

1209

1903

Joaquim Pereira

N.º 7

DUAS PALAVRAS

SOBRE O

TRATAMENTO DA COXALGIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia Occidental
80—Rua da Fabrica—80

1905

123/7 ENC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Secretario — CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES



Corpo docente

Lentes cathedratcos

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	Illydio Ayres Pereira do Valle
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos Santos Pinto
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna	José Dias d'Almeida Junior
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto, H. d'Almeida Brandão
11. ^a Cadeira — Medicina legal	Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar
13. ^a Cadeira — Hygiene publica e privada	João Lopes da Silva Martins Junior
14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral	José Alfredo Mendes de Magalhães
15. ^a Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima

Lentes jubilados

Secção medica.	} José d'Andrade Gramaxo
Secção cirurgica	
	} Agostinho Antonio do Souto

Lentes substitutos

Secção medica	} Vaga
Secção cirurgica	
	} Antonio Joaquim de Souza Junior
	} Vaga

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga
------------------	------

Escola Medico-Chirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CADEA

Procurador — FERNANDO JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

Secretario — JOAQUIM DA SILVA

Rua da Alfama, numero 22

Publicado em 1840

Lithographado em Lisboa

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

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155).

A

MEUS PAES

Tendes a primeira pagina, porque
perdo o vosso desanimo na realizacão
da minha formatura e porque aprecio
e sei bem quanta alegria vos invade,
neste dia, ao verdes medico o

vosso filho

Joaquim.

A MEU IRMÃO SEBASTIÃO

admiro a tua bondade.

A MEU IRMÃO JOSÉ

aprecio a tua humildade.

*Consola-me ver-vos trilhar o caminho
da dignidade e da honradez. Nunca es-
quecerei o que tendes sido para mim.*

Muito obrigado

O vosso irmão mais velho.

AO MEU BOM AMIGO

SNR. ANTONIO MARQUES DIAS MOTTA

e

FAMILIA

*Encontrei-o sempre; merece bem a
minha veneração sincera.*

*Sois a bondade personificada. Tudo
quanto aqui podesse dizer em homena-
gem ao vosso nobre coração e como con-
fissão publica dos inolvidaveis favores
recebidos, seria pouco para testemu-
nhar-vos a minha immensa e eterna
gratidão.*

AOS EX.^{mos} AMIGOS

ANGELO COELHO DE MAGALHÃES VIDAL

PROFESSOR DO LYCEU CENTRAL DO PORTO.

ANTONIO BASTOS C. PINTO

SUB-INSPECTOR ESCOLAR DO CIRCULO DE VIZEU

Ambos na mesma pagina, porque
ambos porfiastes em dispensar-me fa-
vores inolvidaveis.

Muito obrigado por tudo.

À MEMORIA

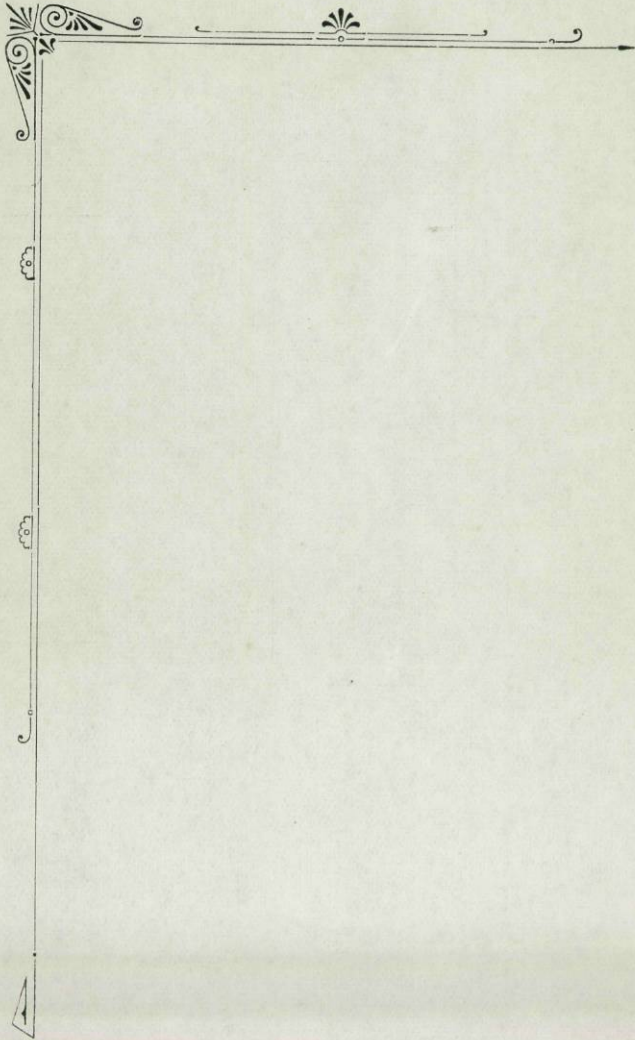
DOS MEUS MALLOGRADOS CONDISCIPULOS

Luiz Filippe Gavião Feliz
Antonio Ferreira da Silva e Sá Junior
Antonio Feliciano Soares

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} EX.^{mo} SNR.

Prof. Dr. Luiz Viegas



A dentro das formalidades escolares, esta é sem duvida alguma, por muitos titulos, uma das mais injustificadas, representando no final de um curso uma exigencia que muitissimo pouco vale para abonar o merito e proficiencia de cada um e que verdadeiramente, na maioria dos casos, apenas serve a constatar um penoso trabalho de compilação que nos força a uma perda de tempo precioso.

De parte a serie de observações que este trabalho reclama e que realmente de alguma coisa nos vale para o futuro, o resto muitissimo pouco significa, sendo como é em geral, alinhavado de afogadilho para cumprir apenas a exigencia escolar e não

para satisfazer a veleidade de apresentar um trabalho perfeito e completo. Para conseguir isto precisava-se de muito tempo, de muitos recursos scientificos, em geral dispendiosos que não nos facultam eurgia tambem que a tal *desideratum* nos devotássemos quasi por completo.

Desprovidos de todo este conjuncto de valiosos elementos não deviam obrigar-nos assim á formalidade escolar e com a consciencia de que é apenas por satisfazer — necessario é confessa-lo—melhor seria que nos poupassem a este arduo sacrificio. Esperança que tivemos, esperança que morreu.

Dura lex . . . Quem atravez de um curso,

subiu todo um aspero calvario de trabalho com a maxima resignação e a mais estimavel paciencia; quem se desempenhou de tudo como pôde e que no fim viu fugir-lhe a esperanza de ser banida esta tradicional exigencia, tambem agora não pôde necessariamente deixar de fazer o remate que a lei lhe impõe.

*

Um mero acaso, uma fortuita observação hospitalar suggeriu-me a ideia de tratar como assumpto de these — a coxalgia. Claramente por essas paginas fóra, impossibilitado de dar a este trabalho toda a latitude

que elle merecia, cingi-me exclusivamente ao tratamento da coxalgia e abandonei o restante, porque não era de facil realisação abranger tudo nos acanhados limites de uma these.

Este despretençioso trabalho que é forçoso apresentar — eu mesmo o reconheço — não sendo como devia ser um estudo largo e completo de technica e tratamento, deixa muito a desejar certamente pelas suas palpaveis deficiencias e só muita benevolencia o poderá desculpar.

É n'isto que confio depondo-o nas mãos de quem o vae julgar.

DUAS PALAVRAS

SOBRE

TRATAMENTO DA COXALGIA

CONSIDERAÇÕES GERAES

Ha um duplo tratamento para extinguir um foco de tuberculose da articulação coxa-femural: medico e cirurgico. É do tratamento cirurgico ou local que vou tratar quasi exclusivamente.

Uma pergunta que naturalmente o nosso espirito formula é esta: ataca-se por uma operação immediata o foco tuberculoso da articulação coxo-femural?

Tem-se feito; hoje não se faz nem ha direito de fazer-se. A questão está cortada; o remedio é peor do que a propria affecção, porque a operação para ter algumas probabilidades de ser sufficiente deve supprimir

completamente a cabeça femural e interessar a cavidade cotyloidea, donde uma deformação deploravel que acompanha o doente durante toda a sua existencia e talvez impossibilitando-o de exercer um mister do qual elle aufira recursos para subsistencia sua e dos seus.

Devo accrescentar que a operação com as destruições osseas da parte do femur e da cotylo ameaça o doente com uma auto-inoculação das partes ainda indemnes durante a operação e pelo facto da propria operação. Ponha-se então de parte o tratamento sangrento emquanto não seja demonstrado que o tratamento conservador é absolutamente impotente.

De resto, vejo que hoje verdadeiras autoridades accordam em que o tratamento conservador é capaz de uma cura integral; o nucleo tuberculoso acaba por desaparecer sem ter compromettido a fôrma e as funcções da articulação. Valha a verdade, é preciso esperar esta cura bastante tempo; mas, a meu vêr, vale bem a pena esperar mais algum tempo por este resultado provavel perfeito, do que em menor tempo ten-

tar obter uma cura incerta e imperfeitissima. O tratamento local impõe-se e basta em muitos casos o repouso rigoroso do quadril doente, subtraindo as extremidades articulares ao peso do tronco.

Isto significa o repouso do doente deitado para supprimir seguramente o peso do corpo e o movimento da articulação, garantindo assim o repouso perfeito.

