos aparelhos engessados bivalvos-amovo-inamoviveis, que permitem a imobilização durante a aplicação dos banhos do sol nas osteo-artrites (*Lion-Chirurgical,* 1er juin 912, tomo VII, n.º 6), cuja técnica é a seguinte: supunhamos que se pretende fazer um colete de Sire. O doente veste uma camisola de algodão, que se reveste externamente de lã dos Pireneus. Coloca-se ao longo da linha axilar, da axila ao grande trocanter, uma facha de algodão de 15 centímetros de largura; passam-se em torno do torax sôbre a lã e o algodão espiras com ataduras de gaze. O engessado deve ser sólido e pouco espêsso; para isso é preciso proceder do seguinte modo: amassa-se dentro duma «cùvete» o gêsso suficiente para que, tendo a consistência dum créme de chocolate, impregne completamente todas as ataduras de tarlatana que vão ser utilizadas.

Sómente se aplicam quando o gêsso fizer «le fromage blanc». De ordinário bastam 4 a 5 ataduras para o colete de Sire duma doente de 15 anos. Sêco o aparelho, aparam-se os bordos, e traça-se uma linha quebrada em dentes de serra, no sentido longitudinal ao longo da qual se corta a espessura do engessado até à lã dos Pireneus, formando assim duas superfícies de encaixe de duas valvas — anterior e posterior.

Tiram-se em seguida e expõem-se ao ar e ao calor até completa desidratação. Estende-se sôbre a face interna uma camada de celuloide e colocam-se duas camadas de gaze que debroam os rebordos superior e inferior e se rebatem sôbre a face exterior sôbre a qual se aplica tambêm uma camada de celuloide. Deixa-se secar e novamente se aplicam outras camadas de celuloide nos pontos de menor resistência.

Depois de bem secas as duas valvas, pregam-se feixos que servem para manter bem juntas e bem encaixadas as duas superfícies de secção do aparelho, que se pode tirar sempre que houver necessidade. A imobilização deve ser feita em boa posição para que, se a cura se der por anquilose, o membro fique em posição conveniente.

A imobilização deve ser feita em boa posição

A imobilização não pode ser dispensada no tratamento das artrites pela helioterápia; temos constatado isso em todos os casos, mas nenhum dêles duma maneira tão clara e tão convincente como o seguinte: A. de 16 anos é portador de artrites dos dois joelhos; apresenta as pernas em flexão ligeira sôbre a côxas e sobretudo à direita não pode executar o movimento de extensão; as dôres são fortes; a deformação do joelho é bem apreciável; não pode marchar. Submetemo-lo aos banhos de Sol; a articulação mais doente foi imobilizada em goteira de gêsso, emquanto que a outra beneficiava igualmente do Sol, mas em liberdade.

O sofrimento foi acalmando dia a dia até desaparecer por completo no lado direito, o que teve lugar em curto praso; as modificações articulares foram-se abatendo tambêm até hoje que os movimentos são possíveis e indolores; pelo contrário, à esquerda, embora a doença

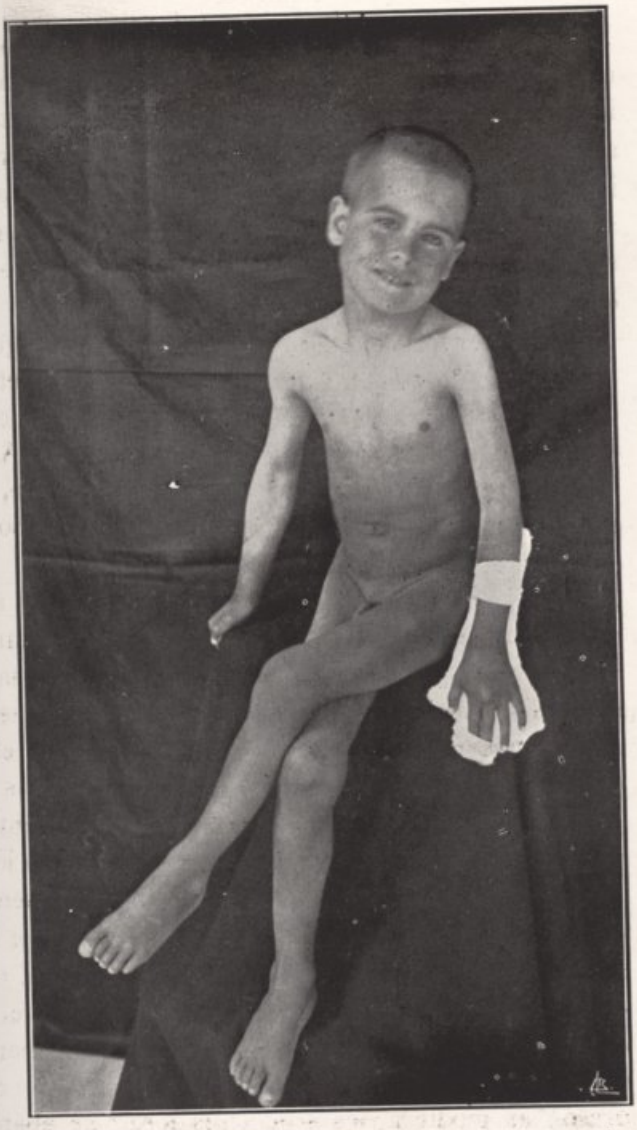


Fig. 17 — Coxalgia esquerda; abcesso ossifluente na região supero externa da côxa, em via de reabsorpção.
Tuberculose do punho e do metacarpo. Imobilisação do ante-braço e mão.
As partes fortemente insoladas, fortemente pigmentadas

houvesse melhorado também, as dôres persistiam ainda quando haviam já acabado à direita e a reabsorpção do conteúdo intra-articular seguiu duma maneira mais vagarosa.

Feito êste ensaio, tíramos a contra-prova imobilizando também o joelho esquerdo; as dores cessaram e hoje encontra-se quási curado.

Cuidado com as manobras violentas

Nunca se devem exercer manobras violentas, nem tentar corrigir defeitos acentuados de posição; o estado geral prejudica-se, pode haver fenómenos de agravamento local, rutura de ligamentos, difusão da tuberculose e fractura.

A osteoclasia já se não usa

Só não fizemos nunca a **osteoclasia,** como meio de imobilização das tuberculoses de evolução crónica e fibrosa. Com efeito, caiu tanto em desuso que hoje quási ninguem, ou melhor ninguem a emprega.

Tanto valor como a imobilização relativa tem a **extensão contínua,** sobretudo nas artrites dos membros inferiores.

Basta um aparelho construido como o que habitualmente se emprega para as fracturas, julgando nós desnecessários e até inconvenientes os aparelhos de hastes metálicas, móveis sôbre cremalheira; são caros, não imobilizam completamente e passados meses não são adaptaveis já ao membro.

Vantagem e acção da extensão contínua

A extensão contínua actuando duma maneira constante e contínua, vence e suprime progressivamente as contracturas musculares, evita o contacto das superfícies articulares lesadas e por conseqùência a sua cicatrização em anquilose, impede a subluxação e os fenómenos deformantes do contôrno da articulação, porque evita as pressões exercidas desigualmente sôbre as superfícies

articulares, permite o exame da região doente e por conseqüência o reconhecimento de qualquer abcesso ossifluente, que fácilmente poderá ser tratado logo de começo e finalmente, associada à imobilização, suprime por completo o simptoma da dôr; o sono torna-se calmo e o apetite reaparece.

Os maiores adversários da imobilização são hoje os seus propagandistas

Nêste sentido se manifestam todos os cirurgiões até KIRMISSON e BRUN, que na Sociedade de Cirurgia se ergueram defendendo a aplicação de engessados, dando-lhes a primasia nêstes tratamentos. Hoje mesmo estão convencidos de que a tracção dá «excelentes resultados» —(KIRMISSON), e é na verdade uma aplicação «souveraine» (BRUN).

A extensão contínua é ainda o principal factor no reaparecimento da função articular; assim o julga ROLLIER e VIGNARD.

A extensão contínua contribue para o reaparecimento da função articular

Tão racional julgamos a sua aplicação, em virtude das razões expostas, que a utilizamos por sistêma, mesmo nos casos em que aqueles auctores a não empregam: imobilização pouco duradoira para combater uma artrite dolorosa ou rápidamente deformante.

Em vários doentes a anquilose fibrosa estava já estabelecida; a perna por exemplo, vinha em flexão antiga, forçada sôbre a coxa, fazendo um ângulo de 70 ou 80° e a extensão contínua, continuamente aplicada aumentando de contrapêso regularmente, levou a perna à extensão completa e mais; o que é surpreendente! ao exercício de alguns movimentos articulares.

Adiante publicamos fotografias bem sugestivas de alguns casos.

¿Porque é útil a extensão contínua?

Onde estará a causa desta dôr e como actua a tracção contínua?

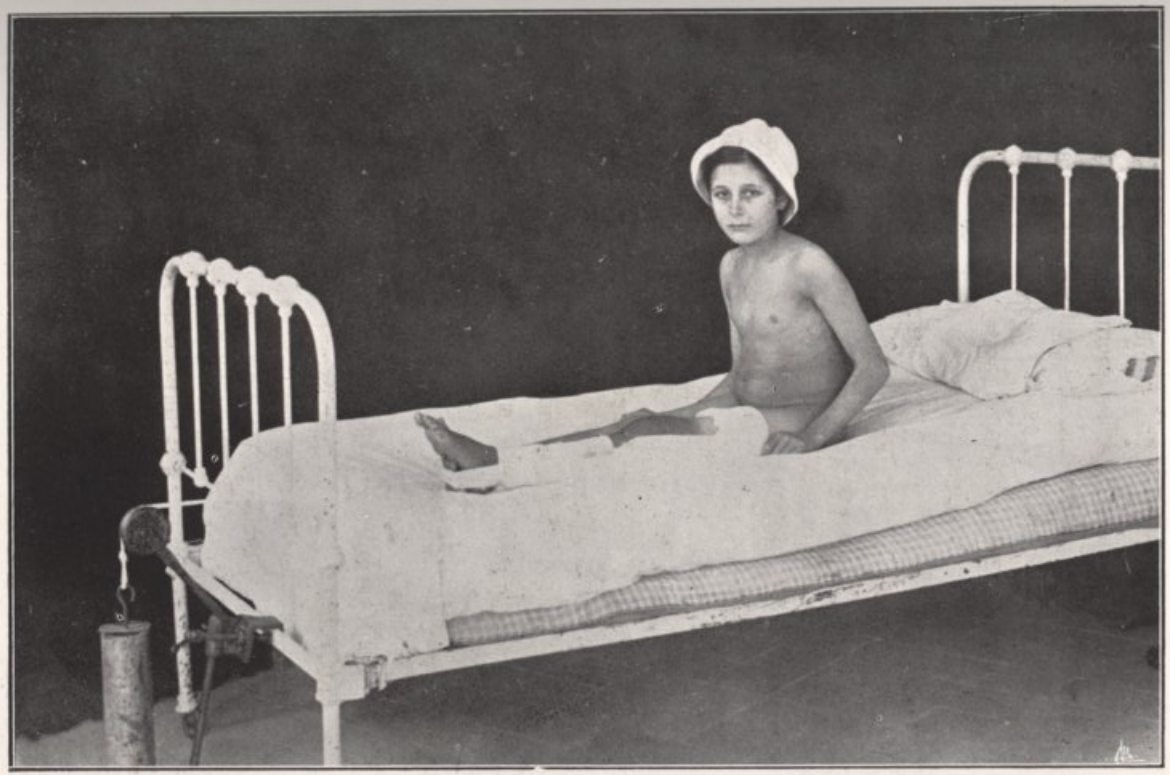


Fig. 18 – Gono-artrite. — Imobilisação em goteira engessada. Extensão contínua. Banhos de Sol

Estará na distensão do ligamento redondo (JEAN-LOUIS-PETIT), na resistência dos ligamentos articulares à sua invasão pelos tecidos morbidos (VELPEAU), na distensão da metade posterior da cápsula articular, em virtude da flexão patológica do membro (VERNEUIL)? Quer-nos parecer que reside principalmente na pressão recíproca das superfícies articulares mais ou menos lesadas e nos movimentos voluntários e involuntários da articulação; êstes dois fenómenos explicam toda a evolução duma coxalgia tuberculosa desde as posições viciosas até à luxação expontânea; de modo que a imobilização e a luta contra as contracturas serão excelentes meios, que em muito contribuem para a cura completa daquela artrite.

