

1311

N.º 4

1908

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

COXALGIA

E SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

João Maria da Fonseca Junior



PORTO

Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão
65, Largo de S. Domingos, 67

1907

134/4. EM

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratricos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral. Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . Thiago Augusto d'Almeida.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria. . . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica Vaga.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia pathologica. . Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semciologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene. João Lopes da Silva Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica . Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- | | | |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Secção medica | { | José d'Andrade Gramaxo. |
| | { | Ilídio Ayres Pereira do Valle. |
| | { | Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica. | { | Pedro Augusto Dias. |
| | { | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | { | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| Secção medica | { | Vaga. |
| | { | Vaga. |
| Secção cirurgica. | { | Vaga. |
| | { | Vaga. |

Lente demonstrador

- | | | |
|----------------------------|---|-------|
| Secção cirurgica | { | Vaga. |
|----------------------------|---|-------|

A escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)

A Meus Paes

*É insignificante esta pagina para
demonstrar o grande amor filial que
vos consagro. Contae sempre com
a dedicação do vosso*

João.

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Jnr.

Joaquim d'Oliveira Baptista

E a sua Ex.^{ma} Esposa

D. Josefa Hernandez Baptista

*Muito vos devo por isso o vosso
logar será sempre junto de meus
Paes.*

A minhas boas irmãs

Laurinda

Isabel

Estrella

Tordalia

Nunca vos esquecerei.

A meus irmãos

Julião

Castão

Um abraço muito apertado

À minha noiva

*Cumpridos os juramentos con-
quistar-se-ha a felicidade.*

Ao III.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Dr. João Augusto Marques d'Almeida

Como prova do mais profundo
respeito.

À Ex.^{ma} Snr.^a

D. Maria do Patrocínio d'Almeida

*Sois para mim uma verdadeira
e dedicada irmã.*

AO MEU BOM AMIGO

Alvaro Baptista

e á Ex.^{ma} Snr.^a

D. Esther Augusta d'Oliveira

*Só vos desejo venturas e fel-
cidades.*

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Frederico Ferreira Pinto Basto

e a sua Ex.^{ma} Esposa

D. Emilia Dinheiro

*Em testemunho de profunda
gratidão e sincera amizade.*

Ao meu muito intimo amigo e collega

Dr. Manoel Carlos Cerdeira

*Se todos fossem como vós, o
inicio da vida pratica não apre-
sentaria tantas difficuldades.*

*Aqui vos testemunho a minha
sincera amizade e eterna grati-
dão.*

AOS MEUS DEDICADOS AMIGOS

Dr. Henrique Gomes d'Araujo

Dr. Albino da Costa Torres

*Amizade como a vossa não
póde ser traduzida por palavras.*

*Acceitae, pois, um fraternal
abraço.*

AO MEU DEDICADO AMIGO

Dr. Alfredo de Moraes Almeida

Ser-vos-hei sempre reconhecido.

A meus fios

A minhas fias

A meus primos

Muitos abraços.

A MEUS PADRINHOS

O. Clementina Augusta de Figueiredo

Pto Braz Maria da Fonseca

*Nunca olvidarei as vossas
attenções.*

AO MEU PARTICULAR AMIGO

O Ex.^{mo} Snr.

Antonio José Loureiro d'Almeida

*Como prova de muita estima
e consideração.*

AO MEU CARO AMIGO

João Lopes Alves Guimarães

A minha gratidão é immensa.

AOS MEUS DEDICADOS AMIGOS

*3.^o Germano Pinto Ribeiro
3.^o Antonio da Silva
José Duarte d'Almeida
Francisco Antonio Leitão
Dionysio Duarte
Alfredo Rodrigues Ferreira*

*Como recordação da nossa
velha amizade.*

AOS MEUS AMIGOS

Dr. Antonio Maria do Amaral e Freitas

Albertino de Serpa Corte-Real

Antonio de Serpa

Julio Ferreira da Silva Alegria

Accacio da Gama Bandeira Castel Branco

*Nunca esqueci esse tempo
de leal camaradagem.*

As Ex.^{mas} Snr.^{as}

D. Bonifacia Hernandez Bueno

D. Rosa Hernandez da Silva

e sua gentil filha Tizi

*Nunca esquecerei as vossas
amabilidades.*

Aos meus condiscipulos

E EM ESPECIAL A

Dr. Jayme Pereira d'Almeida
Dr. Adolpho Pinto Leite
Dr. José Pinto Machado Torres
Dr. Alvaro da Cunha Ferreira Leite
Dr. Manoel Joaquim Esteves
Dr. José Teixeira de Seabra Dias
Dr. Alfredo d'Oliveira e Souza Peixoto
Dr. Alberto da Costa Ramalho Fontes

Um affectuoso abraço de
despedida.

Aos meus contemporaneos

Dr. Alberto Julio Pinto Villela
Dr. Francisco da Silva Miranda Guimarães
Dr. Manoel Augusto d'Oliveira Pinto
Dr. Augusto Cesar de Carvalho Almeida

Abraço-vos a todos.

flos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

João Couceiro

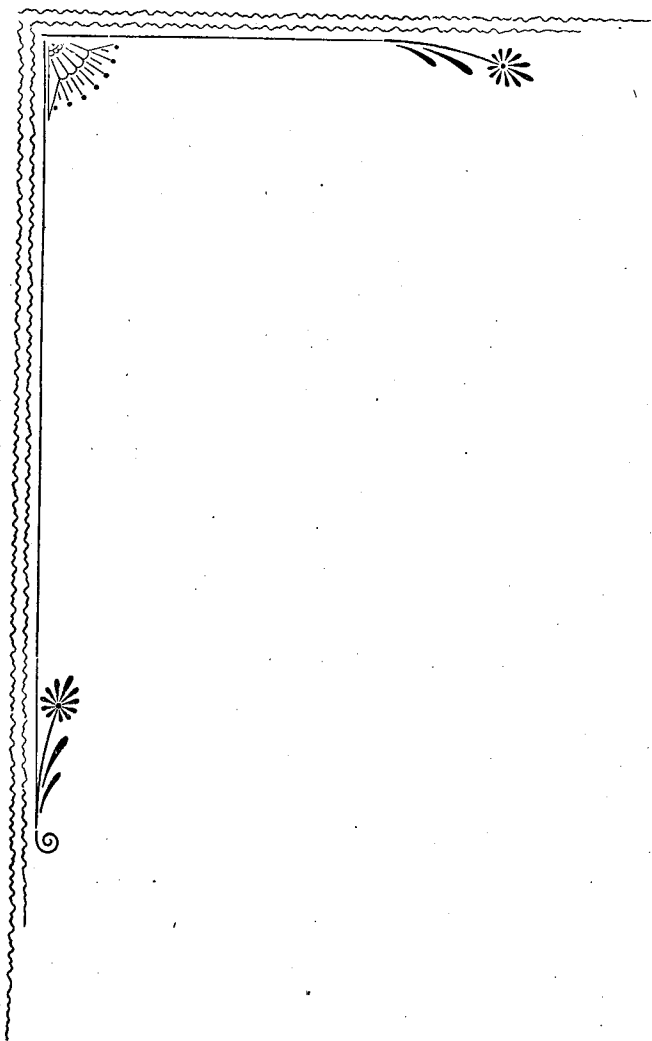
Dr. João d'Almeida Dias

O meu profundo reconhe-
cimento.

AO EX.^{MO} PRESIDENTE DA MINHA THESE

Prof. Thiago Augusto d'Almeida

*Homenagem ao vosso muito
saber.*



Prologo

Sem pretenções e, apenas em obediencia á lei, apresentamos este nosso modesto trabalho.

No decorrer da sua leitura nada se encontrará de novidade: nem elementos para o diagnostico da coxalgia, nem, ainda, subsidios para a sua therapeutica.

Uns e outros só uma longa pratica poderia, talvez, fornecer-nos, pratica, que não temos, nem póde ter, quem se vê obrigado a defender these logo após o seu curso escolar.

Na impossibilidade, pois, de apresentar um trabalho original, procuramos fazer uma leitura seria de differentes tratadistas d'este assumpto e expôr, o mais methodicamente que nos foi possivel, os elementos colhidos.

Faltas d'exposição, quer quanto á sua insufficiencia, quer quanto á fórma, com certeza as ha de ter o nosso trabalho, mas esperamos que ellas nos serão relevadas, attendendo ás difficuldades de toda a ordem que assediam quem, pela primeira vez, tem de apresentar um trabalho escripto.

Feitas estas previas declarações, aguardamos a maxima benevolencia do illustrado Jury que nos vae julgar.



Etiologia.

Sendo a coxalgia uma localização da tuberculose sobre a articulação coxo-femural, facil será muitas vezes investigar a sua causa, quer pelo exame attento do doente, quer pelo interrogatorio dos seus antecedentes pessoaes e hereditarios, o que poderá revelar a existencia de qualquer outra manifestação ou tara tuberculosa.

Ha casos, porém, em que as mais meticolosas investigações e o mais cuidadoso interrogatorio, cousa alguma conseguem descobrir.

Na coxalgia, como em todos os tumores brancos, deve ser sempre criminado o bacillo de Koch.