As curas de repouso, diz Callot, fizeram provas no tratamento das tuberculoses locais—e mesmo visceraes —e a necessidade de subtrahir á fadiga da marcha e da posição de pé a creança coxalgica, é universalmente acceite como um axioma fundamental. Ha uma lucta, a meu vêr desleal, nos processos de preencher estas indicações therapeuticas. Os paes ficam muito contrariados quando veem o seu filho condemnado durante um anno e, ás vezes, mais tempo a permanecer n'uma goteira. É com grande entusiasmo que ouvem d'alguns clinicos a critica condemnatoria da permanencia da creança n'um leito que exige um carrinho especial para transporta-la ao campo a respirar bom ar; os paes, effectivamente, cons-

tragem-se aborrecidos da triste existencia da creança durante muito tempo e procuram clinicos que por meio de uma immobilisação portatil, promettem preencher as indicações therapeuticas, sem prejuizo da marcha, affirmando, talvez sem convicção, que um apparelho orthopedico bem feito permite á creança viver libertamente sem perigo, sem ser sequestrada á vida normal durante um ou dous annos, sem aborrecimento e sem tristeza dos paes que, illudidos na sua boa fé por tão seductoras garantias, veem andar o seu coxalgico. É possivel que clinicos sinceros façam marchar os seus coxalgicos, convictos de preencher a dupla indicação de immobilisação da articulação e descarga do peso do tronco por um apparelho gessado ou orthopedico e uso de muletas ao mesmo tempo, de fórma que os doentes marchem apoiados n'estas e na perna sã, exclusivamente, e com o seu estado geral cada vez mais prospero garantido pela liberdade de marcharem. Sem occultar nem enfraquecer escrupulosamente nenhum dos argumentos de que se servem esses clinicos para auctorisar a marcha dos

coxalgicos desde o principio, direi com Callot que collocar uma creança em repouso na nossa situação social actual equivale a estiola-la, a abandona-la n'um casebre sem ar, sem luz, sem sol, — é infelizmente o caso de muitas familias pobres dos grandes centros, — ou obriga-la a internar-se n'um hospital d'onde sairá para o cemiterio. Neste caso vale mais permittir-lhe a marcha com muletas e um bom apparelho immobilizador; ha mais probabilidades de cura. A cura é provavel em ankylose e com um membro atrophiado, porque durante muitos annos o doente marcha sobre a perna sã. Fóra d'este caso unico, não deve ser permittida a marcha desde o principio da doença. Callot affirma que a posição deitada não ameaça a creança com a decadencia do estado geral. Aquelles que duvidam d'isso convida-os a visitarem a praia de Berck, onde vêm centenas de coxalgicos deitados com magnifica apparencia, num estado geral satisfatorio. O mesmo diz dos coxalgicos recolhidos nos hospitaes nos quaes as enfermarias abrem para as praias; conservam, apezar de deitados, o appetite, boa

apparencia, alegria e nenhum d'elles, de baixo do ponto de vista do seu estado geral, inveja a sorte das creanças coxalgicas que marcham.

- O repouso póde ser repudiado pelos paes e mais bem tolerado pelas creanças a elle sujeitas, do que pelas que usam o tratamento permittindo a marcha, embora seja pouco dolorosa a coxalgia. A'quelles que ainda se não contentam com as considerações expostas para se decidirem a escolher como therapeutica mais segura o repouso, dedico mais algumas rasões que abonam esta. Uma rasão capital é que com a marcha obtem-se quando muito, resultados funcionaes mediocres, em quanto que com o repouso os resultados são incomparavelmente mais satisfatorios, admittindo mesmo em ambos os systemas a permanencia n'uma região maritima e assistidas umas e outras por clinicos egualmente competentes. Qualquer orgão attingido de uma inflammação tuberculosa tem no repouso uma condição muito favoravel á sua extincção e ao desapparecimento do tuberculo. O movimento favorece a sua extensão e a sua progressão

nos tecidos. Com o repouso uma coxalgia, no principio, póde curar-se e muitas vezes sem tara alguma. Com a marcha a creança terácura, sem duvida, mas nunca ou quasi nunca sem uma ankylose e sem uma atrophia bem sensivel. Callot declara que póde mostrar mais de cem coxalgias com diagnostico firmado por muitos collegas as quaes se curaram pelo repouso sem claudicação, nem dureza da articulação. Ollier e especialistas francezes testemunham a asserção de Callot e accusam os collegas que fazem marchar os coxalgicos de que nunca os mostram perfeitamente curados d'uma coxalgia verdadeira, confirmada, autentica. Todos os resultados que Callot viu nas viagens além da Mancha e além dos Vosges confirmam as vantagens do seu systema. Este illustre clinico aconselha os collegas a declarar aos paes que a creança não fica privada da marcha com um apparelho gessado, de celluloides ou de coiro. Um orthopedista póde executar um apparelho muito bonito debaixo das indicações do clinico, mas a creança curará mais tarde e pagará por uma claudicação incommoda para

toda a sua vida causada por uma perna ankylosada e curta, a satisfação muito discutível e passageira de não ter o doente cessado de marchar durante a doença. Nenhum aparelho, por mais perfeito que seja, pôde realizar a descarga do tronco sobre o femur. Os aparelhos orthopedicos são incontestavelmente muito bonitos, mas fallham ás suas promessas: a ankylose e a atrophia sensível do membro que elles não impedem, mesmo nos casos mais benignos, são o desmentido formal da descarga que promettem; muitos clinicos que permitem a marcha, descrentes das vantagens d'esses aparelhos orthopedicos, abandonam-nos, limitando-se a fazerem uma simples ligadura gessada, sem nenhuma pretensão á descarga do peso do tronco. O repouso pôde aborrecer nos primeiros dias emquanto se não adquire o habito, mas é dos dois systemas aquelle que realisa uma condição mais favoravel á ausencia de claudicação e de deformação. Nos casos um pouco rebeldes em que a doença não aborte por este processo, nós teremos ainda um resultado funcional incomparavelmente superior em for-

ça, attitude e egualdade de membros que a marcha nos não garante.

Se os paes querem um resultado inferior obtido á custa de muito mais tempo e para elles mais agradavel, deixa-se marchar a creança. Se, pelo contrario, sacrificam esse agrado que lhes suavisa presentemente o descontentamento que lhes produz a doença do filho, se querem melhor futuro para este, se o querem curado melhor e o mais depressa possivel, colloca-se em repouso, deitado. O tratamento pelo repouso, em rigor, póde fazer-se por toda a parte, comtanto que haja bons ares e principalmente vontade dos paes e dos doentes adultos em obedecerem cegamente as prescrições do medico; d'outra fôrma não se cura a coxalgia ou, se se cura, é á custa de resultados pouco invejaveis sem o doente gosar dos beneficios dos progressos da therapeutica que não se limita só a prescrever repouso. Vejamos.

Tres eventualidades se podem dar n'uma coxalgia: ha um foco tuberculoso na articulação, sem attitude viciosa; ha um desvio que é preciso corrigir e manter a correc-

ção; ha finalmente um abcesso que urge tratar por ponções e injecções. Se o abcesso é aberto ou fistuloso e se não ha febre, é preciso simplesmente pensa-lo. Se ha abundancia e persistencia de supuração, intervenção sangrenta — resecção.

* * *

O tratamento da coxalgia, que vae merecer a minha attenção resumindo a technica e o emprego que deve fazer-se dos meios therapeuticos conforme o caso, comprehende: 1.º o repouso na posição deitada que, com um bom tratamento geral, conduzirá ao desaparecimento do foco tuberculoso da articulação; 2.º a correcção da attitude viciosa, ou por extensão contínua sómente, ou por uma tracção feita a chloroformio, uma tenotomia, osteoclasia ou ruptura não sangrenta de tendões, tudo seguido da applicação de um bom aparelho gessado, capaz de manter a correcção integralmente; 3.º o tratamento de abcesso fechado (ponções e injecções) e de fistula, pôr penso aseptico, quando esta não é infecta-

da, drenagem, no caso contrario, e resecção, quando for indicada.

Antes, porém, de proseguir na exposição do tratamento classico |e corrente da coxalgia vou referir-me a um tratamento local da tuberculose que mereceu a Guerd ser assumpto de these que elle defendeu no anno preterito em Paris.



Depois da descoberta do bacillo da tuberculose por Koch, porfiou-se na procura de medicações antibacillares, de soros e de antitoxinas destinadas a destruir este bacillo especifico. A noção do terreno sobre o qual o bacillo evoluciona não mereceu no momento a importancia com que hoje se impõe. A importancia do papel do terreno conduziu naturalmente á medicação chamada hygienica, procurando-se realizar nos sanatorios as melhores condições d'esse tratamento. A medicação hygienica, se nada tem de antibacillar, modifica vantajosamente o terreno, e póde considerar-se um meio efficaç e sufficiente do tratamento de tuberculose no seu inicio, capaz de produzir, num periodo mais adeantado da tuberculose, melhoras que retardam o desenlace fatal sem o evitar. O resultado, vê-se, é incompleto e tem abalado a confiança do tratamento pelo sanatorio que não parece compensar a immensidade de sacrificios exigidos pela sua installação e funciona-

mento. As autopsias de individuos succumbidos a outras doenças attestam, pelos vestigios tão frequentes de lesões tuberculosas curadas, que antes dos sanatorios e fóra dos sanatorios, a cura da tuberculose é no seu principio, possivel e é frequente. A cura da hygiene é fatalmente insufficiente quando o organismo carece de resistencia; o bacillo póde, nestas circumstancias, multiplicar-se rapidamente, augmentar ainda a fraquesa d'esse organismo, intoxicando-o, provocando a febre e os suores, signaes d'essa intoxicação, modificando, emfim, os tecidos que cercam o tuberculo, préviamente formado, a fim de a invasão ser mais facil. É uma noção assente que o bacillo de Koch, mesmo morto, é nocivo ao organismo: as suas toxinas têm uma acção destructiva sufficiente para conduzir lentamente á cachexia e á morte.