Desfeita a contractura, cessará o encurtamento e a claudicação; evitar-se há a anquilose, resultante da cicatrização das superfícies ulceradas por um processo análogo ao que faz a consolidação de dois fragmentos ósseos ao nível duma fractura.

Êste tratamento, associado à helioterápia, dá ao doente uma articulação livre, móvel, com todos os movimentos necessários a uma boa marcha e sem claudicação.

Enfim é a cura radical duma doença outrora julgada incurável e da qual PHILIPEAUX escrevia: *Les infortunés coxalgiques couchés sur leur lit de douleur, souvent sans outre pansement que des cataplasmes de farines de lin, baignant parfois dans les pus, prenant la fièvre, s'amaigrissant, s'etiolant de plus en plus et finissant pour succomber à des souffrances d'autant plus cruelles qu'elles etaient lentes.*

São necessários cuidados especiais?

Cuidados especiais a observar

Sem dúvida.

Empregamos o método impròpriamente chamado americano, pois é francês e devido a SAUVAGE (*Archives de Medecine,* 1835 e 1837), simples na aplicação e na instrumentação: esparadrapo, uma roldana e pêsos. É indispensável vigilância rigorosa para que o doente se conserve sempre horizontal, o fio se mantenha na goteira da roldana, o pêso não se apoie no solo, o membro não execute movimentos de rotação, nem de abducção e a extensão se exerça duma maneira contínua.

Os doentes inventaram maneira de fugirem à extensão contínua

Torna-se necessário uma espionagem permanente porque êstes doentes inventam mil processos para se furtarem à tracção: umas vezes flectem o joelho, luctando contra o pêso e apoiando o calcanhar sôbre as almofadas e dêste modo oferecem resistência à fôrça da tracção. Outras vezes, procuram subir na cama apoiando-se igualmente com o membro doente e sadio, o que provoca pressões articulares bastante nocivas; colocam-se de lado, afastando o membro doente do leito e modificando dêste modo a direcção da extensão; finalmente deslisam ao longo da cama e vão aplicar os membros de encontro à barra inferior, suprimindo toda a acção da tracção.

Eis em resumo o que convêm evitar. Os adversários de tal terapêutica julgam-na responsável por casos de «genu-recurvatum», que alguns doentes apresentaram, segundo diz a literatura médica, depois de a terem experimentado.

O genu-recurvatum não aparece na extensão bem aplicada

Como se os maus resultados obtidos pela má aplicação dum bom método fossem bastante para o condenar!

Com efeito, esta deformação apareceu quando a ex-

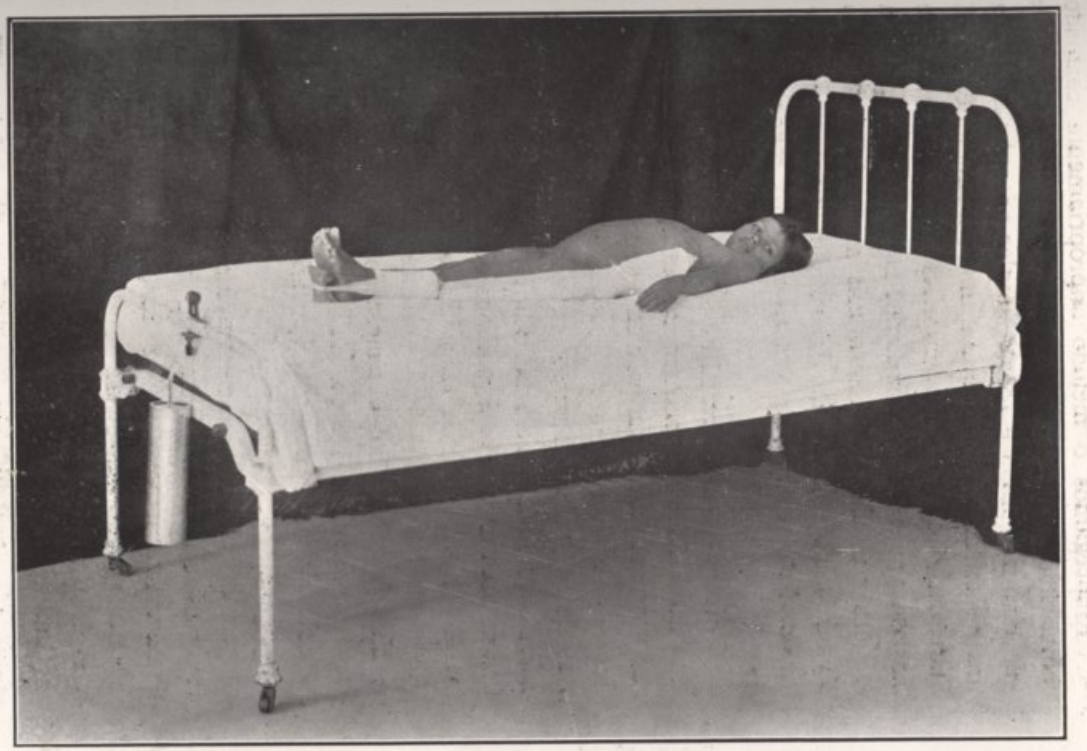


Fig. 19 — Extensão contínua na coxalgia

tensão se fazia sôbre todo o membro, de maneira a distender os ligamentos do joelho. É incompreensivel que a tracção exercida sómente *acima* da articulação femoro-tibial possa distender os ligamentos situados *abaixo* do seu ponto de aplicação.

A tracção deve ser de começo para as creancinhas de 1 kilograma e ir aumentando até 3 kilog. Na adolescença empregamos 4, 5 e 6 kilogramas. MAYET ultrapassa por vezes êstes limites porque entende que o cirurgião deve atingir o pêso máximo suportável pelo doente. Emquanto se não queixar deve-se aumentar lentamente. Atingido o limite de tolerância, diminuir ligeiramente o pêso.

A tracção deve ser progressiva

Só assim a anquilose não terá lugar e se evitará esta conseqùência da imobilização simples tão inconveniente e perigosa: os anquilosados não se sentam bem, baixam-se com dificuldade e incompletamente, calçam-se mal e por vezes não podem exercer certas funções.

Conseqùências da anquilose

Conhecemos dois casos, relatados por CONDRAY nos seguintes termos: Consultado por um anquilosado de OLLIER com cura definitiva e boa marcha há 15 anos, confessava «qu'après deux mois d'essais loyaux il n'etait pas arrivé à mener à bonne fin son rôle d'initiateur: novice en la matière, il avait de plus la malchance d'être desservi par une hanche privée de mobilité».

Um outro anquilosado divorciou-se alguns meses depois do casamento e CONDRAY termina as suas considerações do seguinte modo: «Chez des femmes coxalgiques ankylosées, je connais plusieurs faits, d'ordre sexuel, ayant donné lieu à des divorces ou à des situations des plus penibles».

A compressão directa não tem o valor que lhe atribuem

A **compressão directa** das articulações, preconizada por Bonnet e de que Jongolphe fala com ardor não merece a nossa simpatia e não temos colhido nenhuns lucros da sua aplicação.

Diz êste auctor: associada à imobilização, presta os maiores serviços promovendo a reabsorção rápida dos derrames serosos, atrofiando e esclerosando as fungosidades. Mesmo que assim seja — o que não tem sido observado por nós — é bem mais util puncionar a articulação, se disso houver necessidade e destruir as fungosidades pela imobilização, extensão contínua e helioterápia.

Dêste modo não será comprometido a nutrição dos elementos celulares comprimidos.

Utilidade de tratamento pelo ar quente

É curta a nossa prática no tratamento das lesões osteo-articulares pelo **ar quente.** Empregamo-lo em alguns doentes durante o inverno quando o mau tempo abundava e o frio era intenso. Ficamos com a impressão de que é um meio util de tratamento, que com freqùência deve ser aproveitado.

A hiperemia a que dá lugar tem uma acção analgésica, bactericida, resolutiva e modificadora da nutrição e regeneração dos tecidos.

A fisiologia patológica das articulações dá explicação dos resultados que deixamos descritos. Assim, se considerarmos a coxo-tuberculose vêmos que a acção do cirurgião deve ser luctar contra a dôr e contra as contracturas.

Acção dos revulsivos tem inconvenientes

Nem um só doente antes de dar ingrésso no hospital deixou de aplicar tintura de iodo ou qualquer outro **revulsivo.**

Os efeitos calmantes são de pouca dura e por isso

repudiamos da nossa prática semelhantes aplicações. Se o bem produzido é pequeno, o mal a que podem dar lugar é enormíssimo.

Não são raras as ulcerações da pele produzidas nestas circunstâncias e como é grande a dificuldade em obter depois a sua cicatrização!

A pele com pouca vitalidade, dá queimaduras atonas, através das quais muitas vezes penetram germens que dão *infecções secundárias*.

As cauterizações devem ser postas de lado

Cauterizações superficiais ou **profundas,** diz PONCET, são poderosos agentes modificadores, uteis nas formas sinovais com fungosidades exuberantes a que se dá o nome de tumores brancos.

Não negamos a utilidade que possa haver — raras vezes — no emprêgo desta aplicação, mas temo-nos esquivado quási sempre a usar dela, porquanto representa um processo cruel de tratamento, de acção lenta e muitas vezes nula. E se um dos maiores cuidados do cirurgião deve consistir em manter integra e fechada a pele que cobre as lesões, para que provocar ulcerações mais ou menos extensas e profundas, portas de entrada de infecções secundárias, quási sempre intermináveis?

Não esqueçamos a frase verdadeira de CALOT: *ouvrir les foyers tuberculeux c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent.*

Método de LANNELONGUE

Já tivemos ensejo de pôr em prática o **método das injecções esclerogeneas,** combinadas com as injecções intraarticulares (LANNELONGUE), método que viza a modificar os focos tuberculosos extra e intra-ósseos; os seus efeitos, diz-se, são tanto melhores e tanto mais rápidos quanto mais precocemente fôr aplicado.