Todas as circumstancias, antigamente consideradas como determinantes, não conservam hoje mais do que um papel muito secundario.

A infancia predispõe consideravelmente para a arthrite coxo-femural, tomando a maior parte dos auctores para typo das suas descrições as

edades de cinco a dez annos. N'aquella edade, os pontos de ossificação que formam o fundo da cavidade cotyloidêa e os nucleos osseos da cabeça femural, estão em plena actividade, o que constitue uma condição altamente favoravel á localisação bacillar.

Os traumatismos, as luxações, as contusões, as febres eruptivas, a febre typhoide, as anemias, etc., emfim, todas as causas debilitantes e depauperantes para o organismo, são outros tantos factores que pôdem fazer despertar a manifestação tuberculosa até então latente.

Symptomatologia.

A coxalgia revela-se-nos por symptomas diferentes segundo a epocha em que examinamos o doente, podendo-se considerar tres periodos na sua evolução.

No primeiro periodo, ou periodo de começo, os symptomas são pouco accentuados, algumas vezes intermittentes.

O segundo periodo é caracterisado pelas contracturas, attitude viciosa da anca e limitação dos movimentos; finalmente, o terceiro é assignalado pelas luxações e suppuração fechada ou fistulosa.

Primeiro periodo ou de começo

No seu inicio a coxalgia póde revestir fórmās variadas, subordinando-se, comtudo, a duas principaes — insidiosa e brusca.

Reconhece-se a coxalgia de começo lento,

por um conjuncto de signaes, embora pouco accentuados, formando um quadro clinico muito caracteristico.

Começar-se-ha o exame pela analyse da claudicação.

Durante a marcha os dois passos são deseguaes, o apoio sobre o pé do lado doente é menos firme do que normalmente; a duração de dois passos successivos é variavel; a oscillação do membro doente é mais lenta e, além d'isso, o doente lança para a frente o pé do lado não affectado com mais segurança e com uma leve precipitação, em quanto que o do lado doente é lançado com suavidade, com algumas precauções, d'onde resulta uma differença entre os dois ruidos.

Esta marcha tão caracteristica é apreciada, quer pelo ouvido quer pela simples inspecção, denominando-a alguns auctores marcha de *maquignon*.

O segundo symptoma a investigar é a apreciação dos movimentos da anca.

Imprimindo ao membro são movimentos de flexão, extensão, abducção e adducção, nota-se que se realisam em limites muito mais extensos do que do lado doente.

Relativamente ao estudo da extensão, deve tomar-se a precaução de deitar o doente sobre o ventre e não sobre o dorso, como é geralmente pratica corrente, porque se a extensão é muito levemente limitada, póde conseguir-se collocar

inteiramente o membro em contacto com o plano horizontal do leito, não se obtendo a sella lombar, que é para muitos um signal de alta importancia.

A pratica a seguir deve ser a seguinte : Deita-se o doente sobre o ventre e começa-se a investigação pelo lado não affectado. Tomando a perna semi-flectida acima dos malleolos, dirige-se levemente a coxa até aos limites extremos da extensão. Durante esta manobra, a bacia está solidamente applicada sobre o leito, pela mão esquerda do explorador. Normalmente este movimento de extensão ultrapassa a horizontalidade e levanta o joelho a uma notavel altura acima do plano do leito.

Procedendo em seguida ao mesmo ensaio sobre o lado doente, nota-se que os limites da extensão são mais curtos e que o joelho não se levanta a uma tão grande altura.

O symptoma dôr occupa um plano muito secundario n'este periodo ; é rara desde o começo e quando existe, já a limitação dos movimentos se torna evidente.

A atrophia muscular é um signal muito precoce, que se nota por comparação com o lado não attingido. A fórma da coxa é menos arredondada e os relevos formados pelos musculos menos salientes.

Lannelongue liga uma grande importancia ao signal por elle denominado de experiencia. O

doente collocado de pé, com os dois pés approxi-
mados, conserva-se muito difficilmente appoiado
d'uma maneira egual sobre os dois membros in-
feriores.

Se se observa durante alguns momentos, não
tarda a flectir o joelho doente e a tomar a posição
inclinada sobre o lado não affectado.

O enfartamento ganglionar é quasi constante
na parte interna e inferior da fossa iliaca acima
da arcada femural.

Algumas vezes tambem se pôdem encontrar
ganglios no triangulo de Scarpa, não tendo toda-
via uma significação tão precisa como os da fossa
iliaca.

Constata-se raras vezes a coxalgia de come-
ço brusco. Ha dôr muito intensa na região da
anca, contracturas precoces, hyperesthesia cuta-
nea, de modo que qualquer exploração é difficul-
tosa.

Em presença d'uma tal symptomatogia, pô-
demos confundir a coxalgia com o rheumatismo
articular agudo ou com a osteomyelite, tanto mais,
que ha febre elevada, transpirações abundantes e
diffusas, desaparecendo a confusão passados al-
guns dias, em que sobreveem um periodo de cal-
ma, acompanhado dos symptomas inherentes á
coxalgia.

Segundo periodo

N'este periodo os symptomas de começo tornam-se mais nitidos e accentuados. A limitação dos movimentos é mais visivel

A flexão não ultrapassa o angulo recto; a extensão é menor, a coxa não póde ser applicada sobre o plano do leito e verifica-se a existencia da sella lombar, quer dizer, entre a região lombar e o plano do leito, fica um espaço vazio. A rotação, abducção e adducção só podem ser executadas dentro d'uns limites muito restrictos. E' frequente encontrar-se n'este periodo os movimentos activos e passivos quasi completamente abolidos; a coxa está fixa em uma attitude muito caracteristica e quasi sempre a mesma: *flexão com abducção e rotação para fóra*.

A fixação quasi completa da articulação está associada muitas vezes a um certo grau de sensibilidade e empastamento da região.

A limitação dos movimentos em um periodo precoce está unica e exclusivamente ligada á contractura muscular, pois basta adormecer os doentes com chloroformio, para vermos a anca recuperar os movimentos; mais tarde, existem além das contracturas, as retracções ligamentosas e alterações das superficies articulares.

Para examinar os movimentos passivos, convém, como no periodo de começo, collocar o doente em decubito dorsal sobre um plano rigi-

do, começando sempre a exploração pelo lado não affectado.

Se se approxima o membro são do membro doente fixo em posição viciosa, nota-se uma differença de comprimento que facilmente se avalia pelo processo descripto por Giraud-Teulon.

Este processo de mensuração é baseado sobre um principio geometrico e uma disposição anatomica: 1.º conhecendo os tres lados d'um triangulo, póde determinar-se a distancia que separa o vertice da parte media da base; 2.º a articulação coxo-femural está situada a egual distancia da espinha iliaca e do ischion.

Admittindo estes dois principios, mede-se com um compasso de espessura a distancia que separa a espinha iliaca do ischion e traça-se esta linha, que forma a base do triangulo, sobre um quadro; em seguida procura-se o segundo lado medindo a distancia entre a espinha iliaca e o condylo externo; finalmente o terceiro lado é dado pela distancia que separa o condylo do ischion; a intercepção d'estes dois ultimos lados forma o vertice do triangulo e a linha tirada d'este vertice para o meio da base dá o comprimento do femur.

Procede-se da mesma forma para o lado opposto e assim se apreciarão as differenças de comprimento, tanto apparentes como reaes. A dor, n'este periodo, encontra-se por vezes loca-

lisada em tres pontos fixos: ao nivel da articulação, na região dos adductores, e sobre o ischion.

Terceiro periodo

Este periodo é caracterizado por graves alterações, quer das superficies articulares, quer das partes molles, revelando-se pelas luxações e supuração fechada ou fistulosa.

Aqui, o termo luxação tem um sentido mais generico do que habitualmente; emprega-se para designar todos os deslocamentos da cabeça femural. Exporemos muito resumidamente os differentes signaes, que nos permitem distinguir clinicamente as verdadeiras luxações, isto é, a sahida da cabeça femural para fóra da cavidade cotyloide, dos deslocamentos devidos, quer a um augmento da cavidade, quer a uma diminuição de volume da cabeça femural.

A verdadeira luxação caracterizada pela sahida da cabeça femural da cavidade cotyloide, quer ella esteja situada ao nivel do supercilio ou mais acima na fossa iliaca, reconhece-se em primeiro logar pela attitude do membro, que é quasi sempre a mesma: — a coxa em adducção e mais ou menos flectida.

O grau de adducção é variavel; quanto mais accentuado elle fôr, mais consideravel é a ascensão da cabeça femural e o joelho mais fortemente dirigido para dentro.

A flexão está em relação com a séde da cabeça luxada; o membro está tanto mais flectido, quanto mais para traz se encontra a cabeça. Inversamente, a luxação directamente para cima ou para cima e para deante, é indicada por uma extensão quasi completa do membro.

O simples deslocamento da cabeça reconhece-se pela exploração directa da extremidade superior do femur.