A pullulação do bacillo não é causa unica dos estragos e das desordens produzidas pela tuberculose; parece que uma parte dos nossos tecidos tendo sido impressionados pela presença do bacillo ou pelas suas toxinas, aquelles podem, por sua vez,

ser a fonte de uma intoxicação lenta, consumptiva e mortal (Guerder). As velhas tuberculoses dos membros cachetizam o organismo e produzem destruições sem que se possa encontrar bacillos. A importancia do terreno excede a importancia do bacillo, porque se este ultimo atacasse todos os terrenos o fim da humanidade seria inevitavel, visto que todos seriamos tuberculosos. O terreno pôde ser considerado como um conjuncto de cellulas constituindo o organismo com o seu modo de nutrição, com o seu dinamismo. Na tuberculose devemos considerar um estado geral, um terreno de predisposição, que consiste n'uma maneira de ser particular da nutrição compativel com uma saude relativa e um terreno local onde modificações cellulares localisadas pela invasão bacillar ameaçam todo o organismo.

É indifferente admittir que a alteração cellular local precede a invasão bacillar ou que esta precede a alteração cellular; o bacillo segrega toxinas que invadem o organismo; as cellulas em decomposição darão por sua vez logar a outras toxinas que aggravarão o estado do doente. Não pôde

dizer-se afoitamente qual das duas toxinas desempenha o principal papel; parece, todavia, que o principal pertence ás toxinas dos tecidos, porque os symptomas da tísica, diz Guerder, assemelham-se aos que produzem as tuberculinas.

A tuberculose, qualquer que seja a sua séde, deve ser considerada no principio uma doença local attingindo um organismo predisposto, tuberculisavel, isto é, já doente. Parece logico que a medicação do terreno deve obedecer ás duas condições: modificar o terreno geral e tratar tambem o terreno, séde da lesão, actuando sobre as cellulas ainda sãs da região invadida e provocar a sua reacção curativa.

Guerder realisa isso empregando o extracto glicerinado de figados frescos de bacalhau, fazendo localisar a sua acção sobre a região atacada pela tuberculose. O oleo de fígado de bacalhau, logo que pôde ser tomado pelos tuberculosos em dose sufficiente, avanta-se a todos os preparados, alguns dos quaes foram brevemente abandonados; se algum resta, não tem a confiança do corpo medico que possui o oleo

de fígado de bacalhau, considerado como um modificador da nutrição que augmenta a resistencia ás infecções, em geral. Produzido pelo trabalho das cellulas hepaticas, deve encerrar principios activos provenientes d'estas cellulas, mas n'uma fraca proporção o que indica naturalmente a necessidade de ingeri-lo em grande quantidade. Infelizmente esses individuos são já dyspepticos e não podem digerir uma dose sufficiente.

D'aqui a rasão de procurar uma preparação contendo uma mais forte proporção d'esses principios, a reunião do plasma da cellula hepatica encerrando sob um fórma condensada os principios activos contidos no oleo, além d'outros principios que o oleo não dissolve, por exemplo, o glycogeneo.

É com esse producto, diz Guerder, que ensaiou o tratamento local das lesões tuberculosas, que não é puramente local, porque o medicamento sendo absorvido vae ainda exercer uma acção geral; tem a esperanza de modificar profundamente o tratamento actualmente em uso na coxalgia. As attitudes viciosas da coxalgia no perio-

do presuppurativo, sabe-se, são devidas unicamente á contracção muscular ordenada pela dôr. Supprimindo rapidamente a dôr, as attitudes viciosas não se produzem e, se já existem, serão facilmente reduzidas. É, todavia, indispensavel impedir os movimentos bruscos, pelo repouso no leito e manter uma leve extensão quando usar o tratamento pelas injecções do extracto glycerinado de figado fresco de bacalhau. As injecções são beneficas ainda nos casos de deslocamento, porque impedem que este augmente.

Quando os doentes andam, o resultado produz-se rapidamente por causa da supressão das dôres, diz Guerder. Não creio que se entregue á marcha quem tem dores.

Longe de procurar a ankylose, empregaremos esforços para evita-la: esperando que o doente, possa marchar, desde que não ha dôres, imprimimos á articulação livres movimentos e daremos massagens ao membro, mas não na articulação.

Guerder cita 10 casos de coxalgias suppuradas muito graves nos quaes notou a acção rapida das injecções sobre as dôres,

sobre o estado geral e sobre o melhoramento funcional. Aquelle medico, referindo-se aos effeitos das injeccões sobre os diversos symptomas das tuberculoses internas, diz-nos que na coxalgia, quando as dôres são tão vivas que impedem o somno do doente, são rapidamente attenuadas a principio para desaparecerem ordinariamente no fim de algumas injeccões. O phenomeno é frisante e não pôde ser attribuido á immobilisação completa que os allivia igualmente, porque esta não foi praticada. Nas coxalgias chronicas, a dôr que volta de tempos a tempos, principalmente no joelho, desaparece algumas vezes no fim d'alguns minutos ao mesmo tempo que desaparece a pequena dôr da picadura. O doente diz sentir um escoamento ao longo da coxa que lhe tira a dôr. As melhoras do estado geral produzem-se em todos os casos; são extremamente sensiveis e rapidas. O desaparecimento das dôres, a volta do somno e do appetite e a diminuição da suppuração, n'outros casos, influem certamente no estado geral e aproveitam mesmo aos doentes já cacheticos e de uma apparencia absolu-

tamente desesperada. O estado local modifica-se mais lentamente e o tratamento exige mezes. Quando existem focos tuberculosos com tendencia ao amollecimento, esta tendencia é activada pela acção das injecções. Guerder regeita o esvaziamento dos abcessos pelas puncções aspiradoras, fazendo sair por uma abertura a bisturi, desde que a fluctuação é manifesta, pús caseoso e injecta todos os dias por alli uma dose de extracto. A tuberculose não tem como o cancro uma mancha fatalmente invasora; póde curar-se espontaneamente pelos unicos esforços da natureza; sabemos hoje, por que processos se opera esta cura, infelizmente, excepcional nos casos mais serios. O nódulo tuberculoso apresenta frequentemente a tendencia necrotica, mas em certos casos ha uma reacção das cellulas sãs que cercam o nódulo e que vão constituir uma defeza phagocitaria. Organizam-se em tecido fibroso que envolve o nucleo, isolam-no e provocam a reabsorpção. Se o nucleo está já liquefeito, haverá uma zona de infiltração tuberculosa mais ou menos extensa que difficulta, quando não impede, a reabsorpção.

Um methodo de tratamento physiologico deve favorecer esta reacção cellular que Guerder pretende realisar com o extracto. Se alguns abcessos têm sido provocados por injeccões, não é uma complicação para temer, porque apressam a cura favorecendo a evacuação de depositos caseosos.

No desaparecimento da dôr, no melhoramento do estado geral e da nutrição local que attestam a acção das injeccões não sei dizer se se produz uma neutralisação chimica das toxinas bacillares ou se as cellulas superactivadas desatam a formar anti-toxinas. Na tuberculose a insufficiencia da phagocitose deve ser attribuida á acção inhibitoria que exercem sobre os phagocitos as toxinas do bacillo de Koch. A acção phagocitaria encontra-se intimamente ligada á acção antitóxica; ambas são necessarias: a acção antitóxica exerce-se a principio e permite aos phagocitos intervirem vantajosamente. As injeccões exercem, sem duvida, uma acção geral, mas a acção local é a mais evidente, a mais energica e a mais efficaç.

A duração do tratamento pelo extracto

glycerinado de fígado de bacalhau é de varios mezes. Infelizmente as condições hygienicas da maior parte dos doentes deixam muito a desejar debaixo do ponto de vista de alojamento, de alimentação e de cuidados. Nos casos de abcessos, o tratamento é certamente mais demorado, mas mais curto do que o da immobilisação que costuma gastar annos. A cura obtida lentamente sem immobilisação prolongada, sem repouso continuo no leito, traduz-se por um augmento sensivel de peso e por uma apparencia geral florescente.

Pelo que respeita a technica das injeções direi que aquella é a mesma usada em qualquer injeção subcutanea: esterilisação do medicamento, asepsia dos instrumentos e asepsia da região onde se pratica a injeção. A injeção faz-se ao nivel dos pontos dolorosos immediatamente visinhos da lesão. Mergulha-se a agulha debaixo da pelle, verificando que não se pique nenhum vaso. Monta-se a seringa e impelle-se lentamente a injeção; terminada esta, applica-se collodio sobre a picadura. Quando existem fistulas, a injeção faz-se nos seus

trajectos obturando-os em seguida com colódio, se o liquido injectado tende a sair para fóra. A dose habitual para injeções subcutaneas é de um a dois grammas intercalladas de 4 ou 5 dias. Para as injeções intra-fistulares, a dose póde ser muito mais elevada até encher completamente os trajectos fistulosos e a injeção póde ser quotodiana. Apesar da maior frequencia das injeções intra-fistulares, estas mostram-se menos activas que as injeções subcutaneas. Pode-se combinar os dois modos de injeção: fazer uma injeção subcutanea, todas as semanas, no foco originario da lesão, e injeção intra-fistulares, todos os dias.