Técnica

O líquido empregado tinha a seguinte composição

Iodofórmio.	10 g.
Creosota.	2 g.
Azeite esterelisado . . .	90 g.

Injecta-se dentro da articulação uma quantidade de líquido, que contenha 3 gramas de iodofórmio. Não deverá haver reacção alguma, se o líquido estiver bem esteril.

Decorridos 5 ou 6 dias, injecta-se no contôrno da sinovial, fóra da articulação e sôbre os próprios ossos duas ou três gôtas dum soluto de cloreto de zinco a 1 p. 10.

Num adulto, em tôrno da articulação do joelho, devem ser injectadas 60 gôtas pouco mais ou menos. As «suites» são as duma reacção fagocitária intensa.

¿Como actua?

Em tôrno das fungosidades injectadas estabelece-se por assim dizer uma barreira de leucocitos uni e polinucleares; há pois, um «gonflement» profundo, que compreende as fungosidades, a sinovite tuberculosa e os tecidos adjacentes.

Esta tumefacção dura alguns dias e vai aumentando de volume até que, decorridos 4 ou 5 dias, a articulação começa a diminuir de grandeza, podendo — raras vezes — colher melhoras tais, que a cura se faz ao fim duma só sessão de tratamento.

Em geral há necessidade de as repetir.

Suas consequências

Segundo as afirmações de Lannelongue, pronunciadas no congresso anti-tuberculoso de 905 a cura obtem-se ao fim de 2 a 3 meses; os movimentos não ficarão prejudicados, podendo até aumentar de ampli-

tude; êste método deve ser aplicado, diz ainda, sobretudo contra as artrites coxo-femorais e de espádua, visto ficarem situadas muito profundamente.

Crítica: só actua sôbre os tecidos moles

Tal processo de terapêutica levantou acesa contenda e era acusado de actuar apenas sôbre as fungosidades das partes moles, e não penetrar no interior dos ossos.

Resposta de LANNELONGUE

LANNELONGUE rebateu esta argumentação, lembrando que a maior parte das osteo-artrites das creanças tem a sua origem e foco principal nas epifises ósseas, das quais se estendem progressivamente à sinovial e à cavidade articular por ósteo-condrite específica. Ora, os doentes que curam pelo processo de LANNELONGUE, curam não só da articulação, mas até mesmo da osteite que lhe dera origem.

A êste argumento juntou um outro, verificado nos laboratórios: depositando apenas uma gôta de cloreto de zinco sôbre a superfície exterior duma epifise óssea, esta experimentará um aumento de volume, em virtude do espessamento do ôsso ao longo de toda a diafise.

MAYET, OMBREDANNE, GONGOLPHE, MAUCLAIRE etc. colheram os melhores resultados da aplicação do método LANNELONGUE.

Método de BONNET; seus inconvenientes

Pelo que fica dito, o método de LANNELONGUE é um aperfeiçoamento do **método de** BONNET das injecções de tintura de iodo.

Como tem sido posto em evidência, as misturas esclerosantes actuam apenas «in loco dolenti» e não tratam do estado geral, chave principal duma cura definitiva; os resultados desta terapêutica não correspondem à aureola, que a rodeou; por outro lado, provoca dôres, tão fortes, tão insuportáveis que só cedem à custa de injecções de morfina.

Êstes últimos inconvenientes teem sido remediados em parte, na composição de várias outras injecções de líquidos e de pastas, de composição diversa, que se introduzem dentro das articulações ou dos trajectos fistulosos.

O método das injecções esclerosantes seduziu muita gente

O tratamento da tuberculose pelas injecções foi durante muito tempo a esperança de que se havia encontrado o remédio decisivo contra tão terrivel flagelo.

A desilusão chegou já.

Ensaiámos o **método** Calot em dezenas de doentes no tratamento de artrites, osteítes e de adenites; nunca obtivemos os resultados brilhantes que êle relata nas suas publicações. É certo que não dispomos das instalações apropriadas de Berck-sur-mer, nem tão pouco das suas excepcionais condições climatéricas às quais se devem de preferência curas tão milagrosas.

É nossa convicção todavia que no tratamento dos tumores brancos a acção do líquido injectado é quási nula.

O método de Calot assenta em princípios falsos

O princípio em que Calot assenta toda a teoria do seu método de cura é falso, diz Vignard e Armand (*Traitement des Tuberculoses,* 910).

Parte do princípio que a tuberculose articular é sempre primitivamente sinovial e que as fungosidades e productos tuberculosos, elaborados pela articulação e que banham as extremidades ósseas nestas condições «fondent comme du sucre dans l'eau (Calot).

É opinião hoje aceite, sem reparo, que o bacilo de Koch tem uma acção electiva para as epifises, sôbre as quais se instala em primeiro lugar, sendo certo também que é de rara freqùência o aparecimento de formas

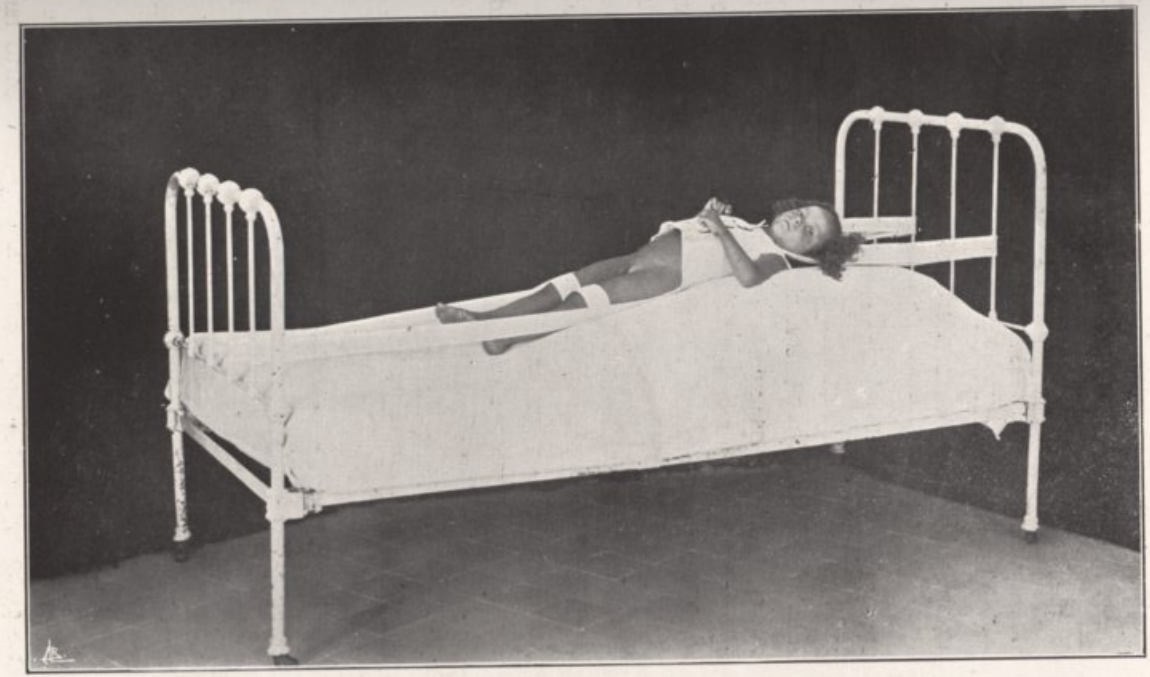


Fig. 20 – Guerra aos aparelhos engessados, «voiles de misère». A imobilisação no mal de Pott

sinoviais puras, que por sua vez teem uma ligeira influência sôbre o esqueleto.

É pelo menos o que se conclue das seguintes frases de GONGOLPHE, publicadas no «*Tumeurs blanches*»: «un foyer osseux, très limité peut provoquer des proliferations fongueuses considérables, mais nous hésitons à admetre la reciprocité de la proposition».

As injecções intra-articulares não podem curar as lesões ósseas

Como se compreende então que as injecções intra-articulares possam curar as lesões ósseas, se os líquidos as não atingem e se para mais êsses líquidos não teem acção bactericida alguma?

Pois se VILLEMIN provou que o iodofórmio mesmo em dóse elevada não mata o bacilo de Koch...

CALOT oculta no seu livro a principal causa dos bons resultados

CALOT no livro *Orthopédie*, tão extenso e tão vazio esqueceu-se de chamar a atenção para a importância suprema que representa para os seus doentes a exposição na praia em imobilização, respirando o ar do mar e beneficiando dos raios solares.

Estudos de BERCK

Em compensação JACQUES CALVÉ, Chirurgien-Assistant de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-mer no seu relatório ao VII congresso internacional contra a tuberculose (Roma 1912) proclama: «La vie au grand air, loin des villes, dans une atmosphère dépourvue de germes, *sous l'action bactéricide et tonique du soleil* est à la base de toute therapeutique anti bacillaire». Mais adeante: «Les améliorations notables sont appreciables à Berck; surtout depuis que nous exposons les régions malades au soleil et à l'action de l'air marin».

JACQUES CALVÉ descobre-a

La plupart de nos hôpitaux et de nos maisons de santé à Berck sont *pourvues de galéries d'insolation*, oú, les jours de grand vent, des abris *permettent aux malades de suivre sans inconvénient, leur cure de soleil.*

Calot antes de descobrir as suas injecções curava as coxalgias sem perturbações funcionais

E o próprio Dr. Calot no seu livro sôbre coxalgias (Masson, 1895) publicado antes do emprêgo das misturas esclerogéneas cita 97 casos de artrite coxofemural, tratados por imobilização dos quais 62 se encontravam já curados à data da publicação do livro e com um resultado ortopédico do qual diz: «il est parfait au point de vue de la forme et de la longueur du membre et *il ne pouvait en être autrement,* avec l'emploi d'un appareil plâtré, mis en bonne position et bien construit». Os 35 casos restantes continuavam em tratamento.

Hoje atribue às injecções a cura das lesões tuberculosas

Ora, se o óleo iodoformado e gaiacolado é «le liquide modificateur de la tuberculeuse» (Calot), ¿ como poderão ter curado aqueles 62 coxalgicos sem êle?

Há por conseqüência um exagero extraordinário nas virtudes, que se atribuem aos líquidos esclerogéneos; de modo algum os julgamos completamente inúteis, mas as suas indicações são bastante restrictas.

¿ Onde a verdade?

Podem ser de utilidade nos abcessos frios e em injecções intra-articulares, quando a sinovial estiver levemente inoculada. Permitem nesses casos o esvasiamento completo do pus, provocam uma inflamação defensiva, favorecem o «accolement» das paredes e a diminuição progressiva das cavidades (Vignard et Armand).

Não curam os abcessos ossifluentes

Ninguem poderá ter a convicção de que as injecções nos abcessos ossifluentes irão banhar a sede óssea da lesão e produzir a sua cura. Ninguem acreditará que desta forma se possa curar o mal de Pott.