O primeiro signal, que geralmente se encontra, é a elevação do grande trochanter acima da linha de Nelaton. Para apreciar esta elevação, colloca-se a coxa do lado não affectado, na mesma adducção e flexão que a do lado doente e traça-se a linha de Nelaton, que vae da espinha iliaca antero-superior á tuberosidade ischiatica. Esta linha, no estado normal, passa sensivelmente pelo vertice do grande trochanter, o que não acontece no estado pathologico, pois rasa o trochanter ao nivel da face externa e um ou dois centimetros abaixo do vertice. Este signal, que indica a elevação da cabeça femural, não é uma prova directa da luxação, pois que a cabeça póde estar deslocada para cima na cavidade cotyloide augmentada. Deve-se procurar directamente a posição da cabeça, palpando a face externa do femur, para vêr se encontramos a saliencia formada pelo grande trochanter. Encontrada esta saliencia, investiga-se cuidadosamente a posição que ella occupa. A reunião d'estes dois signaes, ascensão do

grande trochanter e saliencia da cabeça ossea, são provas sufficientes para affirmarmos um diagnostico da luxação.

Geralmente a cabeça cavalgando sobre o supercilio cotyloidêu, é pouco movel (luxação incompleta).

Quanto mais completa fôr a luxação, tanto maior mobilidade terá a cabeça femural, quer para deante, quer para traz, a não ser que haja um obstaculo do lado das partes molles.

Pseudarthrose intracotyloide

O diagnostico differencial da pseudarthrose intracotyloide e da luxação completa ou incompleta faz-se pelo exame da região trochanteriana.

Sem duvida alguma, o grande trochanter está elevado como na luxação e, muitas vezes, mesmo em um grau muito mais accentuado, mas o que não se encontra é o relevo osseo.

Se compararmos a saliencia trochanteriana do lado são com a do lado doente, nota-se, que é manifestamente menor a do lado attingido.

Não havendo inflammação, a mão que explora o trochanter, sente acima d'elle, não a distancia como do lado são, mas quasi immediatamente, o plano do osso iliaco.

A nadega encontra-se um pouco achatada.

Na ausencia da dôr e tumefacção pôde-se impedir movimentos bastantes extensos.

Um dos symptomas, que n'este periodo fere immediatamente a vista do observador, é o encurtamento do membro, devido quer á ascensão do grande trochanter, quer á attitude viciosa, flexão com adducção, quer ainda á dystrophia dos ossos.

Se se convida o doente a collocar-se de pé e apoiado sobre os dois membros ao mesmo tempo, d'uma forma tão egual quanto possivel, o pé do lado são appoia-se, como normalmente, sobre a região plantar, emquanto que o do lado affectado fica em equinismo, toca o solo sómente com a ponta.

Determinando a posição das duas espinhas iliacas antero-superiores, nota-se que a bacia é obliqua transversalmente, a metade correspondente á anca doente encontra-se um pouco mais elevada. A flexão da coxa é compensada pela sella lombar. Se a deformação da anca é muito notavel, o equinismo não basta para compensar o encurtamento, o membro são está ligeiramente flectido ao nivel do joelho.

Quando o doente tenta apoiar toda a planta do pé sobre o solo é obrigado a flectir bastante fortemente o joelho do lado opposto.

Como o membro doente é menos poderoso, póde mesmo conservar uma sensibilidade anormal; a oscillação do membro são é precipitada, afim de fornecer a tempo apoio ao membro doente, que é lançado em primeiro lugar.

No passo seguinte, a oscillação do membro doente faz-se com lentidão, de modo que o appoio é mais demorado sobre o membro são.

A analyse cuidadosa e meticulosa de todos estes movimentos permite apreciar muito claramente a claudicação.

Outro symptoma, talvez o mais importante e o mais caracteristico do terceiro periodo, é, sem duvida alguma, a suppuração aberta ou fistulosa.

O abcesso é uma hernia ou diverticulo do fóco tuberculoso atravez da capsula articular. A sua perfuração póde resultar, quer da ulceração das fungosidades tuberculosas, quer da tensão exaggerada do conteúdo articular.

O abcesso é observado clinicamente no momento em que o diverticulo extra-articular toma um desenvolvimento sufficiente para o tornar sensivel á exploração. Vê-se a collecção e sente-se pela palpação; verifica-se a sua existencia pela fluctuação, que serve egualmente para determinar a sua extensão e os seus prolongamentos.

A limitação exacta do abcesso tem um alto interesse pratico, sob o ponto de vista do tratamento, para reconhecermos o ponto onde elle é mais accessivel.

Estes abcessos pódem localisar-se em qualquer ponto da região da anca, proximo da articulação ou em pontos mais affastados, consoante o deslocamento das partes molles; comtudo a sua localisação é mais frequente na parte antero-

interna e antero-externa da raiz da coxa e na região nadegueira.

Os abcessos antero-externos estão situados na parte externa do triangulo de Scarpa ou um pouco mais para fóra, formando uma saliencia directamente abaixo da espinha iliaca antero-superior; outras vezes é subjacente á arcada femural, quer acima, quer abaixo.

Os antero-internos tornam-se ordinariamente apparentes ao nivel da prega da virilha, na parte interna ou um pouco mais abaixo, na região dos adductores.

São principalmente os abcessos antero-internos, que enchem toda a base do triangulo de Scarpa, passando por baixo dos vasos femuraes, cujas pulsações se sentem, applicando a mão por deante da collecção purulenta.

Muito communmente estes abcessos communicam com os da região antero-externa, como se pôde verificar exercendo pressão na parte interna da coxa, pois nota-se que a collecção se desloca para a parte antero-externa, ponto de mais facil accesso ao trocart.

Os abcessos nadegueiros estão ordinariamente localizados acima e atraz do grande trochanter.

N'este periodo o estado geral dos doentes encontra-se alterado.

O doente emmagrece, empallidece, perde o appetite. E' vulgar e muito frequente encontrar-se outras manifestações tuberculosas.

Constata-se muitas vezes uma elevação de temperatura com grandes oscillações, acompanhada de suores abundantes, calafrios, etc., isto é, toda a symptomalogia das grandes suppurações.

N'este periodo da coxalgia, dispensando os cuidados sufficientes, applicando um tratamento conveniente e apropriado, podemos assistir ao desaparecimento de todos os symptommas da suppuração, quer localmente, quer a distancia; caso contrario, o abcesso tende a avolumar-se cada vez mais, a realisar a sua abertura expontanea, sobrevindo fistulas, mais ou menos numerosas, situadas em diversos pontos, d'uma cicatrização difficil, senão impossivel.

Este periodo fistuloso prolonga-se por vezes indefinidamente, succumbindo o doente aos estragos d'uma cachexia ou infecção mixta, resultante das multiplas associações microbianas, que encontram um terreno favoravel e muito proprio para o seu desenvolvimento.

Diagnosticco.

Relembrando a symptomatologia da coxalgia, o diagnostico impõe-se, a não ser nos casos em que alguns dos signaes de começo existem apenas muito leve e isoladamente esboçados.

Muito propositadamente no capitulo precedente não mencionamos a par e passo as alterações geraes, porque julgamos mais conveniente assignalal-as n'este logar, evitando assim uma recapitulação e demonstrando ao mesmo tempo a importancia de taes alterações, nomeadamente quando pretendemos fazer um diagnostico precoce da natureza da arthrite coxo-femural.

Se, sob o ponto de vista do tratamento local, é de alto valor fazer um diagnostico da arthrite, quanto a nós afigura-se muito mais importante ainda conhecer a sua natureza, para saber qual a conducta a seguir relativamente ao tratamento geral, que será um poderoso auxiliar do tratamento local.

E' evidente que se o doente se nos apresenta nos ultimos periodos, o diagnostico não offerece a menor difficuldade.

Que embaraço poderá apresentar o diagnostico d'uma coxalgia em um doente, que vem fazendo a sua arthrite de longa data, acompanhada de claudicação, luxações e abcessos fechados ou abertos?

A natureza da arthrite facil será de determinar em taes casos, visto a symptomatologia da coxalgia evoluir conjunctamente com todo o cortejo symptomatico da tuberculose em geral.

Quando nos referirmos ao tratamento local, vêr-se-ha, que este é extremamente severo e rigoroso, para que alguns resultados possam ser collidos; portanto, não devemos nunca condemnar os doentes a um tal tratamento, sem primeiro termos a certeza do nosso diagnostico, que offerece sérias difficuldades, quando pretendemos fazel-o o mais precocemente possivel.

Se nos periodos ultimos da doença o diagnostico é simples, tal não succede no inicio, quando desejamos determinar a natureza da arthrite; não podemos de fôrma alguma affirmar a existencia da arthrite coxo-femural tuberculosa, sómente com alguns dos signaes inherentes ao primeiro periodo.

Poderemos confirmar a existencia da coxalgia pela limitação dos movimentos articulares acompanhados de dôres vagas ou pela claudica-

ção ligeira ou ainda pelo signal de experiencia de Lannelongue?

Determinaremos a natureza da arthrite pela verificação do enfartamento ganglionar da fossa iliaca, como pretendem alguns auctores?

Com estes simples signaes, parece-nos que a affirmativa é muito arrojada.

Sendo a coxalgia uma tuberculose local ou cirurgica, é natural que o portador apresente um conjuncto geral de *signaes de predisposição* á tuberculose em geral.

Iremos, pois, examinar todos os órgãos e nomeadamente o apparelho respiratorio, onde um certo numero de signaes funcçionaes revela, pelo menos, o *feitio* tuberculoso do doente.