A injeção, intra-fistular, em geral não provoca reacção dolorosa, excepto em alguns doentes nos quaes a dôr é curta e insignificante. A injeção subcutanea bem feita provoca uma pequena dôr que desaparece depressa ou póde deixar de existir se préviamente injectarmos 5 ou 6 milligrammas de cocaina. Nas 24 horas que seguem á injeção, algumas vezes dois ou tres dias, produz-se uma reacção local. Esta reacção consiste n'um tumor edematoso, apre-

sentando a pelle muito vermelha e tensão dolorosa. Estes phenomenos desaparecem espontaneamente, conservando-se ás vezes uma sensação de prurido. A dôr apaga-se rapidamente pela applicação d'uma compressa humida bem quente. Existe entre o momento da injeccão e o da reacção um intervallo de tempo, um verdadeiro periodo de incubação, durante o qual o medicamento vae impressionar toda a economia e preparar a reacção que é preciso aguardar com vantagens para a cura. A lentidão da reabsorpção do extracto e a eliminação parcial com a suppuração, nas fistulas, explicam perfeitamente a falta ou a menor intensidade d'essa reacção.

Na preparação do extracto de figado de bacalhau principiaremos por attender á selecção dos figados; os figados destinados a preparação do extracto devem ser escolhidos com o maximo cuidado. Devem ser muito frescos, utilizados dez ou doze horas depois de arrancados do bacalhau. O seu aspecto deve ser branco roseo, nacarado. Regeita-se os que denunciarem um começo de decomposição pela sua molleza e os que

forem muito gordos, porque darão um extracto menos activo. Em seguida lavam-se com agua distillada fervida até que as aguas da lavagem corram perfeitamente claras. Os figados são em seguida finamente fragmentados e immersos em glicerina, collocando tudo n'uma geleira. A maceração durará, o minimo, doze horas. Para que a dissolução dos principios activos seja completa, agita-se frequentemente a mistura. Terminada a maceração, lança-se sobre um feltro, préviamente esterilizado e recebe-se o liquido n'um recipiente igualmente esterilizado.

A preparação do extracto glicerinado é longa; é necessario conservar o producto n'uma geleira durante esta operação. Separa-se cuidadosamente a camada oleosa que sobrenada e esterilisa-se recolhendo o producto em ampolas de tres centimetros. (V. these de Paris. «Traitement local de la Tuberculose par un extrait de foie de morue», Guerder, 1904).

(Continuação do tratamento classico)

O repouso na posição deitada póde assegurar-se por uma cama de facil construcção permittindo as funcções naturaes e impedindo a mobilidade por cintos que fixam o tronco e as pernas ao plano do leito sufficientemente resistente. A goteira de Bonet, diz Callot, é cara, mal construida e deixa as creanças desviarem-se sem que isso se perceba. O colchão deve ser um pouco mais expesso ao nivel das nadegas para manter a bacia elevada e luctar contra a sella. Póde realisar-se ao mesmo tempo a extensão continua prendendo á extremidade inferior dos membros umas fitas que passam n'uma roldana. A extensão continua é um allivio enorme para o doente. É analgesica, antiphlogistica, corrigindo a attitude e o desvio do membro por meio do afastamento das superficies articulares. (Lannelongue).

Duas rasões concorrem em favor do repouso de ambos os membros: a primeira é

que a perna sã, sendo livre, poderia por movimentos exagerados e imprimir alguns abalos á bacia; a segunda é que ha interesse para o futuro em mante-los no mesmo regimen do repouso absoluto durante a doença; elles adquirirão symetricamente e simultaneamente o mesmo desenvolvimento depois de suspenso o repouso. As creanças deitadas podem transportar-se ao campo n'uma pequena carruagem. Na occasião das refeições podem levantar ligeiramente a cabeça e colloca-se debaixo das espaduas um pequeno travesseiro. De seis em seis semanas póde examinar-se a articulação e dar d'esta maneira ensejo a uma *toilette* completa da creança. Este exame impedirá o endurecimento da articulação.

Para manter uma correcção exacta e completa da attitude viciosa é indispensavel manter integralmente essa correcção por um apparelho gessado. A arte de construir um apparelho de contenção perfeito é quasi tudo na coxalgia.

Tem-se attribuido a este apparelho que elle impede a vigilancia da articulação dos doentes, que conduz a uma atrophia do

membro inferior, que é mal supportado, de pouca duração, que se suja frequentemente, que altera a pelle e que é difficilmente accete pelos paes.

O obstaculo á vigilancia da articulação é uma objecção de Lannelongue. Um abcesso gasta mezes a formar-se e muitos mais para abrir-se para fóra o que póde evitar-se por uma exploração cuidadosa de 3 em 3 mezes nas mudanças de apparelho.

Póde ainda remediar-se esse inconveniente praticando pequenas janellas sem prejudicar a solidez de um apparelho bem construido. A atrophia do membro é realmente um inconveniente que não póde remediar-se. O apparelho é bem supportado, porque tira a dôr e dá um bem estar aos coxalgicos e póde conservar-se limpo, tendo o cuidado de cobri-lo com um impermiavel ao nivel da bacia, adeante e atraz. A pelle não se altera, apenas póde cobrir-se de restos epidermicos. Não ha a temer perturbações de nutrição da pelle, se houver uma *toilette* completa do corpo a alcool e usarmos de algodão passado á estufa. Os paes accedarão facilmente o apparelho logo que

presenceiem o bem estar que d'elle resulta para o doente.

O aparelho gessado tem vantagens que é preciso frisar. É soberano contra as dôres da coxalgia se elle contém tambem o pé e é bem construido. O aparelho gessado bem feito é o unico meio de que podemos servir-nos para manter integralmente uma correcção de attitude viciosa na coxalgia, e a manutenção integral da correcção é uma coisa capital para obter bons resultados e dar uma cura mais rapida.

A correcção de uma attitude viciosa do segundo periodo exige mais do que o repouso e extensão contínua á qual resiste uma flexão muito pronunciada. N'este caso é preciso recorrer á anesthesia para realisar o *endireitamento* do membro que comprehende dois modos de proceder: *bruscamente* n'um aparelho ou *progressivamente*, lentamente. Creio que se deve e póde chegar á correcção das attitudes viciosas da coxalgia no 2.º periodo por manobras doces e prolongadas. As manobras vigorosas têm inconvenientes nas attitudes viciosas de principio; no terceiro periodo quando

ellas são necessarias podem fazer-se impunemente. A maneira classica de Bonet de uma correcção brusca deve ser abandonada para sempre; mostra-o a observação clinica e as vistas theoricas estão de harmonia: a esmagadura das superficies articulares e por conseguinte esmagadura das fungosidades que as recobrem e rasgadas de pequenos vasos sanguineos são para temer particularmente nas coxalgias extremamente dolorosas que traduzem uma tuberculose muito virulenta, porque é imminente o risco de uma auto-inoculação tuberculosa. Callot diz que se nas coxalgias muito dolorosas praticarmos á maneira classica, manobras prolongadas durante mais de meia hora em todos os sentidos teremos cinco probabilidades contra dez, de vêr explodir uma meningite nos 6 mezes consecutivos á nossa intervenção. Não deve deduzir-se d'aqui, como á primeira vista parece, que, para preservar o doente mais ou menos infallivelmente da inoculação, o abandonemos com o seu desvio para toda a vida; porque tal procedimento permite a persistencia das ulcerações compressivas

das extremidades articulares que são capazes de aggravarem-se de dia a dia. O medico que se abstem e deixa o seu coxalgico soffrer e deformar-se de cada vez mais, compromette evidentemente o seu estado geral mais do que procurando-lhe immediatamente o seu bem estar por uma correcção doce, sob chloroformio, seguida de applicação de um apparelho gessado bem feito. Desde o dia seguinte as dôres cessam, o appetite volta com o somno e assiste-se a uma verdadeira resurreição do doente (Calot).