Mas teem já uma acção útil nos abcessos residuais, que por vezes subsistem à cura das lesões ósseas.

Os intervencionistas drenavam quási sempre ampla-

mente, já porque se não conseguia uma desinfecção absoluta da cavidade óssea ou articular, já porque era preciso dar saída ao exudato constante, que surge das superfícies ósseas curetadas e que enche as cavidades de esvasiamento.

A freqüência e o perigo das infecções secnndárias fez lembrar as pastas obturadoras

Ao longo dos drenos davam-se freqüentes vezes infecções secundárias, que carregavam extraordinàriamente o prognóstico.

Dahí o desejo de obturar tais cavidades.

Só temos prática da pasta de Beck e da pasta de Von Mosetig Moorhof, método que representa a conclusão última dum sem número de tentativas infrutíferas no emprêgo de substâncias várias.

Pastas não usadas

Não foram experimentados os variados produtos, que a clínica tem condenado que sendo em número infinito se reduzem no entanto a quatro categorias: pensos antisepticos, processos autoplásticos (osteoplásticos, mioplásticos e cutâneos) processos de «plombage» e finalmente obturação das cavidades ósseas com substâncias asepticas ou antisepticas, mas de possivel reabsorpção.

Neuber, Schéde, Spielmann e Lanenstein deixaram encher as cavidades de sangue esperando uma obturação mais rápida, porque, diziam, Lister provou que é possivel a organização dos coagulos quando protegidos por pensos antisepticos.

Como era de prever aqueles autores só obtiveram longas e abundantes supurações que fizeram o descredito dêste método de tratamento.

Hamilton, Duplay, Cazin e tantos outros empregaram gase iodoformada, seda, categut, etc. Os resultados foram tambêm nulos, como era de prever.

Houve a ideia de aplicar às cavidades ósseas o que

Diferentes amalgamas

se faz com a obturação dos dentes e daí o uso de várias amalgamas e misturas de composição variadíssima, tais como chumbo, cimento dentário (MARTIN), alumínio e amalgama de cobre (WAYER, SONNENBURGO e HEINTZE), ligas metálicas (ROTTENSTEIN), mistura de óxidos de zinco e alilgaiacol (JOUON DE MANTES). Quási todos êstes métodos de cura foram logo abandonados pelos próprios autores, como inúteis uns e como nocivos outros.

Teve grande voga a obturação daquelas cavidades com osso descalcificado ou cinzas de óssos, cuja acção faz lembrar enxertias ósseas.

Estas misturas gosavam o papel de corpos estranhos, de modo que entretinham a supuração e por isso foram abandonadas.

Misturas antisepticas e que eram absorvidas

Vieram em sua substituição outros produtos que não só podiam ser reabsorvidos, mas eram antisepticos também. Estão nestas condições a mistura de REYNIER e ISCH-VALL forrando as cavidades de salol iodoformado, a mistura de BERARD composta de cera e iodoformio, a de FANTINO e VALAN (timol — uma parte, iodoformio — duas partes cinzas calcinadas três partes) e tantas outras.

Desta maneira se foi aperfeiçoando o método de *plombage* dos ossos, consistindo fundamentalmente no abandono de produtos nas cavidades ósseas até à sua reabsorpção completa.

Plombage de MOSETIG

É afinal, como dizia MOSETIG, um método de *l'ôte-toi de là que je m'y mette,* porque assim sucede com efeito, à mistura que êste autor utiliza. Método útil, de efeitos por vezes brilhantes, são decorridos cêrca de 16 anos depois da sua aplicação e depois do ensaio

que todos os países teem feito; nós temos a convicção de que é uma maneira de cura, que como útil e preciosa há de sempre ser considerada.

A técnica empregada nos nossos trabalhos tem sido a seguinte: Técnica

Prepara-se a pasta de Von Mosetig Moorhof, cuja composição é a seguinte:

Iodoformio.	60 partes
Oleo de gergelim	40 »
Espermacete.	40 »

Introduz-se o óleo de gergelim e o espermacete num vaso de vidro esterilizado e aquecido até 80° a banho-maria, por 4 ou 5 vezes. Ao líquido claro, assim obtido, vai-se juntando o iodoformio, rigorosamente pulverizado e agitando sempre; dêste modo o iodoformio ficará uniformemente distribuido. Divide-se por bisnagas, semelhantes às que servem para conservar a vaselina esterelizada, préviamente esterelizadas a 120°. Fecham-se em seguida. Quando houver necessidade de usar a pasta, deitam-se em água quente e flambeja-se à chama de álcool o orifício de saída da pasta.

Preparam-se em seguida as cavidades ósseas que hão de receber a mistura; emprega-se a fita de Esmarch; fazem-se incisões curvas e a distância das fistulas; pôr-se há a descoberto a cavidade com escopro ou com goiva, que dêste modo será mais esvasiada também, até se atingir osso aparentemente são. Faz-se a hemostase; seca-se com ar quente a cavidade. Deita-se em seguida a pasta lentamente, tendo o cuidado de mudar a posição do membro, de modo que todas as anfractuosidades fiquem bem obturadas. Preparação do doente

Indicações e vantagens

Deixa-se solidificar e faz-se a sutura sem drenagem. Precisamente nêste facto já está uma das maiores vantagens da «plombage» de MOSETIG, porquanto suprime uma causa freqüentíssima de infecções secundárias e evita a freqüência de pensos.

Empregado com explendidos resultados em casos de resseções articulares, evita os espaços mortos, combate as causas de supuração e proporciona cura em curto prazo. Os discípulos de OLLIER, habituados a extensas incisões, a especiais cuidados de drenagem, a supurações abundantes e a períodos post-operatórios infindáveis receberam de começo com hostilidade a inovação dêste método.

Temos conhecimento de muitas dezenas de trabalhos documentando duma maneira irrefutável o seu valor e hoje é precisamente de Lyon que vem a seguinte confissão: «la methode a conquis définitivement droit de cité et cela n'est point pour surprendre dans un milieu oú la chirurgie osteo-articulaire a pris naissance et connu des jours glorieux»!

Cuidados depois da «plombage»

Os doentes tratados dêste modo devem permanecer durante algum tempo no leito, com o membro imobilizado e expostos às radiações solares.

Algumas vezes nos aconteceu ao levantar o penso, ao fim de 6 ou 8 dias, encontrar os bordos da solução da continuidade afastados vêr a pasta saír à misturacom alguma supuração.

Poder-se hia acreditar que houvesse vantagens em eliminar a massa, que representa o papel de corpo estranho e necessidade de se proceder a uma «toillete» esmerada das regiões lesadas.

Engano.

Convem manter êste penso oclusivo ainda e modificador, porque extingue a supuração e excita a vitalidade dos tecidos, de molde a preparar com brevidade a cicatrização definitiva.

Começámos a empregar já há anos a pasta de Beck no tratamento dos trajectos fistulosos e em geral com bons resultados.

Usamos da preferência a formula primitiva, formada por

Subnitrato de bismuto.	33 gramas
Vaselina	66 »

esterilizada por tindalização, segundo a técnica de Dujarier em estufa a 110° durante meia hora.

Fundida a banho-maria, carrega-se uma seringa e injecta-se ao longo do trajecto, tendo préviamente adaptado bem o «embout» ao orifício da fistula até que o doente acuse a sensação de tensão; retira-se a seringa e obtura-se o orifício com gase, emquanto se não houver dado a solidificação.

As lesões não devem ser irrigadas, nem espremidas com violência antes do uso da pasta para evitar hemorragia, que impedirá o contacto directo do medicamento com os tecidos.

Não querendo entrar na discussão sôbre o modo como a pasta actua, pretendemos referir simplesmente que vai sendo opinião corrente, embora recente, de que o subnitrato de bismuto é absolutamente inútil, sendo a vaselina a parte principal e activa.

Ensaios laboratoriais teem na verdade confirmado que injecções de vaselina esterilizada determinam uma

proliferação muito intensa do tecido conjuntivo, tal qual o que acontece no método de Beck (1).

Por isso mesmo muitos cirurgiões americanos (2) estão substituindo o subnitrato de bismuto e empregam a seguinte formula:

Vaselina.	8 gramas
Iodeto de potassio.	2 »
Cera	1 »

Os trabalhos de Rost, feitos separadamente com as substâncias que formam a pasta de Beck são hoje aceites em quási toda a parte. Chega-nos a notícia que o médico militar russo E. J. Dombrovsky está empregando no serviço de cirurgia do hospital militar de Grodno injecções de vaselina ordinária, que funde entre 30° e 40°, à falta de vaselina americana.

Diz que os resultados são ótimos, e que a supuração diminue rápidamente ao fim de dois dias, permanecendo sómente e durante pouco tempo, um líquido muco-purulento.

Sendo assim, a pasta de Beck poderá ser substituida por aquela nova fórmula, em que foi arredada a causa de intoxicação.

Desta forma damos por concluídas estas notas ligeiras sôbre os diversos tratamentos, empregados nas osteítes e que nas suas indicações e vantagens ficam a longa distância da helioterapêutica.

---

(1) *Múnih. med. Wochensch* 1904 — M. L. Wackner.

(2) *New. Orleans Med. and Surg Journ*, 1914 — P. B. Salatich — The use of Vaselin as a substitute for Beck's pasta.

SOL E HOSPITAIS DE COIMBRA

SOL E HOSPITAIS DE COIMBRA

¿ Haverá em Coimbra condições excelentes para a cura de Sol ?

Os casos que vamos apresentar são a prova mais valiosa e irrefutável de que não há o direito de perder esta fonte riquissima de radiações actinicas e de furtar os pobres doentes à sua acção bemfazeja.

As doutrinas desenvolvidas no capítulo *Radiações Solares*, explicam as regras que vamos formular.

A intensidade actinica cresce com a altura do Sol acima do horizonte e por isso damos preferência às regiões de pequena latitude.

Os banhos de Sol produzem melhores efeitos entre as 10 e as 14 horas, podendo no verão o tratamento começar às 9 horas e prolongar-se até às 16 horas. Horas de cura

A helioterápia é útil em toda a parte, mas vantajosa principalmente nas altitudes; no verão basta a altitude de 100 metros, no inverno convem altitudes superiores. Coimbra está em boas condições, visto encontrar-se a 149 metros acima do nivel do mar.

Não há necessidade no emtanto, de ir em busca de altitudes excessivas porque os raios solares podem ser dotados de propriedade quimicas exageradamente intensas, de molde a serem nocivos aos tecidos vivos. Não se pode pois, dispensar a retenção de parte dos

raios u-v pela atmosféra, que côa e expurga da luz o que de prejudicial pode haver.

Condições climatéricas de Coimbra

Vejamos quais as condições climatéricas de Coimbra e por conseqüência qual a sua importância como estação de cura.

Interessa-nos conhecer principalmente o brilho do Sol, o número de dias claros, escuros e encobertos e a quantidade de nuvens.

Chamamos brilho do Sol o tempo em que o Sol esteve descoberto, registado no Observatório Astronómico por um aparelho do sistêma Jordan.

Entendemos por quantidade de nuvens a porção de céu que elas encobrem, avaliada por estimativa em décimas partes da totalidade; 0 — designa céu claro; 10 — totalmente coberto.