A auscultação de per si, e muito principalmente quando os seus signaes são confirmados pela inspecção, palpação e percussão, occupa incontestavelmente o primeiro plano no diagnostico precoce da tuberculose. Assim, podemos encontrar diversas modificações, taes como: — respiração fraca, expiração prolongada, respiração entrecortada, respiração rude e baixa, etc.

Relativamente ao estudo das manifestações sobre o apparelho respiratorio ou qualquer outro, muito teriamos a dizer sobre a sua significação e critica, mas não é nosso intento pormenorizar aqui o diagnostico precoce da tuberculose; abordamos este assumpto, unicamente para demonstrarmos, que a evolução da coxalgia é acompa-

nhada desde o seu começo de signaes, pelo menos, de prediposição á tuberculose geral, que nos conduzem ao diagnostico da natureza da arthrite.

Não deixaremos ainda de mencionar a influencia da hereditariedade, visto ser hoje acceite universalmente o principio seguinte: — O descendente d'um tuberculoso é um predisposto.

Casos ha, em que todos os signaes apontados falham, a despeito d'um cuidadoso interrogatorio e exame; então, recorremos aos processos modernos de diagnostico precoce, taes como: — o cyto-diagnostico de Widal, o sero-diagnostico de Arloing e Courmont, á prova da tuberculina, pneumographia de Hirtze e Brouardel, ao estudo systematico das temperaturas segundo as indicações de Duremberg, ao exame microscopico do sangue, á radiographia, etc.

Diagnosticos dos abcessos

É geralmente facil determinar a existencia d'uma collecção purulenta em volta da articulação coxo-femural pelos meios clinicos ordinarios, e mais facil ainda se torna demonstrar, que se trata d'um abcesso complicando uma coxalgia.

N'este caso o abcesso desenvolve-se e evoluciona juntamente com os signaes proprios da arthrite coxo-femural de natureza tuberculosa.

Diagnostic differential

Ha outras affecções da região da anca e sua vizinhança, susceptíveis de apresentar algum dos symptomas da coxalgia, capazes de fazer hesitar e embarçar o diagnostico; por isso vamos mencionar-as, embora resumidamente, e os signaes pelos quaes ellas se distinguem.

1.º *Lesões peri-articulares do trochanter, do fémur, do pubis, das azas do osso iliaco, ou da articulação sacro-iliaca.* — Estas lesões podem semelhar-se com a coxalgia, pois que apresentam claudicação, dôres espontaneas e flexão da coxa, mas distinguem-se immediatamente porque as dôres são extra-articulares ou sobre a interlinha sacro-iliaca, nunca sobre a cabeça femural.

Além d'isso, n'estas affecções os movimentos da anca são inteiramente livres, mesmo no caso de abcesso ou fistula; pelo contrario, o abcesso coxalgico abole todos ou quasi todos os movimentos articulares.

2.º *Mal de Pott lombar.* — O mal de Pott lombar pôde ser a principio confundido com a coxalgia, tanto mais que muitas vezes se inicia por claudicação acompanhada de dôres; mas analysando cuidadosamente aquelles dois symptomas, ver-se-ha, que elles são um pouco differentes nos dois casos.

Investigando rigorosamente a região lombar,

conseguir-se-ha localisar a dôr ao seu nivel e ao mesmo tempo se encontrará uma saliencia.

A differença capital reside na investigação dos movimentos do rachis, principalmente nos de extensão e flexão.

Um bom meio de explorar taes movimentos consiste em collocar o doente de pé e com os pés juntos e convidal-o a apanhar um objecto no sólo, alternadamente com a mão direita e com a mão esquerda. D'esta forma ver-se-ha facilmente como se realisam os movimentos de flexão, extensão, e até de rotação e lateralidade da columna vertebral.

3.º *Rheumatismo e entorse.* — Encontra-se uma limitação dos movimentos, claudicação e dôres espontaneas ou provocadas sobre a cabeça femural, no entanto conseguimos excluir taes affecções pelos commemorativos e pela pouca duração dos symptomas mencionados, que desaparecem no fim d'alguns dias, emquanto que na verdadeira coxalgia persistem durante muito tempo.

4.º *Osteomyelite aguda da anca.* — Embora esta lesão apresente claudicação, limitação dos movimentos, etc., distingue-se facilmente pela sua installação rapida e brusca, pelos symptomas geraes e pelo apparecimento d'um abcesso no fim d'alguns dias. Mais tarde, quando se pretende fazer um diagnostico retrogrado, interroga-se sobre os commemorativos e modo de começo.

5.º *Luxação congenita da anca.* — Elimina-se esta affecção pelo interrogatorio, que nos diz que estes doentes sempre claudicaram.

6.º *Coxalgia hysterica.* — Nas mulheres hystericas sobrevêm algumas vezes dôres intensas na articulação da anca, que toma então uma attitude e uma immobilitade semelhantes ás da coxalgia, mas, além dos elementos de diagnostico fornecidos por outros symptomas hystericos, a marcha da doença servirá para a distinguir da arthrite tuberculosa e em caso de duvida, empregando-se a anesthesia geral pelo chloroformio ver-se-ha que a anca está completamente livre.

7.º *Osteo-sarcoma da extremidade superior do fêmur, syphilis, etc.* — Estas affecções pôdem algumas vezes embaraçar um tanto o diagnostico da coxalgia, mas todas as duvidas se dissipam fazendo exames e analysando o doente em varias sessões e um pouco espaçadas.

Prognostico.

Está intimamente subordinado á escolha do tratamento, á época em que elle se applica, ao estado geral do doente e ás complicações que podem sobrevir.

Um coxalgico terá mais probabilidades de obter a cura, se procurar muito precocemente, logo em seguida ao apparecimento dos primeiros symptomas, um tratamento appropriado, porque mais tarde, no periodo fistuloso, esta cura só muito excepcionalmente será obtida, pois que, além da interminavel suppuração, uma infecção secundaria póde sobrevir.

Os resultados finaes dependem egualmente do periodo em que começou o tratamento.

Applicando logo no começo um apparelho proprio acompanhado de repouso absoluto, conseguir-se-ha recuperar o membro, com uma certa rigidez, é verdade, mas permittindo uma marcha regular sem grande claudicação.

Mais tardiamente, quando já se tem realizado em parte a destruição das superfícies articulares, obtém-se nos casos felizes um membro rígido, ankylosado e com um certo grau de encurtamento, por vezes difficil de remediar.

Relativamente á duração do tratamento nada se póde fixar, visto serem desconhecidos os signaes clinicos, que marquem e assegurem uma cura completa; no emtanto, é preferivel peccar por demasia do que por falta.

Tratamento local da coxalgia.

Considerações geraes

Todos os tratamentos preconizados contra a coxalgia visam duas condições principaes: repouso e conservação do membro doente em boa attitude.

As variadissimas complicações resultantes, quer d'uma forma grave, quer da insufficiencia do tratamento, reclamam cuidados especiaes, que mencionaremos depois de termos descripto o tratamento da coxalgia simples no seu inicio.

Visando sempre as duas condições acima mencionadas, «repouso e manutenção do membro doente em boa attitude», dividem-se as opiniões dos differentes tratadistas, que tivemos occasião de consultar, para conseguirmos alinhar este nosso tão modesto como despretencioso trabalho: uns são partidarios do methodo de re-

pouso ou de decubito dorsal, outros do methodo de marcha ou ambulatorio.

Na escolha d'estes dois methodos, parece-nos não haver a menor difficuldade, a mais leve hesitação, pois, apreciando as vantagens e inconvenientes de cada um d'elles, vemos claramente a superioridade do methodo de repouso ou de decubito dorsal. Sendo hoje accete universalmente, como um axioma fundamental, o repouso nas tuberculosas locaes, evidentemente, que o methodo de marcha ou ambulatorio deve ser completamente posto de parte, comquanto elle pareça realisar á primeira vista as condições desejadas e ser accete da melhor vontade pelos doentes, que desanimam por se verem condemnados a um repouso tão longo e tão moroso, como na maioria dos casos reclama o tratamento da coxalgia.

Por melhor confeccionado, que seja o apparelho destinado ao doente, a quem se permitta a marcha, com certeza elle não realisa o repouso completo, absoluto, da articulação. Hessing apesar de successivos aperfeiçoamentos no seu apparelho não conseguiu apresentar uma estatistica favoravel. Desde que o doente marcha, mesmo com apparelhos dos mais engenhosos, dos mais aperfeiçoados, tentando libertar a articulação do peso do corpo, conserval-a em repouso absoluto, evidentemente que se não consegue d'uma forma rigorosa o fim desejado pois que nunca se poderão evitar os esforços musculares durante a mar-

cha e as pressões de toda a especie exercidas com os movimentos de inclinação e de flexão do corpo, como acontece quando o doente tenta assentar-se.

Na creança, difficil será vigial-a de modo que esteja ao abrigo dos movimentos e esforços bruscos, que necessariamente se hão-de repercutir sobre a articulação doente.

Quanto á extensão continua realisada por taesapparelhos é illusoria! Se muitas vezes se citam casos de cura são ao preço quer d'uma deformidade, quer d'uma atrophia do membro doente.