Technica da correcção da attitude viciosa do 2.º periodo. Transporta-se o doente para uma meza ordinaria e adormece-se. Se a coxalgia é muito dolorosa, o doente será adormecido préviamente no seu leito. Adapta-se perfeitamente sobre o plano da meza o tronco e bacia; para consegui-lo basta tomar a perna doente pelo pé e joelho e conduzi-la no sentido do desvio até que se supprima totalmente a sella lombar, e pôr a espinha iliaca do lado doente ao mesmo nivel que a espinha do lado são, isto é, ambas sobre a mesma linha perpendicular

ao eixo do corpo. D'esta fórma, vê-se claramente a attitude viciosa a corrigir mascarada em parte pela sella lombar e descida da espinha iliaca, isto é, pela torsão da bacia e tronco. Bem fixos o tronco e a bacia na posição normal que acabamos de dar-lhe, o membro deverá evolucionar sobre este ponto fixo, para voltar a uma attitude perfeita. Um só ajudante basta geralmente para manter esta fixação; este ajudante estende a perna sã enquanto que o operador manobra com a perna doente para collocar a bacia como convém; o ajudante dobra a perna sã sobre o ventre e por meio d'esta perna flectida, pesa sobre o tronco e sobre a bacia de fórma a mante-la sobre a meza, vigiando que as duas espinhas iliacas estejam sempre ao mesmo nivel e que a sella lombar se não esboce. Um outro ajudante realisarà esta fixação ainda mais perfeita: collocado do lado doente, de joelhos, tomando numa mão o ischion d'este lado e na outra a aza do iliaco, repelle para cima o ischion e recalca para baixo, sobre o plano da meza, a crista iliaca de fórma a impedir que o osso iliaco doente bascule para deante

(o que tende a fazer quando o operador conduz o femur doente em boa posição). A bacia está collocada convenientemente e bem fixa; resta agora conduzir o femur á posição normal, com a maior doçura. Com uma mão sustenta-se o femur a cima do joelho e com a outra toma-se o pé. Com a primeira exerce-se uma tracção ligeira sobre o femur como querendo destaca-lo do osso iliaco e com a simples pressão do indicador leva-se á posição correcta, isto é, para dentro até attingir a linha média prolongada do corpo e para baixo, até a barriga da perna tocar o plano da meza. Pode-se ir além com esta deflexão, fazendo uma ligeira hypercorrecção pondo o tronco e a bacia sobre o bordo da meza, a perna sã restituída á flexão normal e o doente 5 a 10 centímetros abaixo do plano prolongado da meza sobre a qual repousa a bacia. A correcção é verificada pelo operador que, tomando os dois pés, compara a posição dos dois malleolos e dos dois calcanhares, enquanto que o ajudante, tendo uma das suas mãos sobre os joelhos, mantém a hyperextensão. Ao doente, sendo collocado

docemente sobre um pelvisupporte que podemos improvisar, applica-se o aparelho gessado que manterá a correcção obtida. Quando esta não fôr completa com a simples pressão do indicador, pode-se augmentar a pressão impunemente de alguns kilos ou realisar mais uma ou duas sessões distanciadas de alguns mezes quando já a immobilisação tenha diminuido a virulencia da tuberculose, empregando sempre a anesthesia que suprime as resistencias musculares.

A correcção da attitude viciosa do terceiro periodo da coxalgia. Faz-se analogamente á do 2.^o periodo, necessitando n'aquelle uma tracção mais vigorosa e uma abducção de 20° para fazer a compensação do encurtamento real. Quando a tracção manual é insufficiente para realisar em alguns minutos a correcção da diformidade, como acontece na maior parte das velhas ankyloses fibrosas e de todas as ankyloses osseas, ataca-se directamente as resistencias tendinosas e osseas. Ainda no intuito de reduzir ao minimo choque o traumatismo, Callot aconselha o abandono do en-

direitamento forçado, violento e prolongado, recorrendo á tenotomia, á osteotomia ou, como meios um pouco mais traumatizantes e não sangrentos, á ruptura dos tendões dos adductores por pressão dos dedos e á osteoclasia manual. Callot apresenta radiographias a documentar a efficacia de um processo que elle emprega e descreve para attenuar a deformidade do encurtamento da luxação na qual, quasi sempre, a cabeça é destruida. Reduz o trochanter na cavidade cotyloidea, pondo a coxa em flexão em angulo agudo e em abducção forçada; mantem isto um mez, depois faz evolucionar em seguida a pouco e pouco esta posição extraordinaria para a posição normal, terminando, finalmente pela abducção e hyperextensão ligeiras.

Coxalgia com abcessos. São frequentes nas coxalgias muito dolorosas e apparecem ordinariamente um anno depois do principio da doença clinicamente apreciada. Muitas vezes os abcessos não se acompanham nem de dôres, nem de febre, nem se annunciam por nenhum signal clinico; na maior parte dos casos, ao contrario o abcesso é annun-

ciado por dôres mais ou menos vivas que precedem o momento em que nós podemos reconhecê-lo clinicamente. O abcesso frio da coxalgia é o prolongamento do foco profundo, é um divertículo, uma exteriorisação d'este foco. O clinico que abre o abcesso frio da coxalgia abre, portanto, o foco tuberculoso da articulação.

Ha 3 tratamentos de abcesso frio: a extirpação sangrenta, a abstenção e as punctões e injecções modificadoras. A extirpação sangrenta, muito preconizada outr'ora, mesmo assepticamente conduzida, póde deixar uma fistula; além d'isso, a extirpação é sempre insufficiente quando existe comunicação do abcesso com a articulação. Esta comunicação existe quasi sempre. Para a extirpação ser sufficiente, deverá ser seguida d'uma muito larga resecção que nem sempre póde supprimir o mal.

A abstenção, contando-se com a reabsorpção espontanea do abcesso, está condemnada. A parte mais liquida do abcesso é reabsorvida, mas não podemos saber seguramente se os elementos infectados e infectantes da sua parede desapareceram

completamente. As punções evacuadoras e as injeções modificadoras atacam os elementos tuberculosos e a parede é bem saneada. Devemos aproveitar a presença do abcesso para actuar por seu intermedio sobre o foco articular e osseo da coxalgia, para cura-lo mais completamente, mais rapidamente e mais seguramente.

Quanto á posição do membro, nas coxalgias com abcessos, esta não póde preoccupar-nos durante o tratamento dos abcessos; o desvio será tratado pelos meios ordinarios dous ou trez mezes depois da cura do abcesso. Podemos, todavia, antecipar a correcção do desvio á cura completa do abcesso.

Tratamento do abcesso fechado pelas punções e injeções modificadoras. —Lava-se com alcohol, com ether, depois com licor de Van Swieten a pelle da região do abcesso n'uma larga extensão. Pulverisa-se com chloreto de ethyl o ponto escolhido para mergulhar o trocart de um aspirador. Desde que este ponto está branco, enterra-se a agulha até á profundidade onde julgamos a existencia de pús. Tem-se geralmente, depois de atra-

vessar as partes solidas e attingido o liquido, uma sensação especial. Evacua-se o pús e injecta-se o liquido modificador. Que signal reconhece a evacuação de todo o pús? Algumas vezes este não corre, porque um grumo rolhou a canula do trocart. Verificada que a collecção existe, desobstruimos a canula lançando por ella, com força, algumas gottas de ether iodoformado, ou por meio do mandarim. Logo que a collecção não é sentida e que o pús não corre na canula, reconhecemos que este se esgotou. Se o pús vem ligeiramente córado de sangue suspende-se immediatamente a aspiração e passa-se á injecção para fazer em seguida uma leve compressão por cima do abcesso. A aspiração deve ser muito fraca (a torneira do aspirador póde regula-la) mas sufficiente para retirar o pús, evitando as malaxações que fazem sangrar a parede dos abcessos e que, portanto, produzem o risco de uma possivel auto-inoculação. Repete-se de 5 em 5 dias esta pequena operação, picando de cada vez em um novo ponto para não favorecer a producção de uma fistula. Se o pús é abun-

dante faz-se uma punção evacuatora sem injeção consecutiva. Em média a uma injeção correspondem duas punções. Depois de ter feito cerca de dez injeções não é pús o liquido retirado do abcesso, mas sim uma mistura de serosidade escura, ás vezes côr de rosa, e de liquido modificador. A parede sendo saneada e avivada, sangra mais facilmente do que no principio do periodo das punções, mas agora já não tem os inconvenientes do principio, porque o liquido não é virulento. Faz-se, logo que o liquido evacuado está sufficientemente modificado, uma compressão com algodão hydrophilo durante 20 dias. Depois de uma ou varias injeções podemos ser surpreendidos por uma tensão da pelle já vermelha a annunciar uma abertura imminente. Sem julgarmos a batalha perdida, introduzimos por um ponto da pelle, ainda não alterada, uma agulha e evacuaremos o sacco completamente, sem fazer injeção e applicaremos, por cima, um penso ligeiramente compressivo. Se o liquido se reproduz, evacuamo-lo pelo mesmo ponto, sem injeção consecutiva.

É da mais alta importancia evitar a abertura do abcesso. Algumas precauções technicas é preciso tomar segundo a séde dos abcessos: longe dos vasos nada ha a notar de particular. Na região dos vasos o ponto de reparo capital é a arteria femural que se sente pulsar, para dentro da qual se sente a veia. Podemos atacar a collecção para fóra da arteria e para dentro da veia, conforme a collecção purulenta se eleva mais para fóra ou para dentro d'aquelles vasos. Se um d'estes vasos fôr ferido um jacto de sangue dá o alarme: retiramos immediatamente a canula, collocamos o dedo sobre o orificio e faremos um penso compressivo mantido alli durante 6 dias (Calot).

Acima da arcada crural, passaremos o trocart rente a esta para poupar o peritoneu, repellir os vasos para fóra ou para dentro, conforme os casos, emquanto um ajudante augmenta o relevo da collecção purulenta, por uma compressão exercida de cima para baixo sobre a fossa iliaca interna. Atraz é facil poupar o grande nervo sciatico, sabendo-se que elle passa sensivelmente a

egual distancia do trochanter e do ischion.

Callot dá a seguinte formula do liquido para injeções:

Naphtol camphorado	20	grammas
Azeite esterilizado	34	»
Ether	34	»
Iodoformio.	9	»
Creosote.	2	»
Gaiacol	1	»

Esta mistura deve ser conservada ao abrigo da luz. O ether iodoformado é doloroso, mas precioso por levar o liquido a todos os recantos do abcesso. A quantidade a injectar é de meio gramma d'esta mistura por cada anno de idade do doente até aos 20 annos. Gangolphe emprega a glycerina iodoformada á qual attribue, além da ausencia de accidentes de intoxicação uma efficacia maravilhosa. Relembro o uso do extracto de figado de bacalhau fresco administrado nas condições expostas.