Consideram-se *limpos* os dias em que as médias de 5 observações triorárias da quantidade de nuvens é inferior a 1,2; *cobertos* aqueles em que estas médias excedem 8,7; e de *nuvens* os restantes.

Das tabelas I e II adeante publicadas, referentes aos últimos 15 anos se conclue que em Coimbra há em média 2.350,3 horas de Sol por ano; 81,13 dias claros; 181,86 dias de nuvens e 85,6 dias cobertos.

Donde se conclue que estamos senhores de boas condições climatéricas para utilizar do Sol todos os benefícios que êle é capaz de ceder aos pobres doentes.

Não póde haver serviço de cirurgia sem solário

É urgente por conseqüência a construção dum solário que, sendo utilizado sobretudo pelos portadores de lesões tuberculosas, poderá servir também para receber muitos outros doentes, cujas enfermidades se curam igualmente com aplicação de Sol.

Não se compreende hoje um serviço de cirurgia

Fig. 21 — Já é conhecida em torno do hospital a acção dos banhos de Sol sôbre as crianças enfezadas. (Instantâneo)

sem tal dependência; na construção do último hospital de Lyon, atendeu-se com todo o cuidado à instalação de terrassos de cura solar.

Todo o médico deve ter presente sempre o seguinte axioma de JAUBERT, que resume e condensa tudo quanto se possa dizer a respeito da importância dos solários: «*la galerie de cure solaire deviendra dans le service de chirurgie de demain une nécessité aussi capitale que le laboratoire et la sale de la radiographie. Il est donc nécessaire que le médecin conaisse les conditions que favorisent la pratique de cette cure.*» (*Lyon medical*).

Construção dum solário nos hospitais de Coimbra

¿Onde deverá ser construido?

Vejamos quáis as condições, reputadas melhores, para tais instalações: é sempre preferivel a exposição ao sul, porque permite uma insolação mais duradoira; ou então a sudoeste, porque proporciona sessões mais matinais e úteis sobretudo no estio.

Em terceiro lugar temos a orientação para este e só em último caso se adoptará a exposição ao pôr-do-Sol.

No terrasso que está anexo a C. 1. H. é possivel construir uma galeria de cura, voltada para oriente e em boas condições de abrigo e de exposição. No claustro do hospital poder-se há construir uma explendida galeria voltada ao sul e anexa a C. 2. H.

Nem todas as estações são igualmente úteis (Vide Radiações solares) para a cura de Sol, em virtude da duração de insolação, do estado atmosférico e das qualidades físicas e químicas das radiações solares.

A primavera e o estio são as estações de eleição: já porque a insolação pode ser mais duradoira, já porque os raios chegam até nós coados por uma menor

camada de ar, já porque as radiações ultra-violetes são quatro vezes mais abundantes em julho de que em dezembro. (Reymond, Academia de Sciências, 912).

Ora, em Coimbra temos em média 2.350,3 horas de Sol por ano, que aproveitadas cuidadosa e metodicamente conseguirão a cura num ano de lesões, que ocultas

Fig. 22. — Na guerra, onde a cicatrização dos ferimentos tem de ser rapida, empregam-se os banhos de Sol (abril 915)

sob um penso, banhadas e embebidas de puz levariam anos a curar ou jámais cicatrizariam.

O estado higrométrico do ar em Coimbra é moderado, de maneira que permite a sudação sem grande trabalho das glândulas sudoriperas, àlêm de que uma «aragem» suáve, tão freqùente nos dias mesmo de Sol mais intenso permite a evaporação do suor, exposto á superfície da pele, do modo a tornar mais agradável e mais bem tolerada a insolação.

A helioterápia pode fazer-se e deve fazer-se em toda a parte: desde os campos de guerra, onde os feridos são expostos ao Sol, porque é urgente a cicatrização dos ferimentos até ás mansardas, onde o Sol penetre por uma trapeira; sempre que houver doentes que lucrem com semelhante terapêutica o medico tem o dever de a aconselhar.

A helioterápia pode e deve fazer-se em toda a parte

E não é exagero o que deixamos dito, pois Poncet e Leriche descrevendo alguns dos seus casos brilhantes informam que de todos o mais deslumbrante foi tratado no 5.º andar da casa dum operário, no centro de Lyon que só era banhada pelo Sol depois do meio dia.

TABELA I

Brilho do Sol

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907
Janeiro	188,4	148,48	186,16	123,0	107,2	170,15	154,41	191,7
Fevereiro	85,7	174,56	61,25	182,18	81,59	190,33	132,29	154,51
Março	253,43	171,34	193,19	176,17	154,47	106,39	217,35	245,16
Abril	195,4	205,11	148,9	229,11	256,3	163,38	216,16	125,22
Maio	240,3	277,22	286,32	176,13	212,26	271,33	205,42	139,30
Junho	303,57	295,22	229,25	248,15	238,43	178,28	235,8	265,49
Julho	324,17	353,50	240,19	297,32	310,11	251,9	331,59	246,17
Agosto	290,19	309,37	306,36	316,42	292,24	283,1	332,29	292,18
Setembro	251,46	201,37	264,20	206,32	176,27	220	221,38	200,38
Outubro	203,4	168,28	206,27	152,11	196,17	205,4	182,18	85,30
Novembro	129,46	171,10	101,47	162,58	147,19	82,26	112,20	108,10
Dezembro	131,37	153,12	131,6	88,18	92,3	156,42	160,1	35,43
	2608,35	2631,7	2355,38	2357,27	2266,5	2275,18	2502,36	2070,36

TABELA I *(Continuação)*

	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Janeiro	109,2	163,33	151,58	191,48	103,44	59,34	145,50
Fevereiro	197,52	181,0	83.24	170,58	106,28	151,21	119,9
Março	189,1	108,53	207,38	163,16	166,45	166	152,38
Abril	222,14	241,10	194,25	197,33	265,17	160,41	214,51
Maio	250,10	233,16	245,26	233,11	228,31	186,48	250,42
Junho	217,2	182,5	224,55	216,37	246,3	280,32	189,0
Julho	3_6,39	337,47	272,30	273,48	230,58	270,25	280,7
Agosto	293,26	267,20	285,22	296,29	222,7	249,22	290,55
Setembro	246,56	184,13	234,50	229,34	207,45	178,5	290,33
Outubro	160,44	195,22	173,37	156,16	182,29	143,46	215,5
Novembro	130,1	104,50	127,45	118,52	189,9	128,53	147,0
Dezembro	107,40	7c,6	88,25	89,48	162,5	171,28	56,12
	2455,7	2269,37	2290,15	2338,30	2311,21	2146,55	2353,50

Média dos últimos 15 anos . . . . . 2.350,3 horas de Sol

TABELA II

Número de dias claros, cobertos, de nuvens

	1900			1901			1902			1903			1904		
	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos
Janeiro	7	17	7	4	18	9	8	13	10	5	14	22	4	13	14
Fevereiro	0	10	18	6	14	8	1	5	22	13	9	6	0	12	17
Março	7	19	5	3	14	14	6	15	10	4	18	9	6	13	13
Abril	5	11	14	1	20	9	0	15	15	11	10	9	11	16	3
Maio	5	14	12	2	25	4	10	15	6	2	14	15	5	17	9
Junho	7	19	4	7	19	4	7	14	9	3	16	11	6	17	7
Julho	10	20	1	17	14	0	3	22	6	11	15	5	15	15	1
Agosto	12	14	5	14	16	1	11	19	1	12	17	2	16	14	1
Setembro	4	22	4	2	19	9	9	19	2	8	17	5	6	16	7
Outubro	4	18	9	7	13	11	6	17	8	5	19	7	8	17	6
Novembro	2	14	14	14	12	4	1	16	3	14	7	9	11	12	6
Dezembro	5	10	16	7	15	9	10	8	13	14	11	16	4	10	17
Médias	68	188	109	84	199	82	72	178	115	92	107	106	91	172	103

TABELA II *(Continuação)*

	1905			1906			1907			1908			1909		
	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos
Janeiro	14	7	10	10	11	10	21	5	5	7	12	12	12	12	7
Fevereiro	12	13	3	4	14	10	8	12	8	7	19	13	9	17	2
Março	1	11	9	7	15	9	14	13	4	3	21	5	1	12	18
Abril	4	14	12	5	18	7	5	13	12	3	19	8	4	22	4
Maio	12	15	4	3	13	13	4	14	13	7	20	4	6	15	10
Junho	2	18	10	7	16	7	9	16	5	6	16	8	5	13	12
Julho	7	21	3	5	16	0	13	14	4	18	13	0	20	10	1
Agosto	7	21	3	16	14	1	14	15	2	9	21	1	12	19	0
Setembro	5	14	11	5	18	7	10	11	9	10	18	2	4	13	13
Outubro	9	14	8	4	19	8	2	12	17	3	19	9	7	17	7
Novembro	2	12	11	6	17	7	6	9	15	5	15	10	3	17	10
Dezembro	10	15	6	7	16	0	0	12	19	5	12	14	1	10	2
Médias	85	175	105	89	189	87	106	146	113	85	205	76	84	177	104

TABELA II *(Continuação)*

	1910			1911			1912			1913			1914		
	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos	Claros	Nuvens	Cobertos
Janeiro	4	12	15	14	14	3	4	12	15	1	14	16	8	16	7
Fevereiro	0	17	12	10	10	8	0	17	12	8	16	4	0	15	13
Março	3	15	13	5	16	10	3	15	13	2	17	12	3	15	13
Abril	9	18	3	2	19	9	9	18	3	2	19	9	1	21	8
Maio	2	22	7	3	17	11	2	22	7	3	19	9	4	21	6
Junho	7	16	7	4	16	10	7	16	7	10	18	2	4	19	7
Julho	5	21	5	8	19	4	5	21	5	11	16	4	10	17	4
Agosto	6	15	8	11	19	1	8	15	8	7	22	2	15	15	1
Setembro	9	13	8	5	20	5	9	13	8	5	17	8	12	17	1
Outubro	9	15	7	2	17	12	9	15	7	5	14	12	4	20	7
Novembro	9	18	3	1	16	13	9	18	3	6	12	12	6	14	10
Dezembro	12	16	3	1	18	12	12	16	3	14	10	7	0	11	20
Médias	77	198	91	66	201	98	77	198	91	74	194	97	67	291	97

Dias claros por ano . . . . . 81,13 (média)
Dias de nuvens por ano . . . . . 181,86 (média)
Dias escuros por ano . . . . . 85,6 (média)

TABELA III

Quantidade de nuvens — 0 a 10 (Médias)

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Janeiro . . .	4,9	5,0	5,4	5,8	6,0	4,1	5,0	2,5	6,2	4,1	5,0	3,2	6,7	8,2
Fevereiro. .	8,7	3,8	9,0	3,7	7,9	3,8	6,3	4,7	3,1	3,9	7,5	5,0	8,0	4,6
Março	5,0	6,0	6,4	6,3	6.3	7,9	5,3	3,7	5,7	8,1	5,3	6,1	6,8	6,7
Abril.	6,8	6,2	7,8	4,6	3,7	6,5	5,3	6,6	5,0	5,2	6,3	6,7	3,5	6,7
Maio.	6,4	2,8	4,4	7,6	5,7	3,4	6,4	6,9	4.8	5,4	5,3	5,7	6,4	6,6
Junho	3,8	2,1	5,9	6,5	4,8	6,5	5,1	4,1	5,5	6,3	5,3	1,5	4,5	3,4
Julho	3,5	4,4	5,6	3,8	2,6	3,7	2,9	3,4	1,8	1,6	4,1	4,3	5,1	4,0
Agosto. . . .	3,4	5,8	3,8	2,8	2,4	4,1	2,0	2,6	3,4	2,6	3,6	2,8	5,0	4,5
Setembro. . .	5,4	7,0	4,4	5,1	5,5	5,7	5,4	5,0	3,8	5.3	4,0	4,8	4,7	6,2
Outubro. . .	5,6	7,1	5,5	5,9	4,6	4,7	5,9	7,4	5,6	5,0	6,1	6,7	4,7	6,3
Novembro. . .	7,2	5,7	7,0	4,3	4,7	7,9	5,0	6,4	5,8	6,9	6,0	1,4	3,6	5,9
Dezembro . . .	6,2	5,8	5,1	6,9	7,0	4,7	4,0	8,4	6,5	8,2	6,3	7,5	3,8	3,6
Média	5,6	5,1	5,9	5,3	5,1	5,3	4,9	5,1	4,8	5,2	5,4	5,5	5,7	5,5

Média 5,27

OBSERVAÇÕES

Science sans expérience
N'apporte pas grand assurance
PARÉS.