Uma das vantagens exaltadas pelos partidarios do methodo ambulatorio, é a facilidade com que os doentes conseguem realisar os seus passeios, quer para o campo, quer para a beira-mar.

Sem duvida, tal argumento é seductor; mas a facilidade de deslocamento será exclusiva do methodo ambulatorio? Não; o mesmo podemos conseguir pelo methodo de repouso, construindo leitos facilmente transportaveis.

Além disso, pelo methodo de repouso com extensão continua, os resultados finaes são muito mais favoraveis, como o demonstram as estatisticas apresentadas por Ménard.

Methodo de repouso

As duas condições essenciaes são, com effeito, manter os doentes deitados horizontalmente sobre o leito e assegurar o repouso completo e absoluto da anca.

Para a realisação d'estas duas condições, diferentesapparelhos têm sido propostos e construidos com todos os artificios da arte. Os mais communs são: a goteira de Bonnet e o leito movel de Lannelongue.

Primitivamente, a goteira de Bonnet abraçava os membros inferiores e a bacia, chegando até ao nivel da base do thorax. Tal como hoje se construe, é um leito completo: consta de uma parte central destinada a receber todo o tronco até ás axillas, bifurcando-se na parte inferior em duas goteiras, uma para cada membro, e tendo superiormente um prolongamento para o pescoço e cabeça. Para impedir a mobilidade, fixa-se o tronco e membros por meio de cintos apropriados. Vicent e Kirmisson*aperfeiçoaram a goteira de Bonnet, tornando as pernas moveis e articuladas de dentro para fóra e de fóra para dentro, de modo a permittir collocar o membro em qualquer posição. Esta goteira não é, sem duvida, um dos melhores apparelhos; realisa, é verdade, a posição deitada e uma attitude favoravel dos membros inferiores; graças a ella os doentes

são facilmente transportaveis, mas tem alguns inconvenientes, que a tornam pouco pratica.

Não realisa o repouso completo; as creanças podem deslocar-se sem que isso se perceba, apesar dos cintos de fixação; é muito dispendiosa, construida por fabricantes especiaes, o que impede de se encontrar em todos os meios, e, sobretudo, é um apparelho de conservação difficil; com ella, os cuidados de limpeza reclamam precauçõesmeticulosas, que raras vezes são observadas, o que constitue uma objecção grave para o seu emprego, não podendo, por isso, ser applicada senão a doentes constantemente vigiados por um enfermeiro, o que a torna de uso difficil na pratica hospitalar pela enorme despesa que taes cuidados exigiriam. Em virtude do que acabamos de expôr, julgamos muito mais conveniente o leito movel de Lannelongue com as modificações introduzidas por Ménard.

Este leito compõe-se d'um colchão de crina, com as duas faces cobertas d'um tecido impermeavel, sem o acolchoado ordinario, apenas sustentado por um caixilho de madeira, onde o colchão penetra com um certo attricto, para assim o tornar mais duro e horizontal. Os cintos do apparelho de Lannelongue são substituidos por um collete, que se applica desde as axillas até á bacía e fixo nas espaldas por uns pequenos suspensorios. O dorso do collete é solidamente fixo ao caixilho do leito por quatro correias dispostas

em X. Na parte central do leito, no ponto em que deve repousar a bacia do doente, deve existir uma abertura, que possa ser tapada hermeticamente e onde seja possível applicar uma aparelheira, destinada a receber os productos da defecação e micção.

Na extremidade inferior ha uma roldana por onde passará o cordão destinado a supportar o peso, que deve fazer a extensão continua. Como se vê, é d'uma confecção simples e pouco dispendiosa. O doente deitado está exactamente mantido em decubito dorsal, posição que é conservada com todo o rigor por meio de cintos ou suspensorios. Quanto ao membro doente, conserva-se immovel pela extensão continua ou aparelho gessado.

Indicações clinicas e maneira de realizar a extensão continua

A extensão continua é um meio therapeutico de escolha no começo da coxalgia de marcha lenta. Devemos recorrer á immobilisação rigorosa pelo aparelho gessado, sómente nos casos de coxalgia de marcha rapida, no começo do segundo periodo, ou quando os symptomas de inicio, apesar da applicação da extensão continua, persistem ou se aggravam.

Por tanto, repetimos, no inicio da coxalgia de marcha lenta recorremos ao decubito dorsal

sobre um leito movel e á extensão continua, porque ella contribue para uma immobilisação, se não completa, pelo menos sufficiente. O doente não póde levantar o pé acima do plano do leito nem dirigil-o para fóra ou para dentro.

A bacia póde, com algum esforço, ser dirigida para a direita ou para a esquerda, mas dentro d'uns limites assaz estreitos para destruir a immobildade da anca.

Por este processo, podemos desde já affirmar, que se encontram realisadas as condições impostas no tratamento da coxalgia.

Pela posição horizontal a anca liberta-se do peso do corpo e pela extensão continua a cabeça femural, além de immobilisada, deixa de exercer pressão sobre a cavidade cotyloide.

Este meio de tratamento local define-se por si proprio: o doente está deitado sobre um leito movel, como o que acima descrevemos, e a extensão continua é realisada por um peso suspenso ao membro doente.

A contra-extensão é obtida, collocando os pés um pouco mais elevados, que o resto do corpo.

Em outro tempo confeccionava-se o apparelho com tiras de varios emplastros e principalmente diachylão, que hoje estão supprimidos pelos muitos inconvenientes que acarretam, taes como: irritação sobre a pelle, prurido intoleravel, etc., o que obrigava muitas vezes a supprimir temporariamente a extensão continua.

Hoje o aparelho é construído da seguinte forma: depois de ter collocado o membro em posição conveniente, envolve-se com uma delgada camada d'algodão, que é mantida por uma atadura de tarlatana ou gaze.

Na superfície d'esta atadura, applica-se, quer na parte interna, quer na parte externa da côxa e perna, uma tira de panno, bastante resistente e com um comprimento duplo, pelo menos, do membro inferior.

Fixam-se estas tiras por meio d'uma atadura, dobrada em circulares, desde o pé até á parte superior da coxa, continuando em seguida com estas circulares em sentido contrario, isto é, até ao pé, para bem fixar as duas tiras de panno, que vêm pelas suas extremidades ligar o membro ao estribo. Este estribo é formado de tres peças de madeira, duas lateraes collocadas, uma na parte externa, outra na parte interna do terço inferior da perna, correspondendo a terceira á planta do pé, e unindo entre si as duas peças lateraes.

Sobre a peça plantar, seis centímetros acima da sua base, encontram-se duas aberturas lateraes, pelas quaes passam as tiras de extensão e onde se fixam solidamente; proximo da sua base, está fixo um gancho onde se applica a corda ou fio, destinado a supportar o peso extensor.

O estribo construído como fica dito, desde que seja bem applicado e bem feito, tem a grande vantagem de não permittir os deslocamentos do

pé, quer para fóra, quer para dentro, o que fraria mais tarde uma deformidade ou attitude viciosa, difficil de corrigir.

O peso varia, segundo as indicações, desde um até tres ou quatro kilos.

Apparelho gessado

A sua confecção é extremamente simples e, além d'isso, encontra-se sufficientemente descrita em todos os tratadistas, de modo que julgamos inutil, e até mesmo desnecessario, estar a descrevel-a.

Passaremos a expôr, embora resumidamente, as condições em que deve ser empregado e os requisitos a que deve satisfazer.

No methodo de repouso, o apparelho gessado é collocado todas as vezes que a extensão continua se torna um meio insufficiente.

Quando a coxalgia affecta um começo agudo, facto pouco frequente, somos obrigados a recorrer immediatamente ao apparelho gessado, assim como na epocha em que sobrevêm crises dolorosas, pois que pela sua rigorosa immobilisação allivia como por encanto as fortes e intensas dôres, que tanto martyrisavam os doentes.

Superfluo será insistir sobre o seu emprego nos coxalgicos attingidos de attitudes viciosas, devidas quer a retracções fibrosas, quer a deformações das superficies osseas.

O seu emprego ainda está formalmente indicado no período de convalescença, isto é, quando se permite um pouco de marcha aos doentes que previamente se sujeitaram ao repouso absoluto.

Para que este aparelho produza efeitos benéficos, é necessario, que se adapte exactamente sobre o membro doente e em uma extensão, que produza uma immobilisação completa e rigorosa.

Deve cobrir a coxa, perna e pé e superiormente ir até ás falsas costellas ou mesmo até proximo da axilla.

Antes de fazermos a sua applicação, é indispensavel darmos ao membro uma posição appropriada, collocando-o em perfeita horizontalidade, no prolongamento do plano horizontal do tronco.

A abducção é egualmente util; augmentando a superficie premida, attenua a pressão exercida pela cabeça do femur sobre o fundo da cavidade cotyloide diminuindo, assim, em todos os casos, a tendencia á sua ulceração e do supercilio.

Tem-se attribuido a este aparelho alguns inconvenientes, taes como: atrophia do membro, alterações da pelle, pouca duração, obstaculo á vigilancia da articulação, intolerancia dos doentes, etc. Alguns d'estes inconvenientes são facéis de remediar. Assim, a vigilancia sobre a articulação póde exercer-se, praticando aberturas ou renovando o aparelho de tempos a tempos. E' bem supportado pelos doentes, porque allivia a dôr e

póde conservar-se limpo, tendo o cuidado de cobri-lo com um impermeavel.