Coxalgia com fistula.— A fistula provém da abertura espontanea ou artificial de um abcesso. Ha uma distincção capital que é indispensavel fazer-se para o prognostico e para o tratamento: *fistula infectada* e *fistula*

não infectada, geralmente recente. Infectada quer dizer que ao bacillo tuberculoso associaram-se outros micro-organismos vindos de fóra. Uma fistula que se acompanha de febre desde que o pús está retido, deve julgar-se infectada, porque o pús tuberculoso não dá febre. Póde ser infectada sem produzir febre. O diagnostico n'este caso póde fazer-se, conservando no trajecto fistuloso durante 24 horas uma injeção modificadora que poderá produzir, quando muito, uma insignificante subida de temperatura se a fistula não está infectada. Se sobrevem febre acompanhada de um mal estar com lingua saburrosa sob a influencia da retenção artificial do liquido injectado, a fistula está infectada. Os accessos de febre hectica de 39° que se produzem todas as tardes regularmente são um signal de infecção quando não possamos attribui-los a uma lesão visceral. Se o doente manifesta uma degenerescencia visceral, isto é, albuminuria, um grande figado e um grande baço apreciaveis á palpação podemos contar com uma infecção profunda.

Uma fistula que acaba de produzir-se

pela abertura espontanea de um abcesso que nunca foi tratado, não se infecta de repente. Eguualmente, quando uma fistula se produz depois de uma ou varias injecções, porque o trocart é muito grosso ou porque o conteudo abundante do abcesso força a pelle ao nivel da picadura, esta fistula não está infectada se a abertura se effectuou sem febre.

Uma fistula não infectada é uma porta constantemente aberta pela qual cedo ou tarde, mas fatalmente, penetrarão até á profundidade do foco articular micro-organismos do exterior que associados ao bacillo tuberculoso, formarão associações microbianas difficeis e ás vezes impossiveis de destruir. Estas associações darão, desde que o pús não corra bem, reabsorpções septicas, febre, albumina e infecção visceral. O tratamento das fistulas, não infectadas costuma ser ingrato, porque o liquido modificador actuará alguns segundos apenas, sendo impossivel dete-lo totalmente a porta largamente aberta. Não actua demoradamente e profundamente como nos abcessos fechados tratados pelo methodo ordinario.

Importa, como se infere do exposto, uma asepsia extremamente severa para impedir a entrada dos micro-organismos e urgencia no emprego dos meios para fechar esta porta o mais cedo possivel, porque uma demora de mezes facilita um momento de descuido na antisepsia, que o inimigo aproveita fatalmente para installar-se.

O tratamento de uma fistula não infectada que geralmente é recente, consiste em manter um liquido modificador em contacto com a parede durante o tempo sufficiente para que esta seja saneada e avivada. A difficuldade está em obturar o orificio já existente, immediatamente depois de injectado o liquido modificador (3 grammas de naphthol camphorado, por exemplo). Podemos servir-nos de um tampão de algodão hydrophilo rigorosamente estendido que recalque ligeiramente os labios para dentro de fórma a impedir que o liquido se escape para fóra. Podemos ainda com o auxilio de uma agulha fina injectar o liquido num ponto afastado do orificio e fechar este applicando e mantendo constantemente um tampão. Estes pensos devem ser feitos com ri-

gorosa asepsia do clinico, da pelle, dos instrumentos, dos liquidos, dos objectos de penso, para evitar a infecção da ferida.

Nas fistulas infectadas estão contra-indicadas as injecções. Faremos pensos muito asepticos enquanto podermos conservar o doente apyretico e esperaremos mezes e annos a cicatrização. Se ha febre temos de lavar, drenar em todos os sentidos, immobilisar as partes doentes. Se tudo isto não faz cair a temperatura ha uma retenção de pús quer no foco quer nas sinuosidades que cercam este na ausencia de uma complicação visceral. É o caso de termos de intervir praticando uma via larga com o fim de garantir e completar uma drenagem perfeita.

Está então indicada como recurso extremo a resecção da articulação da qual passo a occupar-me.

Resecção—Processo de Ollier. Primeiro tempo. Incisões cutaneas e aponevroticas.

O coxalgico deitado sobre o lado são, a coxa flectida 135° e em adducção, reconhece-se o bordo superior, anterior e posterior do grande trochanter; dá-se uma incisão semi-lunar de convexidade inferior da fór-

ma que a parte inferior meça 45 millímetros abaixo do bordo superior do trochanter e que as duas extremidades se encontrem: a anterior, a 5 centímetros a diante da saliência anterior do bordo superior do trochanter, a posterior a 4 ou 5 centímetros para traz do bordo superior do trochanter. A incisão comprehende a pelle, o tecido celluloso-gorduroso, a aponevrose femural e femur-nadegueira.

Segundo tempo. Secção do grande trochanter.
— Penetrar com o bisturi entre os feixes musculares e incisar o revestimento aponevratico e o periosseo do trochanter, ao nivel da parte média da incisão, serrar o trochanter de fóra para dentro e de baixo para cima guardando um angulo de 45° com o eixo do femur. Desde que a serra tenha penetrado 35 a 40 millímetros retira-se e acaba-se a separação do segmento osseo por um movimento de alavanca. Rebate-se o trochanter (donde o nome de processo de tabaqueira) com os musculos que ahi se inserem, e encontrando-nos sobre o colo do femur, realisamosa melhor condição para atacar a cabeça. Na creança como o tro-

chanter é cartilaginoso corta-se com o osteotomo de cima para baixo e de dentro para fóra.

Terceiro tempo. Abertura da bainha periosteocapsular, desnudação do collo e luxação da cabeça.

Quarto tempo. Secção da cabeça ou da diaphyse femural, curetagem ou resecção da cavidade cotyloidea e ablação ou sutura, conforme os casos, do trochanter rebatido.

H. Delagénière praticou a arthrotomia seguida de drenagem transtrochanteriana em dois coxalgicos com resultados muito animadores.

A drenagem depois da resecção deve ser cuidadosamente estabelecida por meio duma abertura. A abertura mais importante, portanto, a que deve ser mais larga é a abertura postero-inferior atravez do grande nadegueiro. Incisa-se a capsula e o rebordo cotyloideo, proximo da base do collo, por duas incisões que passam, uma entre o gêmeo superior e pyramidal, o outro entre o gêmeo inferior e o quadrado crural. Pode-se passar um dreno em ansa atravez destas incisões abraçando desta fórmula, na sua con-

cavidade, o obturador interno e os gêmeos. De resto, vale bem a pena sacrificar parte destes musculos do que serem causa de retenção de pús. Nos abcessos pelvicos em casos excepcionaes, podemos prestar bons serviços ao doente trepenando a bacia. O operado, pensado e collocado em leito goteira é submettido a extensão continua. Vincent recommenda para lavagens uma mistura de acido phenico e iodo. Colloca-se tintura de iodo numa capsula e adiciona-se uma solução phenicada a 5 % até a tintura ficar completamente descorada. Gangolphe diz que é muito vantajosa a immerção do operado em:

Agua sulfurosa	50 grammas
Bisulfureto de potassio para.	150 litros de agua
Ou sublimado	(50 gr. para 150 lit.)

Depois de collocado um penso ordinario applica-se um apparelho gessado pondo a perna numa abducção de 20° a 30°. No dia seguinte encontrar-se-ha serosidade sanguinolenta ao nivel da ferida operatoria. Faz-se uma janella no apparelho gessado e retira-se o dreno e os pedaços de gaze

docemente, molhando-a préviamente e demoradamente com agua esterelizada quente, para não fazer sangrar. Lavado o dreno, colloca-se de novo. Fazem-se tantas janellas quantos os drenos para pensar os respectivos trajectos fistulosos. Graças á immobilisação durante mezes ou annos obtem-se uma nearthrose sufficientemente solida e util, mas, acreditando Ollier, uma ankylose é preferivel á nearthrose: a ankylose colloca o individuo ao abrigo das recidivas, dá um membro solido, indolente e permite ao doente, em casos favoraveis, fazer sem muletas uma jornada de 10, 20 ou 30 kilometros num dia. A mobilidade suplementar dos joelhos, do rachis e da bacia compensa a ankylose coxo-femural. Uma soldadura do femur á bacia em flexão é melhor do que uma soldadura rectilinea. O encurtamento é mais consideravel, mas uma bota especial fará a correcção e o doente poderá sentar-se. Varios operados de Ollier tendo uma ankylose completa e uma flexão apparente de 20° e 30° podem dobrar a coxa em angulo recto, sustentando-se de pé sobre a perna sã e apoiar o pé sobre um mo-

xo de 40 centímetros de altura. Repetindo, a ankylose em flexão e abdução ligeiras é a terminação mais desejavel na maior parte dos casos.