I. — Osteítes

II. — Artrites

III. — Adenites

IV. — Abcessos ossifluentes

OSTEÍTES

Osteítes cranio-faciais
Osteítes da clavícula
Osteítes do húmero
Osteítes do rádio e cúbito
Osteítes das costelas
Mal de Pott
Osteítes da bacia
Osteítes do fémur
Osteítes da tíbia e peróneo
Osteítes do tarso e metatarso
Espinha-ventosa
Osteítes de focos múltiplos

OSTEÍTES CRANIO-FACIAIS

Observação I

Osteíte do crânio. — Eliminação de sequestros sob a acção do Sol. — Cura completa.

M. A. L., 10 anos, n.º 181, C. 2. M.

Veio transferida da Clínica Neurológica em 28 de agosto de 1913.

Não sabe dar notícias dos antecedentes hereditários, nem pessoais.

Da história pregressa apenas relata a existência duma dôr, localizada ao parietal esquerdo a qual foi seguida de tumefacção grande, dura, dolorosa, sobretudo à noite que cresceu progressivamente, produzindo uma asimetria notável da cabeça.

Fez aplicações diversas; deu-se o amolecimento e apareceram sinais claros de flutuação.

A doente permaneceu ainda em casa; os fenómenos da séde, no começo à esquerda, estenderam-se até à direita; o coiro cabeludo foi levantado e apresentava-se depressível, deixando sentir interposta entre êle e a superfície crâniana uma camada de líquido. Ectropion da pálpebra superior esquerda.

Ostealgia e cefaleia atroz, lancinante; agitação,

insónia, hipertermia elevada (39,5 e 40°), pulso freqùente; emagrecimento, inapetência; expiração prolongada e alta no vértice do pulmão direito.

Reacção-Wassermann negativa.

A análise histo-bacteriológica do líquido céfalo-raquídeo nada revela de anormal.

Deu entrada em C. 2. M.; todo o coiro cabeludo estava descolado da fronte ao ociput; volumoso saco de pus, prestes a abrir-se; a pele na região frontal encontra-se adelgaçada, fina e ruborizada.

Fazem-se, sob anestesia local, quatro estreitas incisões nos pontos de maior declive; sái pus em abundância, mal ligado, sero-purulento, com grumos.

Lavagens com soluto de borato de sódio e exposição ao Sol durante 5 minutos cada vez e por 5 ou 6 vezes durante o dia.

A descarga purulenta manteve-se grande ainda nos primeiros dias, necessitando até dois pensos diários.

Insiste-se com as sessões de helioterápia e a supuração vái diminuindo dia a dia; o pus torna-se seroso e desaparece quási por completo; permaneceram no entanto dois orifícios, correspondentes às incisões no occiput e no parietal esquerdo; o estilete revela uma superfície óssea desnudada, rugosa, que se reconhece tambêm em parte pela palpação por cima dos tecidos moles.

Através dêste último trajecto deu-se a saída, ao fim de certo tempo, de duas lâminas ósseas, longas, trabeculares; o orifício no occiput expulsa pequenos fragmentos, arredondados, dando a impressão de que os ossos se estão pulverizando.

Nada mais de anormal se passou.

A doente sái em 20 de junho de 1914, forte, robustecida e com a sua cicatrização completa.

Observação II

Periostite mastoidea esquerda. — Cura pelos banhos de Sol.

M. L., n.º 238, C. 1. M., 46 anos.

A. H. — Sem valor.

A. P. — Impaludismo.

H. P. — Gripe; «poussée» aguda duma otite crónica esquerda; a supuração cessou ao fim de alguns dias; dôres então mais violentas sôbre a apófise mastoidea; dôres espontâneas, exacerbadas pela pressão, irradiantes para o hemicrânio do mesmo lado. Tumefacção muito grande, desvio do pavilhão, que tende a fazer um ângulo de 90º com a face.

E. A. — À sintomatologia descrita há a acrescentar o seguinte: a pressão ao nível da articulação temporomaxilar aumenta a eliminação de pus pelo canal auditivo; edema retro-auricular com a pele muito destendida, lisa e luzidia. Febre elevada. Agitação.

Autofonia, batedoiros na cabeça, que muito a incomodam. Hipoacusia; quási acusia. Movimentos de lateralidade do pescoço impossíveis; os músculos principalmente o esterno-cleido-mastoideo em contractura.

Aplicação de Sol em doses progressivas; aumento dia a dia de 5 minutos; a acção analgésica foi extraordinária; as dôres violentas e superficiais abrandaram

muito durante as primeiras sessões para reaparecerem sobretudo de noite; mas depois desapareceram por completo. O edema reabsorveu-se; instilações interauriculares com soluto fenicado.

Baixa de temperatura, dores de cabeça algumas vezes após o tratamento, mas pouco duradouras e facilmente suportáveis.

A doente curou por completo da periostite mastoidea; a otite quási curada; a doente pede alta e insiste em sair.

Observação III

Mastoidite esquerda. — Otorrêa: «poussées» múltiplas. — Banhos de Sol. — Eliminação da «areia óssea». — Diminuição rápida do edema e infiltração. — Efeitos analgesiantes surpreendentes. — Cura completa e definitiva. — Conseguiu-se em meses o que 16 anos de tratamento não haviam conseguido.

I. S., n.º 265, C. 1. M., 16 anos. Conta que a mãe é pouco saudável, que uma irmã mais nova sofre de lesões peri-rectais e oculares de natureza tuberculosa.

Desde que nasceu, assim se exprime a doente, tem um trajecto fistuloso retro-auricular direito, ao nível da base e sôbre a face externa de apófise mastoidea.

Apresenta-se formado por um pequeno orifício, marginado por uma estreita orla violácea e por fungosidades que sangram com a maior facilidade. Por êles sái pus mal ligado, cremoso, de cheiro fétido. Tendo tido várias vezes «poussées» agudas, apresenta-se actualmente num dêsses casos e por isso mesmo se re-

conhece a existência duma dôr, profunda, intensa e contínua, que aumenta extraordináriamente com a pressão, sobretudo em pontos especiais e ainda também de edema bastante desenvolvido.

Dôres permanentes durante o dia e durante a noite.

A apófise mastoidea encontra-se trepanada, rugosa, irregular, muito desigual na sua superfície, como se verifica com a sondagem.

Otorrêa abundante agora, diminuindo por vezes em conseqùência de fenómenos de retenção.

Lavagens locais com soluto de borato de sódio. Interiormente óleo de fígado de bacalhau, alternando com xarope iodotânico e a fórmula descrita de Ferrier.

Banhos de Sol; de começo insolação local, que em breve foi substituida por insolação geral.

A doente engordou extraordináriamente; desenvolveu-se muito; estava um pouco atrasada no seu desenvolvimento e readquiriu a corpulência que lhe faltava.

A supuração começou a diminuir, quer a otorrêa, quer a própria supuração da fístula; houve eliminação espontânea de «areia óssea». Diminuição rápida do edema e desaparecimento de dôres.

A doente pigmentou-se fortemente.

Embora o Sol tenha actuado sôbre a cabeça, esta doente nunca apresentou sinais de intolerância.

A cicatrização foi completa e definitiva.

Conseguiu-se em meses o que jámais se havia conseguido em 16 anos. A doente é de Coimbra, e temo-la seguido com cuidado.

Observação IV

Osteíte do maxilar inferior. — Pele prestes a ulcerar-se — Extracção do sequestro por via bucal. — Banhos de Sol. — Cura sem fistulização exterior.

M. C., 47 anos, n.º 304, C. 2. M.

Vem até ao hospital porque sofre há 3 anos do máxilar inferior, sem nunca ter conseguido quaisquer melhoras, apesar da variedade imensa de tratamentos experimentados. Julgou de princípio que as dôres fossem motivadas pelos dentes e por isso mandou extrair o canino e o primeiro premolar inferiores e direitos. Tirou mais dentes e persistiram as dôres; o sofrimento não experimentou mesmo alivio algum; pelo contrário, as dôres cresceram, tornaram-se insuportáveis e formou-se um abcesso que veio á supuração espontaneamente.

No momento em que deu entrada no serviço constata-se a existência dum novo abcesso, ao longo do ramo horizontal do maxilar inferior; os dentes sem fixidez; gengivite expulsiva; rubor extenso, aumento de volume apreciável; supuração; o estilete denuncia a existência dum sequestro.

Exteriormente a pele está lisa, adelgaçada, prestes a abrir, em virtude do processo que invade já as suas camadas mais profundamente colocadas.

Inciza-se o abcesso, faz-se um desbridamento, extrae-se o sequestro, desinfecta-se cuidadosamente com soluto de borato de sódio e água oxigenada.

Bochechos diários com aquele soluto.

Sessões de helioterápia, protegendo a cabeça com um chapeu de palha.

A pele pigmenta-se, perde os caracteres descritos, torna-se consistente, escura, sadia. Conseguiu-se dêste modo evitar a fistulização que esteve iminente.

Saiu completamente curada.

Observação V

Osteíte do maxilar inferior. — Seis intervenções cirúrgicas sem resultado. — Banhos de Sol; melhoras; em tratamento.

G. M., n.º 280, C. 1 M., filha de pais saudáveis.

Teve à direita sôbre o ramo ascendente do maxilar inferior um nódulo que fez desaparecer com aplicação demorada e insistente de pomada mercurial.

Seis meses antes de ser internada no hospital dera pela existência dum pequeno nódulo, das dimensões de um grão de milho, colocado mesmo no mento, indolor a princípio, mas que em breve se tornou séde de aguilhoadas; foi crescendo, a pele adelgaçando até que não tardou a ulcerar-se, a vir à supuração espontaneamente, sendo abundante a quantidade de pus eliminado.