Não ha a recear as alterações da pelle, se fizermos uma *toilette* rigorosa e empregarmos algodão esterilizado.

A atrophia do membro é, na realidade, o unico inconveniente, que não ha meio de remediar.

Complicações

O tratamento orthopedico descripto no começo da coxalgia, tanto no methodo de repouso como no ambulatorio, é seguido com todas as variantes impostas pelas circumstancias. Durará até um periodo avançado da reparação da articulação, quer dizer, vinte e quatro, trinta e até quarenta mezes, consoante as variadissimas complicações.

E', pois, impropriamente, que nós o temos chamado tratamento do primeiro periodo. E' na realidade de todos os periodos. O que pretendemos frisar d'um modo claro e nitido, é que elle deve ser instituido desde o começo, porque se o coxalgico é votado ao abandono, o que acontece principalmente nas classes pobres, apresenta-se nos com os signaes do segundo periodo, isto é, o membro conserva uma attitude viciosa, que é necessario corrigir pelas manobras do *endireitamento*.

Tratamento orthopedico no periodo de contracturas

Technica do endireitamento em um periodo pouco avançado. — O endireitamento deve ser realizado por meio de manobras suaves e, se somos obrigados a empregar uma certa força, deve haver toda a moderação.

Numerosas cirurgias empregam, com o fim de mobilisar a articulação, forças consideraveis, imprimindo ao mesmo tempo violentos movimentos em todos os sentidos, flexão, extensão, abducção e circumducção.

Esta pratica deve ser abandonada, porque expõe á esmagadura das superficies articulares e, portanto, das fungosidades, á dilaceração dos vasos sanguineos e até a manifestações a distancia, como a meningite (Ménard e Callot).

E' muito mais vantajoso proceder ao *endireitamento* da seguinte fórma: — Um ajudante conserva a coxa do lado sã em flexão completa, sobre o tronco e mantem-n'a n'esta posição; d'esta forma flecte a bacia do mesmo lado; colloca a coxa flectida em abducção. Assim se encontra constituida a contra-extensão.

Solidamente fixa d'esta forma a bacia, o cirurgião abstem-se de praticar manobras no sentido da extensão ou abducção, pois que os esforços empregados n'este sentido expõem a fracturas.

O ponto capital, segundo Callot, é exercer

tracções segundo o eixo do femur. Estas tracções devem ser feitas primeiramente na direcção que o femur apresenta, chegando-se por esforços mais ou menos violentos, muitas vezes repetidos em varias sessões, a conseguir um certo alongamento das partes molles, que são as mais resistentes. — Depois d'uma, duas ou tres tracções conduz-se o membro á posição desejada.

Endireitamento em um periodo tardio

Temos supposto até aqui, uma coxalgia pouco antiga, em que as superficies articulares estão intactas ou superficialmente ulceradas, sem deslocamento, sem ascensão trochanteriana em grau notavel.

A correcção, como acabamos de ver, effectua-se d'uma maneira completa e sem grandes difficuldades, não sendo preciso mesmo recorrer á anesthesia chloroformica; porém, em um periodo mais avançado, os obstaculos começam a apparecer, tornando a técnica do endireitamento bastante difficultosa.

Estes obstaculos são : 1.º retracção muscular; 2.º deslocamento ou luxações das superficies articulares; 3.º certas attitudes viciosas, a rotação para dentro ou para fóra.

1.º *Retracção muscular e fibrosa.* — Quando em uma coxalgia não tratada desde o seu início, se conserva o membro durante muito tempo em

flexão com adducção, ás contracturas succedem as retracções. Estas affectam os ligamentos articulares, o psôas, os musculos adductores, a aponevrose femural, etc.

Taes retracções cedem muito difficilmente ás tracções manuaes. Para as exercer, têm sido propostas, e muitos cirurgiões as praticam, secções sub-cutaneas ou a descoberto, dos adductores proximo do pubis, do fascia lata ou dos tendões que ella embainha, abaixo da espinha iliaca antero-superior. Callot raras vezes tem seguido esta pratica e diz elle ter obtido resultados surprehendentes, pelo *endireitamento* manual, um pouco violento e por sessões repetidas, collocando sempre no fim de cada sessão um aparelho gessado, para aproveitar o grau de endireitamento obtido.

2.º *Deslocamento ou luxação.* — Quando a cabeça do femur deformada avança um pouco sobre o supercilio cotyloidêu, quando sobretudo ha um começo de luxação, a ascensão do femur é um obstaculo á abducção.

O sentido do deslocamento é para considerar; se é para fóra e para cima, impede de dirigir a coxa para fóra; o deslocamento para traz oppõe-se á extensão.

Imaginemos, que se trata d'uma coxalgia, que ainda não chegou ao periodo de reparação. As superficies articulares ulceradas e deslocadas estão livres de adherencias e são susceptiveis de girar em todos os sentidos. Aqui ainda a condu-

cta do cirurgião deve consistir principalmente em tracções segundo o eixo do membro.

A resistencia muscular é abolida pela anestesia geral e por um esforço de tracção moderada e sustentada.

Obtem-se d'esta fôrma um certo grau de abaixamento do femur.

3.º *Rotação para dentro ou para fóra.* — Em um periodo pouco avançado da coxalgia, a coxa póde ainda girar sobre o seu eixo e, portanto, a attitude viciosa corrige-se facilmente. Porém, mais tarde, quando as superficies osseas estão deformadas, quando ha contracturas e retracções fibrosas, a correccão de tal attitude apresenta difficuldades insuperaveis, pois, forçando o femur, quer para dentro, quer para fóra, corre-se o risco de o fracturar.

Tal attitude só póde ser corrigida no periodo de cura e reparação, por intermedio d'uma osteotomia.

Tratamento orthopedico no periodo de reparação e de cura

A conducta a seguir varia com os resultados obtidos.

1.º caso — *Cura da coxalgia — restitutio ad integrum.*

Este resultado, infelizmente raro, é devido a duas causas: ou a coxalgia era de forma ligeira,

ou o tratamento (extensão continua em decubito dorsal, mais raras vezes o aparelho gessado) foi instituido desde o seu inicio.

Quando podemos affirmar a cura? E' impossivel responder d'uma forma segura e cathgorica a tal pergunta. Todos os tratadistas aconselham a maxima prudencia sobre a affirmativa.

Levantar-se-ha o aparelho, permittir-se-ha a marcha, sómente quando todos os symptomas de principio tiverem desaparecido por completo, embora este resultado só seja obtido no fim de um, dois ou mesmo tres annos.

A marcha deve sêr auctorisada, mas com o maximo cuidado e precauções.

A principio, o doente anda com o seu aparelho e encostado a muletas; passados alguns mezes continua marchando com o aparelho e apoiado a uma bengala.

Mais tarde levanta-se o aparelho e aconselha-se o doente a dar passeios pouco longos; primeiro de dez minutos, em seguida d'um quarto d'hora e assim successivamente.

2.º caso — *Cura com ankylose fibrosa.* — Se a ankylose é pouco firme, seguir-se-ha a conducta já exposta anteriormente, isto é, deve-se recorrer ao *endireitamento* e, obtido este e mantido por um aparelho, espera-se que se realise a cura, a qual, posto que rarissimas vezes, poderá ser completa. Mas se a ankylose é firme, muito antiga, e se nada ha a esperar do *endireitamento*,

que n'estes casos expõe muito frequentemente a fracturas, recorre-se a uma osteotomia.

A osteotomia é, pois, uma operação do período de cura; nunca se deve praticar, quando o fóco tuberculoso está em plena actividade e quando a anca ainda conserva uma certa mobilidade.

Technica e séde da osteotomia

A osteotomia deve ser praticada abaixo do grande trochanter. A secção corresponde fóra á base do grande trochanter ou um pouco abaixo. E' dirigida para dentro e um pouco para baixo afim de evitar que se introduza no collo femural, e termina acima do pequeno trochanter. Seria, pois, mais exacto dizer osteotomia intertrochanteriana, mas o ponto em que termina a secção para dentro é sempre um pouco incerto.

A secção sub-megalo-trochanteriana é a preferida, porque, operando mais acima, toca-se a região articular, que deve ser respeitada na tuberculose; mais abaixo colloca-se sobre a diaphyse, cujo tecido compacto se torna, por vezes, difficil de seccionar com o osteotomo.

Além d'isso, uma fractura cirurgica collocada muito abaixo, produz, dirigindo o fragmento inferior em abducção, um angulo aberto para fóra, resultando uma deformação angulosa do eixo femural abaixo do grande trochanter, condição desfavoravel ao alongamento desejado; se, pelo

contrario, o angulo em questão fica situado immediatamente abaixo do grande trochanter, o fémur, no seu conjuncto, fica rectilineo.

Osteotomia. — A incisão deve ser vertical, de dois centímetros de comprimento e praticada na face externa do osso.

Pratica-se o corte com o bisturi até ao osso, introduzindo em seguida o osteotomo, que se colloca perpendicularmente ao eixo do fémur e se fixa exactamente no ponto da secção.