Referi a indicação da resecção que deve ser o ensaio de um recurso *in extremis*; ha, porém, circumstancias que contra-indicam esta intervenção sangrenta, Quando vastas suppurações têm compromettido as partes molles da região, destruido musculos, quando o tuberculo alterou profundamente os tecidos, quando as lesões da bacia são extensas, não devemos intervir. Embora alguns auctores (Erichsen, Dhocerdin) pensem que o principio da tuberculose pulmonar não deve impedir fazer-se a resecção, julgo, ao contrario, que uma complicação mortal como a tuberculose pulmonar, a amylose e steatose visceral, albuminuria e a diarrhea colliquativa é uma contra-indicação respeitavel. Actuar n'estas condições expomos-nos a presenciar a acceleração duma evolução fatal e levar ao descredito, por uma applicação irracional, uma operação que tem sido succedida de resultados excellentes, principalmente em creanças,

más fóra dos casos inoperaveis. Vincent esforça-se por demonstrar que a resecção é uma excellente operação capaz de salvar a vida de coxalgicos, totalmente perdidos sendo abandonados aos unicos esforços da natureza ou tratados pela drenagem pura e simples.

Na creança com mais razão do que no adulto, a arthrotomia, a incisão larga dos focos e a sua drenagem parecem substituir a resecção typica. Sem duvida, o unico meio, o melhor pelo menos, de drenar a articulação consiste na decapitação parcial ou total do femur.

Na coxalgica dupla as regras geraes do tratamento são evidentemente as mesmas que seguimos na coxalgia simples, quer esta seja acompanhada de abcessos, ou de fistulas ou de desvios.

É forçoso, porém, fazer algumas reservas debaixo do ponto de vista funccional dos dois membros inferiores: devemos esforçar-nos em conservar integraes os movimentos com um funcionamento normal *dum só lado* pelo menos. Uma dupla ankylose torna uma marcha muito incorrecta e

perigosa. Devemos, portanto, deixar uma liberdade relativa aos dois quadris, isto é, sem prejuizo da extensão continua e não sermos demasiadamente severos em manter a immobildade durante annos. Callot diz que no caso em que a ankylose dupla é inevitavel podemos recorrer a uma osteotomia, procurando obter mobilidade.

Quando o *mal de Pot* coexiste com a coxalgia devemos cuidar, com preferencia, d'aquelle por um bom apparelho e manter a perna doente em extensão continua. Quando o mal de Pot estiver curado, corrigiremos a attitude viciosa do membro. Se a cura do mal de Pot se faz por uma ankylose do rachis lombar e se egualmente a coxalgia termina por ankylose do quadril, temos uma dupla ankylose a tornar a marcha bastante defeituosa. A compensação funcional do rachis inferior fica prejudicada. Quando a coxalgia coincide com a *luxação congenital* do quadril, se a creança é muito nova e a redução muito facil, se a coxalgia é muito ligeira que não inspira receios de produzir auto-inoculações com as manobras, praticaremos a redução que

será mantida por um aparelho gessado. Se a reducção depende de manobras vigorosas e que a coxalgia é intensa, devemos preferir curar primeiramente a coxalgia e reduzir a luxação um ou dois annos depois.

Quando a coxalgia coincide com o *tumor branco* do joelho, faz-se simultaneamente o tratamento das duas articulações doentes pela extensão e pela applicação de um aparelho gessado tomando o pé. É preciso procurar tanto quanto nos seja possível, salvar a mobilidade do quadril e do joelho, em favor da facilidade e elegancia da marcha. Póde-se, todavia, marchar regularmente com uma ankylose do quadril e do joelho.

Se as *tuberculoses externas coexistentes* são multiplas e graves, ou se as tuberculoses visceraes estão avançadas e produzem febre e albuminuria, limitaremos ao minimo o tratamento local, e trataremos precisamente de alliviar os soffrimentos do doente e impedir a abertura dos abcessos. Não faremos intervenção nem correcção. Aguardaremos, para isso, a transformação favoravel do estado geral.

*
*
*

É dum interesse capital saber reconhecer a coxalgia desde o seu inicio; não é menor o interesse em saber o momento em que uma coxalgia está extincta.

Póde admittir-se como principio que o clinico que mais cedo diagnosticar uma coxalgia latente, ou chamada latente, é o que obterá mais curas integraes; é, portanto, uma coisa capital para o medico e para o seu doente o diagnostico precoce da doença. A liberdade prematura, deixando marchar o doente, produz, muitas vezes, uma *poussée* nova do mal, uma recaída. Um engano no diagnostico da cura, tomar por exemplo, uma remissão do mal pela sua cura, é causa de consequencias desastrosas. Um erro no diagnostico da cura leva-nos a vermos o nosso coxalgico condemnado mais um, dois ou tres annos a uma doença tão longa e a reaparecer esta quasi sempre sob uma fórma mais grave do que no primeiro ataque. Uma creança deixada com uma perna de comprimento e grossura normaes, com movimentos muito extensos, te-

rá depois um abcesso com encurtamento do membro, isto é, impossibilitada de esperar desta vez a cura integral quanto á fôrma e funcção do membro:—essa cura ideal tão procurada! Depois as recriminações dos paes attribuindo-nos esta recaída deploravel.

Fazer com segurança o diagnostico do desaparecimento definitivo do foco morbido é tarefa muito delicada e muito difficil, porque, como digo na minha preposição de pathologia externa, o desaparecimento das manifestações clinicas da coxalgia não significa a cura anatomica. Tanto no principio como no fim o foco tuberculoso do quadril antes de revelar-se aos nossos meios de exame e de exploração, antes de existir clinicamente, existe geralmente no estado de incubação durante muito tempo.

Depois de desaparecidas todas as manifestações clinicas, egualmente o nucleo tuberculoso continuará existindo latente durante um periodo variavel de tempo. A verdade destas considerações affirma-se principalmente nas coxalgias de abcessos punccionados e injectados, quando a cura

effectiva, a extracção de todo o germen infeccioso tuberculoso se não se realisou, porque nem todos os pontos doentes communicavam com a cavidade do abcesso. Callot aconselha fallar da cura, decorridos pelo menos 6 mezes desde que se não constata a menor manifestação clinica. O coxalgico será, então, restituído á vida ordinaria progressivamente vigiando o estado geral e local e o resultado funcional obtido. Para augmentar o vigor dos musculos faremos algumas massagens muito doces e longe do principio do desapparecimento das manifestações clinicas da doença. As massagens feitas muito cedo e muito vigorosas estão contra-indicadas no periodo activo da coxalgia. Depois de um tratamento sufficientemente prolongado e de supprimir osapparelhos que mantinham a extensão e a immobilidade, praticaremos ainda uma therapeutica racional por meio de massagens, educação da marcha, banhos de mar, thermas e electricidade. Verneuil indicou nitidamente uma das causas de persistencia da deformação ou attitude viciosa depois da cura;—uma paralyisia persistente dos

nadegueiros, e o membro abandonado á acção dos antagonistas adductores toma uma attitude viciosa característica, a flexão, a adducção e rotação para dentro. O chloroformio demonstra-o. O emprego da electricidade está aqui bem indicado.

A importancia do *tratamento geral* é intuitiva e delle não póde prescindir-se. A habitação á beira-mar, no campo, um regimen tonico, conveniente alimentação, ar e luz permittem, se não mais, tanto como os serviços prestados pelo clinico, obter a cura.

O tratamento medico e cirurgico completam-se: um isolado póde ser insufficiente e é-o, com certeza, no maior numero dos casos de coxalgia cuja cura, indubitavelmente reflecte as condições hygienicas do doente.

CONCLUSÕES

Em frente de um coxalgico devemos pretender realizar o duplo fim:

1.º Não abrir nem deixar abrir o foco tuberculoso da coxalgia.

2.º Salvar a boa attitude do membro e, nos casos particulares especificados na minha exposiçã, salvar tambem o vigor dos musculos e a flexibilidade do quadril.



OBSERVAÇÃO PESSOAL

Tabella n.º 1381
Sala de S. Pedro

Enfermaria n.º 1
Cama 12

A. R. L., casado, trolha, natural de Alijó, recolheu ao Hospital Geral de Santo Antonio do Porto, Clinica Cirurgica, em 17 de fevereiro, queixando-se de dores fortes no quadril que lhe tolhiam os movimentos e de duas fistulas suppuradas d'aquella região.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. Tem pae e mãe que foram sempre saudaveis. A mãe ha um anno, foi accommettida de apoplexia. Tem irmãos saudaveis e um que, nos ultimos tres annos, soffre de dôres de uma perna que lhe permite a marcha com difficuldade. Tem colhido algumas melhoras com o uso das caldas de Castão. Conhece tias saudaveis e uma com umas fistulas numa perna que esteve muito tempo doente. Tem cinco filhas saudaveis; já succumbiram quatro á variola. Dos seus restantes ascendentes nada sabe.

ANTECEDENTES PESSOAES. Foi sempre saudavel. Haverá 20 annos que teve cancos molles e, ha 7 mezes, sezões. Tem habitos alcoolicos. Sempre bom appetite.

HISTORIA DA DOENÇA. Ha cerca de 12 annos que o doente, um mez depois de ter andado mergulhado até á cinta num rio a colher areia, principiou a sentir difficuldade em mover a perna direita, com dores na extremidade superior e no joelho. Com o uso das Caldas de Moledo desappareceram as dores e recuperou os movimentos. Decorrido dois annos viu-se obrigado a guardar o leito alguns mezes, porque a marcha e a posição de pé causava-lhe dores insupportaveis. Repousou e usou de unturas e fricções de aguardente camphorada até que, sentindo-se melhor, principiou a deixar a cama auxiliado de muletas que não abandonou durante cinco annos, marchando sem dores.

Doente e soffrendo privações de toda a ordem, inclusivamente uma alimentação defeituosa e insufficiente, internou-se neste Hospital onde se demorou um mez ; exigindo alta, sem nenhuma melhoria, regressou á sua terra no mesmo estado.