Empregou de novo pomadas, cauterizações com tintura de iodo; sem que melhorasse apreciavelmente, aquelas lesões foram incisadas e curetadas vivamente ao fim de dois meses; as lavagens faziam-se agora com soluto de bicloreto de mercúrio e os drenos eram iodoformados.

Cicatrizou, mas não tardaram oito dias e eis de novo uma ulceração, tratada agora a pontas de fogo.

Com cuidados de antisépsia pôde dominar-se êste processo com certa rapidez e obter-se a cicatrização.

Bem passageira foi, visto que, não eram passados mais de 10 dias e já os tecidos moles, violáceos, deixavam eliminar um produto purulento que levou o médico a fazer largo desbridamento e a curetar com «rugine» o maxilar inferior.

A doente teve a impressão de em poucos dias se haver formado uma cicatriz aparente, de vida bastante efémera e que veio a ter o mesmo destino das outras: ulcerar-se.

Mais uma raspagem e mais uma cicatrização fictícia; andou algum tempo durante o qual se julgou emfim curada. Puro engano; repetiram-se as mesmas scenas e um dentista resolveu extrair um dente, o incisivo esquerdo inferior, e aplicar-lhe pontas de fogo.

A doente chega depois disto ao serviço com a certeza de que ainda não estava sem doença, visto existir sôbre o mento um gomo carnudo, «en cul de poule» turgescente, vermelho, saliente através do qual exsudava um líquido purulento, bastante abundante, que a análise ensina conter germens em barda e de variadas espécies.

Rubor de pele em tôrno, dôr espontânea e à pressão, descolamento extenso, profundo, dirigido para cima e para dentro em cêrca de dois centímetros, parecendo estar em comunicação com a região alveolar do dente extraido. Talvez exista um pequeno sequestro, tal a convicção que resultou da sondagem.

Introduz-se uma pequena cureta de tecidos moles e

tenta fazer-se a sua extracção; de balde; nada saíu além de algum tecido fungoso, que sangrava fortemente.

O estado geral bastante enfraquecido; palidez acentuada e um certo atraso de desenvolvimento; discordância entre idade médica e idade real; inapetência, mialgias; dôres freqùentes na face e cabeça. Sem elementos anormais na urina. Sem lesões de qualquer natureza nos diferentes órgãos e aparelhos.

Começa com os banhos de Sol; insolação local de começo que em breve se tornou geral; as dores cessaram; o pus desapareceu; forma-se apenas um pequeno exsudato seroso, que seca à entrada do trajecto e constitue uma crôsta, eliminada a qual, aflora uma pequena gôta de líquido sero-purulento. Sem rubor, sem dôr, sem descolamento apreciável, sem fungosidades reconheciveis no trajecto, sem alteração de côr nem doutras propriedades da pele, imensamente forte e nutrida, com estado geral esplêndido, segue em bom caminho para a cura, sendo até para estranhar que as suas lesões, na aparência quási nulas, não hajam cessado de vez.

¿Existirá alguma pequena esquírola, que esteja mantendo êste estado?

Não se descobre por nenhum dos métodos de investigação; melhorando o estado geral, pois de setembro até hoje, isto é, em 7 meses engordou mais de 13 kilogramas (vide fig. 11) e melhorando também «in situ», é de crer que esteja para breve a sua cura definitiva.

Observação VI

Osteíte do maxilar inferior. — Forma necrosante. — Banhos de Sol: eliminação de dois volumosos sequestros, que compreendiam o rebordo do maxilar. — Osteíte da tíbia direita. — Quási curado; continua ainda em tratamento.

M. A. M., 9 anos. Deu entrada em C. I. H. no dia 9 de abril de 1914.

Foi possível averiguar que o pai é pouco saudável e que os irmãos sofrem de escrofulose.

Um ano antes de ser internado começou a sentir dôres no mento, não muito violentas, mas persistentes e contínuas.

Aparece em seguida uma tumefacção que cresce dia a dia, acumina, ruboriza-se e por fim dá saída a pus; estabelecem-se fístulas que pretendeu curar em casa com muitos e variados medicamentos, mas debalde.

As fístulas encontram-se sob o mento, junto do rebordo inferior do maxilar inferior; os orifícios apresentam os bordos finos, irregulares, descolados; supuração não muito abundante; pus cremoso e espesso; dôres que se exacerbam durante a noite; não há dentes careados, nem se reconhece a existência de qualquer lesão dentária. Êste doente apresenta além disso osteíte da tíbia, prestes a ulcerar-se.

Procura fazer-se a desinfecção diária da bôca com soluto de borato de sódio, glicerina e água oxigenada; exposição ao ar quando o Sol escasseia; sempre que é possível prolongadas sessões de helioterápia.

Em dezembro de 1914 o doente elimina dois volumosos sequestros pelos orifícios descritos, os quais, de-

pois de aflorarem ao de cimo da pele, tiveram de ser extraídos sob anestesia, visto as fístulas serem de reduzidissimas dimensões e os sequestros demasiadamente grandes.

A osteíte revestiu esta forma de necrose e a mortificação do maxilar atingiu o rebordo alveolar ao nível, dum e doutro da linha mediana, do dente canino, o qual foi expulso juntamente com os sequestros.

Estabeleceram-se assim dois trajectos fistulosos em ligação com a cavidade bocal.

A supuração diminuíu em seguida e o doente continua com os banhos de Sol.

Eis a tabela do seu aumento de pêso:

12 de agosto de 1914.	20,8	kilogramas
21 de agosto de 1914.	20,8	»
23 de agosto de 1914.	21,600	»
12 de setembro de 1914	24	»
2 de outubro de 1914	24,300	»
23 de janeiro de 1915	25,6	»
5 de fevereiro de 1915	25,6	»
11 de março de 1915.	25,5	»
16 de março de 1915.	26	»
22 de março de 1915.	25,6	»
27 de março de 1915.	26,2	»
3 de abril de 1915	26,5	»
13 de abril de 1915	25,9	»
20 de abril de 1915	26,1	»

A cicatrização do lado da bôca deu-se em pouco tempo, tendo restado um pequeno trajecto, independente dela e que com êle não comunicava, através do qual ex-

sudava algumas vezes uma gôta simples dum líquido seroso e através do qual houve a eliminação espontânea duma pequena esquirola.

Continua em tratamento e a cura não se fará demorar por certo, bem como se conseguirá a cura sem fistulização da tíbia, que se encontrava atingida por um processo intenso e extenso de ósteo-periostíte, com a pele lisa e vermelha, como se estivesse em vésperas de se ulcerar.

Observação VII

Osteíte do maxilar inferior. — Banhos de Sol durante a sesta. — Eliminação do sequestro. — Cura.

A., 20 anos, C. 2. H.

Há dois anos dores no primeiro molar inferior direito; extracção do dente; o sofrimento continuou, tumefacção, que abcedou e veiu à supuração; fístula resistente e que não cede a nenhum tratamento.

Internou-se em C. 2. H.; banhos de Sol; eliminação dum sequestro.

Saíu do hospital e como operário que é aconselhou-se a insolação durante as horas de sesta.

As lesões cicatrizaram completamente.

OSTEÍTE DA CLAVÍCULA

Observação VIII

Osteíte de clavicula. — Extracção de sequestros sob anestesia; estado local estacionário. — Banhos de Sol. — Cicatrização rápida. — Ótima cicatriz e ótimo estado geral.

Maria P. E., 13 anos, criada de servir.

A. H. — O pai tem 35 anos e é saudável: mãe já falecida há 3 anos com uma doença do aparelho digestivo. Dois irmãos muito fracos e ambos mais novos.

A. P. — Ataques de gripe freqùentes.

H. P. — Uma noite — vão já decorridos mais de 2 anos — sentiu dôres na região da clavicula direita; não tardou o aparecimento de tumefacção e engrossamento daquele ôsso.

Fez aplicações de sanguesugas, mas não conseguiu evitar que se instalassem os sinais dum processo inflamatório que veio a terminar por supuração.

Êste abcesso ossifluente foi incizado pelo médico e tratado localmente com imensos remédios, entre os quais, com aplicação «in situ» de óleo de fígado de bacalhau.

Debalde; a cicatriz não se formou e o aspecto da ferida, bem como a persistência do pus e de tecido fun-

goso fazem lembrar a existência de sequestro, que na realidade veio a aflorar no orifício do trajecto.

Eliminado êle, recorreu ao hospital em 20 de agosto e deu entrada em C. I. M.

Estado actual. — A inspecção mostra-nos a posição de dois orifícios de trajectos fistulosos, colocados um no meio da face anterior da clavícula e outro na fossa infra-clavicular, 2 centímetros para fóra e para baixo da articulação esterno-clavicular; comunicando entre si, permitem a saída de pus e a exploração com estilete dá-nos a impressão de que a clavícula está «carcomida» e de que poderá haver um sequestro.

O exame radioscópico e radiográfico em nada esclarece o diagnóstico.

Aconselha-se logo a exposição ao Sol, tendo o cuidado de proteger e abrigar convenientemente a cabeça; a acção rápidamente eliminadora em breve se manifesta; surge, 6 dias depois, a um dos orifícios um sequestro estreito, mas com quatro centímetros e meio de comprimento, trabecular, friável.

A quantidade de pus baixou também consideràvelmente; o banho torna-se mais demorado, a pele pigmenta-se intensivamente e a doente não experimenta incómodo algum. As fistulas revestem-se de melhor aspecto e o orifício mais próximo da linha média cicatriza completamente.

O Sol falta durante o inverno; aproveitam-se todos os dias em que êle descobre; a doente toma internamente uma medicação recalcificante, constituída por carbonato de cálcio, fosfato tricálcio, cloreto de sódio e magnésia calcinada.

As melhoras locais são notáveis: a clavícula deixou

de estar «gonflée», a infiltração dos tecidos moles desapareceu e não há fenómenos dolorosos, nem mesmo à pressão.

Em 21-1-914 só resta um orifício punctiforme através do qual é introduzida uma cureta pequeníssima, própria para tecidos moles; faz-se mesmo, sem qualquer anestesia, uma suave curetagem que elimina dois sequestros de diminutas dimensões, bem como alguns tecidos fungosos.

As sessões de helioterápia passam a ser de duas horas e em 1 de fevereiro de 914 a doente deixa o hospital completa e definitivamente curada.

A cicatriz do trajecto infra-clavicular está reduzida a um ponto; a cicatriz ao longo da clavícula é rectilínea, comprida e estreita.

Informações há pouco recebidas dizem que êste estado se mantem.

OSTEÍTES DO HÚMERO

Observação IX

Osteíte do húmero. — Trajectos múltiplos. — Banhos de Sol. — Cicatrização. — Osteíte da tíbia com trajectos fistulosos há 4 anos e que só agora cicatrizou com a helioterápia.