Basta, muitas vezes, fazer uma forte pressão, para se obter o corte do osso, mas quando assim não succede, recorre-se ao martello e completa-se o corte com thesouras.

Endireitamento. — Fracturado o fémur não se experimenta difficuldade em o conduzir á posição desejada, fazendo sempre tracções segundo o eixo do membro.

Corrige-se a attitude viciosa, flexão, adducção e rotação.

O membro deve ser collocado em abducção mais accentuada do que parece convir, porque tem sempre tendencia a voltar á adducção primitiva.

D'este modo se consegue obter o resultado desejado.

Procede-se em seguida á *toilette* da ferida e colloca-se o membro em um aparelho gessado.

O penso e aparelho, caso não haja complicações, devem ser conservados durante cin-

coenta a sessenta dias, após os quaes sobrem a cura.

Em seguida colloca-se um aparelho de menor extensão de modo que permita a marcha.

Tratamento da coxalgia complicada de luxação

A conducta é differente consoante o periodo em que se observa a luxação.

Se a luxação, completa ou incompleta, se nos apresenta durante os dois primeiros periodos, nada mais ha a fazer do que tentar a redução, a maior parte das vezes debaixo da anesthesia chloroformica, corrigir a attitude viciosa e manter o resultado assim obtido por meio d'um aparelho gessado.

Se a coxalgia é muito antiga, se a ankylose está formada, pouco resultado darão as tentativas de redução, que além de inuteis, se tornam perigosas.

Suppuração

A suppuração é uma das mais graves complicações da coxalgia, pois, além de crear difficuldades, por vezes insuperaveis, ao tratamento local, compromette em alto grau o estado geral.

E' esta terrivel complicação a causa de morte na maior parte dos coxalgicos.

Não ha meio de obstar á sua formação?

Responderemos pela affirmativa sem a menor hesitação.

Se todos os doentes, logo aos primeiros signaes da coxalgia fossem submettidos a um tratamento hygienico e orthopedico regular, como o que ficou descripto no começo do nosso trabalho, não assistiríamos, pelo menos tão frequentes vezes, ao apparecimento de taes complicações e a conservação da forma e das funções da articulação seria mais provavel.

Na coxalgia de marcha rapida as precauções theapeuticas teriam ainda por effeito moderar a extensão das ulcerações das superficies articulares, obstar á formação de novos focos tuberculosos e, por conseguinte, teriamos a registar um numero menor de abcessos e suas consequencias.

Na pratica actual, o tratamento desde o começo é excepcional e não menos excepcional é vel-o mantido durante toda a duração da doença.

Evolucionando a coxalgia até á suppuração, em dois estados se nos póde apresentar o doente: *abcesso fechado* ou *fistulas suppuradas*.

Tratamento do abcesso fechado

O tratamento no periodo de abcesso fechado tem por fim obter a cura sem a menor abertura, sem transformação da tuberculose pura em tuberculose associada, por meio de punções e injeções modificadoras.

A incisão, curetagem e a drenagem devem ser banidas. Mais adeante descreveremos estes meios therapeuticos, assignando-lhes as suas indicações muito limitadas e expondo as razões que nos fazem condemnar estes meios habituaes de tratamento.

Material cirurgico, technica operatoria e cuidados a seguir

O material cirurgico das punções é extremamente simples: um trocart, uma seringa de injeção, liquidos destinados á asepsia da pelle e liquidos modificadores.

Segundo a opinião de varios especialistas, não é necessario o aspirador de Dieulafoy ou qualquer outro, visto que a mão applicada sobre o abcesso pôde exercer pressão sufficiente para favorecer a sahida do liquido.

As mãos, trocart e superficie do abcesso bem aseptisados, pôde-se anesthesiar a pelle com uma injeção de cocaina ou pulverisação de chloreto d'ethylo.

Deve-se explorar muito attentamente a collecção purulenta antes de a punccionar, para se reconhecer com precisão os seus limites, consistencia, volume, séde, contórnos, etc.

Assim, quando se trata d'um abcesso da prega da virilha, proximo do feixe vasculo-nervoso, procuram-se as pulsações da arteria femural.

Exercendo pressões dentro e fóra dos vasos, examina-se de que lado o abcesso fórma uma sa-
liencia mais volumosa e mais facilmente accessi-
vel. No momento da punção, a mão do aju-
dante, collocada em um ponto opposto ao esco-
lhido para punccionar, exerce uma pressão de
modo a tornar mais proeminente o ponto onde
vae ser introduzido o trocart.

O abcesso, subjacente aos vasos femuraes e
parecendo d'um accesso difficil e perigoso, des-
via-se por assim dizer dos vasos e todo o perigo
de feril-os, desapparece d'uma maneira evidente.

Na falta d'um ajudante, a mão esquerda do
operador póde desempenhar o mesmo papel.

Esta precaução deve ser tomada sempre,
muito principalmente nos casos de abcesso pro-
fundo e fluctuante.

Introduzindo o trocart no abcesso, teremos o
cuidado de fazel-o penetrar muito profundamente
na cavidade, procedendo com suavidade antes de
retirar a agulha.

Desprezando esta pratica, acontece algumas
vezes no fim da evacuação, a bainha do instru-
mento sahir do sacco, que se retrahe, sendo-se
obrigado a fazer nova introdução para praticar a
injecção modificadora.

Termina-se a operação pela injecção do li-
quido modificador: dous a tres grammas de thy-
mol camphorado ou cinco a quinze grammas de
ether iodoformado ou ainda agua oxygenada.

A segunda punção é feita no fim da segunda ou terceira semana, caso a reprodução do liquido não seja muito abundante, o que nos obrigaria a pratical-a mais cedo. A sua technica é perfeitamente igual á primeira.

Acontece, muitas vezes, que depois da segunda, terceira ou quarta punção, se retira um liquido sanguineo e filante á abertura do trocart, o que constitue um bom agouro. N'estes casos estão formalmente indicadas as punções simples.

Não encontramos dados que nos marquem o numero maximo de punções; tudo depende da evolução da doença e da pericia do cirurgião.

Quando este meio de tratamento se torna inefficaz, isto é, quando o abcesso persiste indefinidamente ou apresenta tendencia para fistula, não ha outro tratamento indicado senão a curetagem.

Curetagem

Colher-se-hão alguns beneficios com esta operação?

Segundo Ménard, só muito excepcionalmente e em casos muito particulares, pôde produzir resultados favoraveis.

E' necessario que o fóco tuberculoso seja muito limitado e que os trajectos não attingam o fundo da articulação, porque, tendo a curetagem de ser o mais completa possivel e de atacar o fundo da cavidade cotyloide, o seu processo

operatorio confunde-se com o da resecção da anca.

A technica operatoria, nos seus traços geraes, semelha-se á resecção coxo-femural, que em breve descreveremos.

Limitar-nos-hemos aqui, sómente, a mencionar as precauções que devemos tomar e as condições a que deve satisfazer.

A operação deve reunir duas qualidades principaes: ser aseptica e completa; aseptica para evitar a suppuração consecutiva, e completa para eliminar todos os focos tuberculosos, o que reclama um cuidado meticoloso, pois, as suas dimensões são por vezes tão exiguas que se torna impossivel encontral-as e, não sendo todos os trajectos devidamente curetados e os bordos avivados, o resultado operatorio é insignificante ou nulló, pois que a suppuração, a despeito da larga drenagem, continúa em grande abundancia; o estado geral do doente em taes circumstancias altera-se, a febre, symptoma de má prognose, persiste, o que nos demonstra, que o foco não foi devidamente atacado.

Em frente d'um quadro clinico d'esta ordem, temos de lançar mão da resecção da anca, unico meio de que podemos dispôr.

Resecção da anca

Technica operatoria. Posição do doente. — Decubito lateral sobre o lado sãõ; coxa flectida de modo que o eixo do femur, prolongado sobre a nadega, termine ao nível da espinha iliaca postero superior.

Esta posição é mantida por um ajudante.

1.^o tempo — Incisão da espinha iliaca ao angulo do grande trochanter.

2.^o tempo — Desnudando cuidadosamente e seguindo sempre a direcção da incisão cutanea, procura-se o intersticio do fascia lata para deante e do medio nadegueiro para traz; abre-se este intersticio para chegar á capsula femural.

Se no meio d'estes tecidos alteradõs não se encontra o dito intersticio, incide-se na direcção indicada até á capsula, que se encontra mais ou menos modificada.

3.^o tempo — Depois de ter posto bem a descoberto o fundo da ferida por meio de affastadores, incide-se longitudinalmente a capsula e desinsere-se sobre toda a semi-circumferencia superior do collo.

Dividem-se igualmente os tendões da metade anterior do bordo superior do trochanter.

4.^o tempo. — Este tempo operatorio é preenchido pela secção da cabeça ou do collo femural e extracção d'estas partes osseas.

5.º tempo — Assegurar-nos-hemos se o trajecto é sufficientemente largo, para nos permittir analysar o fundo da cavidade, que deve ser convenientemente limpa e curetada, extrahindo todas as partes suspeitas.

6.º tempo — Hemostase.

7.º tempo — Sutura e drenagem com grossos drenos, que toquem no fundo da cavidade.

Drenam-se igualmente os pequenos trajectos e cobre-se a ferida com o penso ordinario.