Tomou no Hospital umas pilulas e usou de banhos sulfurosos. Nas caldas de Castão de que o doente fez uso durante 13 dias, um anno depois da saída do Hospital, obteve melhoras sufficientes para recuperar o trabalho, marchando claudicando, com sensivel encurtamento do membro doente e immobildade da respectiva articulação, sentindo-

se relativamente bem, fóra das occasiões de umas dores passageiras que costumavam visita-lo, principalmente, quando se molhava.

Em março do anno passado, diz o doente, appareceu-lhe um abcesso na parte posterior do quadril que não o impossibilitava de trabalhar. Em outubro d'aquelle anno, foi surpreendido por um outro abcesso na parte interna da referida região, precedido de dores intensas e de immobildade absoluta.

EXAME DO DOENTE. — *Exame local.* Apresenta na parte superior da coxa direita respectivamente na face interna e na face posterior dois longos tractos fistulosos, suppurando abundantemente; á simples inspecção nota-se uma atrophia consideravel da coxa doente fazendo saliencia exagerada para fóra, ao nivel do grande trochanter, apagamento da préga da virilha deste lado e elevação pronunciada da espinha iliaca autero-superior direita acima de um plano horisontal passando pela espinha do outro lado. Os movimentos da articulação estão compromettidos: quando o doente tenta mover o membro affectado, o movimento transmite-se á bacia acompanhando esta a coxa, movendo-se ambas como uma só peça inteira. Observa-se uma sella lombar, bem nitida collocando o doente em decubito dorsal, sobre a meza de operação, e uma attitude viciosa do membro em adducção e flexão com encurtamento.

Não foi possivel indagar com segurança o *ter-*

minus dos trajectos fistulosos (a fistula interna fazia trajecto por debaixo dos vasos femuraes) nem avaliar da integridade dos movimentos passivos da articulação, porque toda a tentativa de um exame neste sentido era repellida energeticamente pelo doente, obrigado a isso por dores intensissimas. A palpação denuncia uma dureza de tecidos, principalmente nas proximidades das fistulas, adenopathia e dores, muito intensas em alguns pontos postero-externos e antero-internos do quadril.

O doente declarava espontaneamente que, profundamente, nos ossos não sentia dores, mas quando ao primeiro exame á sua entrada no Hospital, lhe approximei as superficies articulares, doia-se.

A dôr provocada pela approximação das superficies articulares não se constataba ultimamente. Pelo toque netal não colhi nenhuns elementos.

O ESTADO GERAL é regular ; o doente é de typo magro. Do lado do aparelho respiratorio, nada de anormal. No aparelho circulatorio apenas notei o pulso fraco. O aparelho digestivo, magnifico.

DIAGNOSTICO. — Coxalgia no terceiro periodo.

PROGNOSTICO. — Reservado, dependente da séde, extensão e grau das lesões.

O TRATAMENTO que convinha dependia do conhecimento da séde dos focos suppurativos que era preciso drenar e sanear.

Privado da radiographia (a gerencia deste Hospital ainda não quiz installar aqui os Raios X) que

viesses auxiliar-me na constatação da intensidade, extensão e situação das lesões e attenta a persistencia e abundancia da suppuração, estava naturalmente indicada uma intervenção cirurgica exploradora, visto que de antemão não sabiamos o ponto preciso que da preferencia devia ser atacado para fazer uma larga e sufficiente drenagem. Effectivamente iniciaram-se os primeiros tempos do processo de Ollier para a resecção da articulação coxa femoral depois de durante 28 dias serem debalde lavados os trajectos fistulosos com solutos desinfectantes e de drenados a gaze. O doente tomou duas colheres por dia de oleo de figado de bacalhau que foi substituido por vinho quinado alguns dias antes da primeira intervenção cirurgica realisada a 15 de março em demanda de um foco suppurativo que não se encontrava. Verificou-se que os trajectos fistulosos eram longos, mas a articulação não foi atacada, porque pareceu indemene, tanto mais que permittia movimentos passivos da coxa. Montou-se uma drenagem a caoutchouc. O doente que até aqui se mantinha quasi apyretico fazia agora 39° de temperatura vesperal. Debalde se tentou combater esta pyrexia com quinino.

Suores nocturnos abundantes, dormindo pouco.

Suppuração abundantissima com poucas intermittencias de diminuição. Estado geral regular, mantendo sempre o doente uma apparencia agradavel com o habitual appetite devorador.

A ferida operatoria não cicatrisava, suppurava

e chegou a abandonar pequenas esquirolas osseas.

Em 7 de maio foi accete pelo doente a segunda e fatal intervenção cirurgica.

Uma brecha enorme vertical profundada a escopro e martello atravez de um maciço osseo, producto de uma ankylose, conduziu-nos ao trajecto fistuloso posterior que tinha minado a nadega e donde parecia verter-se pús.

Por uma fenda profunda da nadega foi introduzido um dreno duro de um centimetro de calibre, penetrando profundamente. Drenaram-se as duas velhas fistulas, tendo-se alargado a entrada a bisturi para a exploração digital.

A fistula interna penetrava na cavidade pelvica extra-peritonealmente.

A outra fistula, a posterior agora ramificada pela contra abertura nadegueira penetrava tão profundamente que parecia communicar com a fossa iliaca interna. Saíu algum pús durante as duas horas da operação. Suturou-se as partes molles da primeira brecha.

Depois de collocado o penso o doente caíra em syncope: suores frios, suspensão da respiração, o pulso falho e perda do reflexo palpebral. Fez-se-lhe a respiração artificial, processo de Silvestre, injeccões de ether, de strychnina e de cafeina, flagellação da face e compressas quentes na região precordial. No fim de 20 minutos estava reanimado e, conduzido á cama, injectou-se-lhe

meio litro de soro physiologico. Às 4 horas da tarde estava bem disposto, apenas dores na região operada. O pulso estava falho; mais uma injeção de cafeina e strychnina.

Cerca das 7 horas da tarde mostrava-se-me muito afflicto e arrependido de deixar-se operar, porque reconhecia que não sobrevivia a esta operação. Accusava o thermometro 36,7°. Queixava-se de falta de ar e retomava differentes posições sem allivio.

Reclamava agua e dei-lhe uma colher de vinho generoso que bebeu sofregamente. Dei-lhe ainda uma colher de agua porque insistiu em pedi-la. A respiração torna-se superficial, os movimentos respiratorios muito frequentes; perde a falla, gesticulando com a cabeça; ausculto o coração colhendo ruidos quasi imperceptiveis.

AUTOPSIA. 15 horas depois da morte apresenta ainda regidez cadaverica. Rins congestionados. Baço mais volumoso do que o normal. Congestão hepatica, principalmente do lobulo direito. Alguma urina na bexiga. Ao lado desta uma pequena elevação de côr escura produzida pela transparencia do dreno duro que penetrava dentro da cavidade pelvica, formando-lhe o peritoneu barreira. Pulmões congestionados na base crepitando perfeitamente; anthracose destes. Coração normal, algum sangue fluido negro em ambos os ventriculos, coagulos fibrinosos na auricula direita e pequenos focos

arthromatosos da aorta. Liquido pericardico, 20 grammas.

Verifiquei que com a operação foi destruida parte da extremidade superior do femur intimamente soldado ao iliaco que foi o mais atacado pelo escopro. A parte do osso entre o buraco obturador e a desaparecida cavidade cotyloidea estava fracturada de fresco. Os ossos, integros, revelando vestigios de uma ankylose coxo-femural. Pelo confronto com a articulação esquerda integra, deprehende-se que o osteo-arthritis produziu desgaste da cabeça e parte do collo do femur. Este facto explica sufficientemente o encurtamento do membro.

O foco suppurativo estava na fossa iliaca interna. Observei ahi desnudamento do osso, fungosidades, descollamentos e coagulos. A fistula posterior ia atravez da grande chanfradura sciatica onde parecia estrangulada, abrir no foco que communicava tambem com a fistula interna a qual seguia ao lado do psoas, parecendo tambem estrangulada ao nivel da crista pectinea.



PROPOSIÇÕES

Anatomia discriptiva.—O pequeno recto lateral representa um intertransversario.

Hystologia.—Para conhecer a estrutura do figado basta conhecer a estrutura de um lobulo hepatico.

Anatomia topographica.—A articulação coxo-femural é a mais profundamente situada.

Physiologia.—O figado é um collaborador do rim.

Pathologia geral.—Não concebo a hereditariedade de doenças em que seja indispensavel admittir a transmissão ao descendente de uma substancia causa de doença.

Anatomia pathologica.—Não admitto a origem ossea constante da coxalgia.

Materia medica.—A applicação de ergotina a parturientes deve ser proscripta como feticida.

Pathologia cirurgica.—O desapparecimento das manifestações clinicas da coxalgia não significa cura anatomica.

Pathologia medica.—Na etiologia da tuberculose a importancia do terreno excede a importancia do bacillo.

Hygiene.—Em Portugal as escolas primarias ruraes são as installações mais anti-hygienicas que conheço.

Medicina operatoria.—Na resecção da articulação coxo-femural prefiro o processo de Ollier.

Partos.—A coxalgia póde ser causa de parto dystocico.

Medicina legal.—Um traumatismo póde produzir lesões profundas mortaes sem que o habito externo nos mostre lesão alguma.

VISTO.

O Presidente,

Luiç Viegas.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director.

Moraes Caldas.