M., n.º 225, C. 2. M.; sofreu há 4 anos de osteíte da tíbia direita, onde apresenta extensas cicatrizes, ou melhor uma cicatriz única, extensa e larga do joelho até à articulação tibiotársica; testemunha das graves lesões da tíbia que foi eliminada em parte sob a forma de sequestros; a parte principal cicatrizou e restaram apenas 3 trajectos fistulosos, estreitos, juntos da articulação, do tornozelo, que nunca fecharam, nem cicatrizaram.

Há 1 ano apareceu osteíte do húmero também direito, com todo o cortejo sintomático próprio e característica destas lesões.

Um médico incizou, fez pensos obturadores com drenos de gaze que retinham o pus, o qual produziu um grande descolamento nos tecidos moles, de maneira a virem ulcerar-se no terço inferior do braço.

Cansada de ensaiar remédios inutilmente, veiu até ao hospital, onde, além das lavagens simples com água

bórica, tinha exposição à luz e ao ar, em dias em que não era possível beneficiar do Sol.

O húmero, de contôrnos muito irregulares e desiguais, era séde de quando em quando de «poussée» que agravavam todos os sintomas e que aumentavam a supuração, geralmente reduzida a poucas gôtas, espessas e amareladas.

A cicatrização tem seguido regularmente agora e a insolação dêstes últimos dias tem feito acelerar a cura dos trajectos da perna, 2 dos quais estão cicatrizados e o que resta não tardará muito, visto se haver estreitado, diminuido de tamanho e se sentir quási superficial.

Quer dizer, o Sol fez em pouco mais dum mês o que as variadas e variegadas medicações não haviam feito em 4 anos.

Observação X

Osteíte do húmero esquerdo. — Sequestros volumosos que afloram à pele e que pela sua grandeza só podem ser extraídos sob anestesia. — Penso a chato. — Cicatrização perfeita, definitiva, rápida «num rufo», segundo a frase do doente.

C. R. — dá entrada no serviço de Técnica Cirúrgica em 23 de julho de 1914, com osteíte do húmero esquerdo.

«Habitué» do hospital, pois apresenta numerosíssimas cicatrizes e vestígios de lesões múltiplas e freqùentes vezes repetidas de natureza especifica tratadas nestes hospitais: tuberculose óssea, articular cutânea e ganglionar.

A sua profissão de alfaiate é compatível com seme-

lhante estado e raros são os períodos em que se encontra com a cicatrização total de todas as lesões.

Conhecemo-lo já do hospital, onde temos assistido à marcha crónica, arrastada, segundo a qual evolutem as suas lesões: nem outra coisa se poderia esperar dum terreno, tão propício para o desenvolvimento da bacilose.

Determinou agora a sua vinda o aparecimento dum foco de osteíte do húmero esquerdo, que se fistulizou no

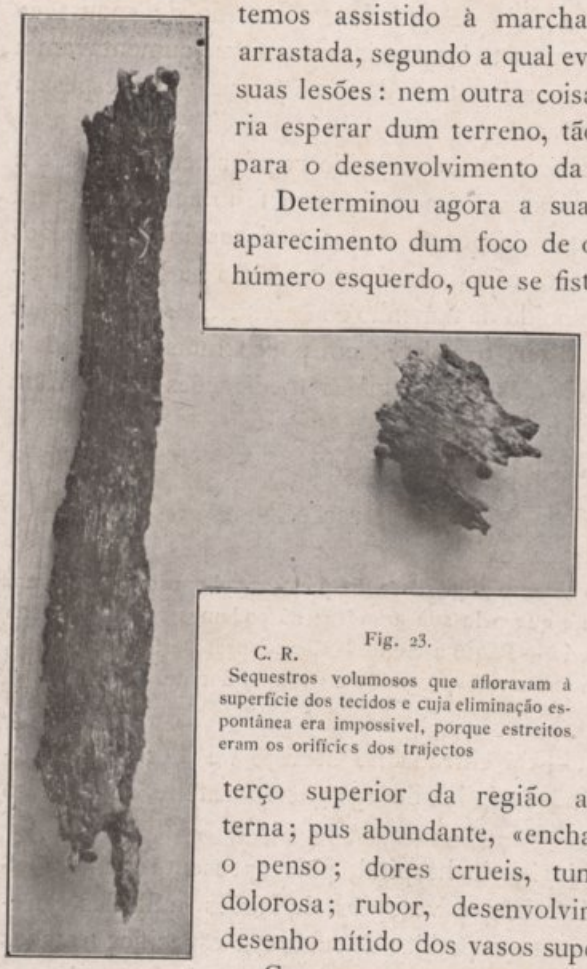


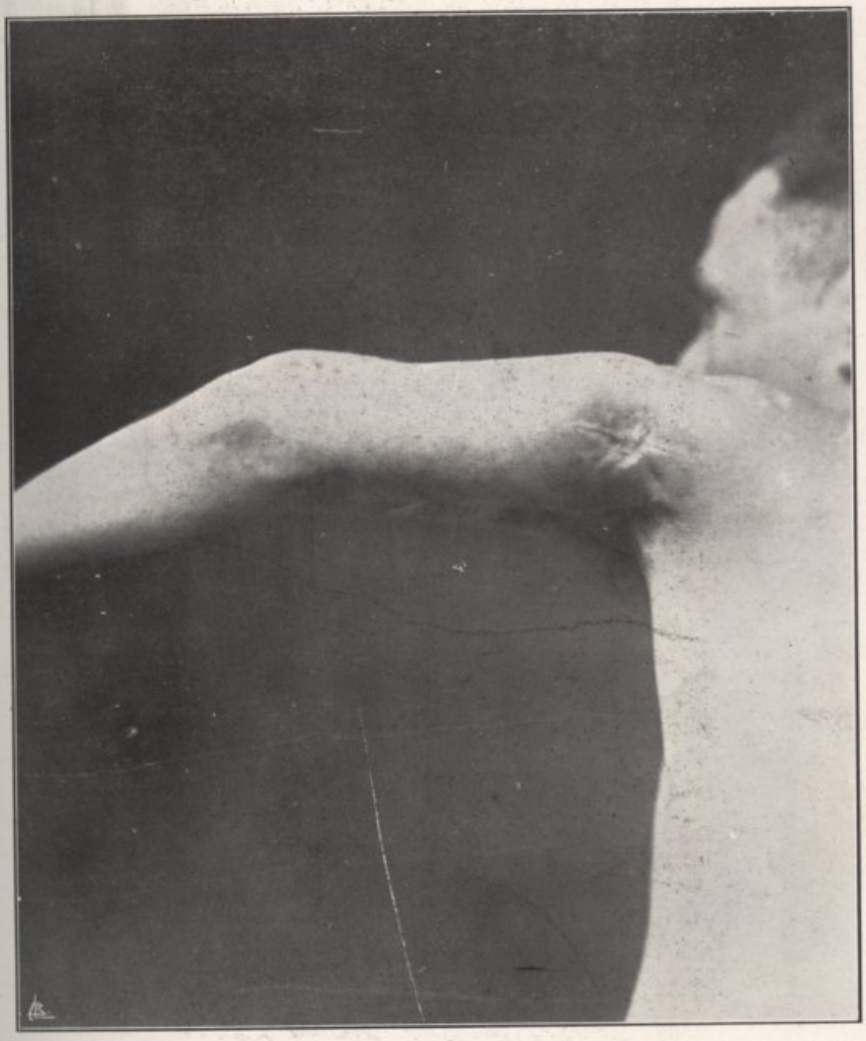
Fig. 23.
C. R.
Sequestros volumosos que afloravam à superfície dos tecidos e cuja eliminação espontânea era impossível, porque estreitos eram os orifícios dos trajectos

terço superior da região antero-interna; pus abundante, «encharcando» o penso; dores crueis, tumefacção dolorosa; rubor, desenvolvimento e desenho nítido dos vasos superficiais.

Começa com os banhos de Sol e o sofrimento abranda; os carateres de pus melhoram e a tumefacção diminue.

Observação X

Fig. 24 — Numerosíssimas cicatrizes de tuberculose cutânea, ganglionar, óssea e articular.
Cicatrização sempre lenta e arrastada



Observação X

Fig. 25 — Cicatriz perfeita, fina, linear,
sem tendência a queloide e, segundo a frase do doente, formada «num rufo.»

Ao fim de 15 dias reaparece o sofrimento; verifica-se que, encravado nos tecidos moles, está um sequestro, que, na sua marcha para vir até ao exterior, procura romper e abrir caminho mesmo através dos tecidos moles, visto o trajecto fistuloso ser estreito.

Tentamos extraí-lo sob anestesia local, apreendendo-o e fazendo tracção com uma pinça de Kocher. Impossível; as dôres aumentam ainda porque o sequestro é extraordináriamente volumoso, como a gravura atesta e a hemorragia era grande.

Cloroformisa-se no dia seguinte, faz-se um desbridamento, cujo meio corresponde ao trajecto, cortam-se os tecidos moles, eliminam-se as fungosidades; procedeu-se igualmente do lado posterior, ao nível do outro trajecto, através do qual se sente tambêm um sequestro móvel, subcutâneo.

Penso a chato; cicatrisação sob os banhos de Sol: a cicatrisação fez-se com rapidez assombrosa; foi «num rufo», dizia o doente cheio de admiração pelas virtudes do Sol. «Nunca tal coisa me aconteceu» afirmou quem há mais de 30 anos sofre de tuberculose óssea.

O braço pigmentou-se muito; ficou de dimensões normais, identicas às do outro.

Não mais voltou a ter dôres: não sente o mais ligeiro enfraquecimento ou diminuição de capacidade para o trabalho.

Observamos êste doente há poucos dias e mantem-se precisamente como quando teve alta.

Aconselhamos-lhes a exposição metódica e regular de todo o organismo ao Sol, como meio profilático contra as recidivas das lesões que o não largam há tanto tempo.

Observação XI

Osteíte do humero. — Trajectos fistulosos. — Rigidez da articulação escapulo-humeral. — Banhos do Sol. — Reaparecimento dos movimentos normais. — Fistulas em via de cura.

C. I. M., n.º 239.

M. A. L. S., 26 de abril de 1914.

A. H. — Pais doentes; a mãe com osteíte tuberculosa e escrofulose.

A. P. —Variola; sarampo por duas vezes; influenza.

H. P. — Há dias, antes de ser internada em C. I. M., sentiu uma dôr aguda na região escapular direita à qual sucedeu tumefacção em todo o membro superior dêste lado. Rubor e dôr mais forte na região deltoidea: Incisão, supuração abundante que vinha principalmente de cavidade axilar, ao nível de articulação escapulo-humeral.

Lavagens com soluto de permanganato de potássio, sem que houvesse melhoras.

Fez sessões de helioterápia e a supuração em pouco desapareceu; as lesões antigas ficaram reduzidas a fistulas; os movimentos de elevação dificultados e de delimitada amplitude, como a fotografia mostra, começam a tornar-se cada vez mais suaves, mais amplos e hoje o braço direito comporta-se tal-qualmente o que acontece com o outro.

Esta acção resultiva foi das mais surpreendentes!

O terço superior do braço continua ainda um pouco tumefeito, os trajectos fistulosos subsistem, o húmero tem um diâmetro duplo do diâmetro normal, e conserva