8.º tempo — Immobilização do membro pela extensão continua ou apparelho gessado, devidamente fenestrado para permittir os curativos seguintes.

Cuidados consecutivos á operação

Logo em seguida á operação, o doente é collocado em um leito convenientemente aquecido e em um aposento onde haja completo silencio e temperatura constante.

Fazem-se algumas injeções de cafeina e soro artificial, para evitar o choque operatorio, que é sempre para recear em operações tão laboriosas e demoradas, como a da ressecção da anca.

Se a febre é moderada em seguida á operação, renova-se o penso no fim da primeira semana, e no terceiro ou mesmo no segundo dia se a febre é elevada, acima de 39.º, o que nos fará pensar em uma drenagem imperfeita e incompleta.

Na ablação do penso deve haver todo o cuidado em conservar o doente n'uma immobilização completa.

Os pensos são renovados mais ou menos frequentemente, consoante a abundancia da supuração.

Cuidados futuros

Não se deve considerar a cura como terminada, no momento da cicatrização da ferida operatoria ou das fistulas que a complicaram.

Ménard prolonga o decubito dorsal, com aparelho gessado ou extensão continua, durante oito, dez ou doze mezes depois da cicatrização completa.

A marcha e attitude vertical são auctorisadas, a principio, sómente a titulo de ensaio, e sempre com o membro envolvido em um aparelho gessado ou outro, qualquer, que realise o mesmo fim.

Durante muitas semanas, os doentes devem conservar-se de pé alguns instantes ou dar apenas alguns passos, cujo numero irá augmentando de dia para dia, segundo uma progressão muito lenta. O doente terá de apoiar-se primeiramente a muletas e sómente sobre o lado são, para evitar a fadiga do lado doente. Mais tarde apoiar-se-ha a uma bengala, e o aparelho inamovivel será substituido por um amovivel, que usará durante alguns annos.

Com todas estas precauções observadas muito rigorosamente, conseguir-se-ha a ankylose solida, em boa posição, que na opinião de Ollier é o resultado mais vantajoso e mais favoravel.

Desarticulação da anca

Os differentes tratamentos expostos até aqui, inclusivamente a resecção, podem falhar; a supuração continúa com uma abundancia extraordinaria, os symptomas geraes são cada vez mais graves e a vida do doente corre grande risco; então, o ultimo e unico recurso será a desarticulação da anca.

Technica operatoria

Faz-se uma incisão em raquette, cuja cauda vae da espinha iliaca ao angulo do trochanter. A partir d'esta incisão circumscreve-se a coxa de forma a descer até á parte media sobre a face interna,

Procura-se na incisão vertical os vasos femurales, que devem ser laqueados.

Com um córte de bisturi, ao nivel da cauda da raquette, descobre-se a face externa do femur, e incide-se o seu periosseo, descola-se rapidamente com uma rugina abaixo do trochanter, destacando-se em seguida, mediante algum esforço e depois de seccionada, a extremidade superior do osso.

Faz-se uma curetagem tão completa quanto possível da cavidade cotyloide e osso iliaco.

Procede-se em seguida á secção das partes molles, em um ponto conveniente, e á laqueação dos vasos.

Terminada a laqueação, completa-se, se houver necessidade, a drenagem da cavidade cotyloide, pondo largamente a descoberto os fundos de sacco suppurantes, que se encontram na superficie do osso iliaco.

Procede-se em seguida á *toilette* da ferida, que se enche de gaze esterilizada.

Não se faz a sutura das partes molles.

Tratamento geral.

Sendo o coxalgico um tuberculisavel (¹), deveremos applicar-lhe o tratamento local imposto pelas circumstancias e esperar que a cura se realise? Na verdade, parece um pouco descabida esta nossa interrogação; mas vamos explicar os motivos, que nos levaram a formulal-a.

Entrando em algumas enfermarias do Hospital de Santo Antonio, observam-se dezenas de doentes atacados de tuberculose cirurgica, internados em enfermarias taes, que algumas são antes umas verdadeiras catacumbas, onde não pe-

(¹) Tuberculisaveis são todos aquelles que, por herança, ou por uma tuberculose local, por uma doença tuberculogenea ou por um esgotamento, se tornaram mais accessiveis ou predispostos á tuberculose pulmonar. (Definição dada pelo illustre Prof. Dr. Roberto Frias, na conferencia feita no Salão Arabe da Bolsa do Porto, por occasião do 4.º congresso nacional da Liga contra a tuberculose, na noite de 7 de abril de 1907).

netra o ar, a luz, o mais tenue raio de sol. Um horror!

Vemos fazer a estes doentes operações, que as circumstancias reclamam, como a abertura d'um abcesso ou uma curetagem, e, em seguida, principiarem-lhes a fazer uns curativos. Mas que curativos! Prolongam-se indefinidamente e, mais tarde, encontramos esses pobres doentes uns verdadeiros tuberculosos, quando para alli tinham entrado uns tuberculisaveis. Alguns doentes tivemos nós occasião de observar á sua entrada no Hospital, atacados de arthrites, não se encontrando nenhuma manifestação pulmonar suspeita, o que nos embarçava um pouco no diagnostico, mas, passados alguns mezes, lá iam os encontrar signaes perfeitos, nitidos, claros, d'uma tuberculose pulmonar.

Quem, na epoca actual, em que todas as grandes personalidades medicas apregoam bem alto a prophylaxia e a hygiene, não ficará estupefacto, horrorisado, ao entrar nas enfermarias D. Lopo d'Almeida e Santa Magdalená? Naturalmente a estupefacção augmentará quando affirmarmos, que n'aquellas enfermarias são internados tuberculisaveis!

Alli vimos muitos doentes definharem-se, cachetisarem-se lentamente.

Ainda nos recordamos muito nitidamente, d'uma pobre doente atacada de *Mal de Pott*, que para alli entrou com um abcesso fechado, muito

pouco volumoso, e, passados alguns mezes, a sua abertura estava feita, havendo febre, diarrhêa, suores, alguma expectoração acompanhada de tosse, ralas finas no pulmão direito, etc.

Tudo isto nos parece grave, tanto mais que, sendo a Misericórdia possuidora de bastantes recursos, facilmente poderia obstar a todos estes inconvenientes, construindo sanatorios maritimos onde taes doentes fossem internados, sem receio de individuos tuberculisaveis se transformarem em tuberculosos.

Outr'ora, na lucta contra a tuberculose, visava-se sómente a destruir os bacillos, empregando-se todos os meios possiveis para conseguir tal desideratum; hoje, pelo menos no que diz respeito a tuberculisaveis, a prophylaxia é muito differente.

Robusteei os organismos, tornei os terrenos aptos a reagir e vós praticareis a melhor das prophylaxias.

Eis tudo: — bôa alimentação e sã hygiene.

Salgae os vossos doentes, como diz Ollier.

Todos estes preceitos são indicados, não sómente para o tuberculisavel, tal como nós o definimos, mas ainda para o verdadeiro tuberculoso, como o é em geral o coxalgico nos ultimos periodos.

A medicação maritima tem na tuberculose cirurgica uma acção tão efficaç, que de per si

cura sem o auxilio da cirurgia, como o demonstram Ménard e Calot.

Os effeitos beneficos dos climas maritimos resultam da fixidez da sua temperatura, das fracas oscillações barometricas e hygrometricas e da pureza do ar, carregado de oxygenio, ozone, iodo, chloreto de sodio e, talvez, ainda d'outros principios.

Seja como fôr, o que está demonstrado é que elle tonifica o organismo, levanta o appetite, as forças, emfim, torna o terreno apto a resistir aos ataques bacilliferos; não seria, talvez, arrojado dizer que os tuberculosos se transformam em tuberculisaveis, contrariamente ao que succede no nosso Hospital.

Construam-se, pois, sanatorios maritimos, cujo plano obedeça a todas as regras da hygiene, onde o ar, a luz e o sol entrem a jorros e tere-mos assim encontrado um meio util e favoravel onde os nossos doentes possam supportar e resistir a todos os rigores impostos pelo tratamento local da coxalgia.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva. — O dente do siso é um signal atavico.

Anatomia topographica. — O estudo d'esta cadeira é indispensavel á pratica das clinicas.

Physiologia. — A physiologia explica-nos a maior frequencia das localisações tuberculosas dos vertices pulmonares.

Pathologia geral. — Dize-me como vives, dir-te hei a saude que tens.

Pathologia externa. — Nas tuberculosos articulares preferimos a immobilização a qualquer outro tratamento cirurgico.

Materia medica. — A via hypodermica constitue um dos melhores methodos de introdução de medicamentos no organismo.

Anatomia pathologica. — Os apertos das valvulas cardiacas são principalmente devidos a adherencias.

Operações. — Consideramos de grande utilidade em medicina operatoria o emprego da tesoura.

Pathologia interna. — Condemnamos o uso dos antithermicos chimicos, nomeadamente na febre dos tuberculosos.

Hygiene. — A hygiene condemna certos ritos da religião catholica.

Partos. — A coxalgia é uma causa de dystocia materna.

Medicina legal. — E' vexatoria a situação actual do medico municipal portuguez.

Visto.

Thiago d'Almeida,

Presidente.

Póde imprimir-se.

Mozes Caldas,

Director.