

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO

DAS

FRACTURAS DA BACIA

14014 EHC

Ángelo Cesar Fernandes das Neves

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO

DAS

FRACTURAS DA BACIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Presentada á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



14014 ENC

PORTO

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

1909

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

- 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, semeiologia e historia medica Albertô Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lopes da Silva Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Hystologia 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.
Ilidio 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 { João Monteiro de Meyra.
José d'Oliveira Lima.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Alvaro Teixeira Bastos.

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

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

A MEUS PAES

A todos os meus

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

Dr. Julio Estevão Franchini

*Devo-vos uma grande parte da
minha educação clinica; é mais
uma grande divida para que a
minha gratidão jamais terá limi-
tes.*

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

Dr. Joaquim Arantes Pereira

Muito grato pelos seus obsequios.

Aos meus condiscipulos desde os tempos do Lyceu :

Dr. Carlos Maciel Ribeiro Fortes

Dr. Manuel de Vasconcellos Carneiro e Menezes

Dr. Manuel Antonio de Moraes Frias



A meu amigo de infancia

João Julio Franchini


fios meus condiscipulos

e

aos contemporaneos

meus amigos

*Saudosa recordação de feliz convivência
e leal camaradagem.*



À MEMORIA

DE

Francisco de Assis Souza Vaz

Do Conselho de Sua Magestade, commendador das ordens
de S. Mauricio e S. Lazaro, doutor em medicina, lente jubilado e director
da Escóla Medico-Cirurgica do Porto,
nascido a 7 de Agosto de 1797 e fallecido a 6 de Abril de 1870

o qual havendo projectado deixar um legado á
dita Escóla para o seu rendimento ser applica-
do ao aperfeiçoamento e derramamento dos co-
nhecimentos medicos bem como a subsidiar al-
guns alumnos necessitados e não tendo podido
realisar tão util pensamento foi este interpretado
por sua irmã

D. Rita de Assis e Souza Vaz

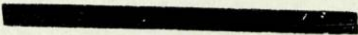
legando á mesma Escóla e para o fim indicado
sessenta inscrições da divida publica nacional
do valor nominal de 1:000\$000 reis cada uma.

Em testemunho de gratidão

O. D. C.

o alumno pensionario

Ángelo Cesar Fernandes das Neves.



AO CORPO CATHEDRATICO

DA

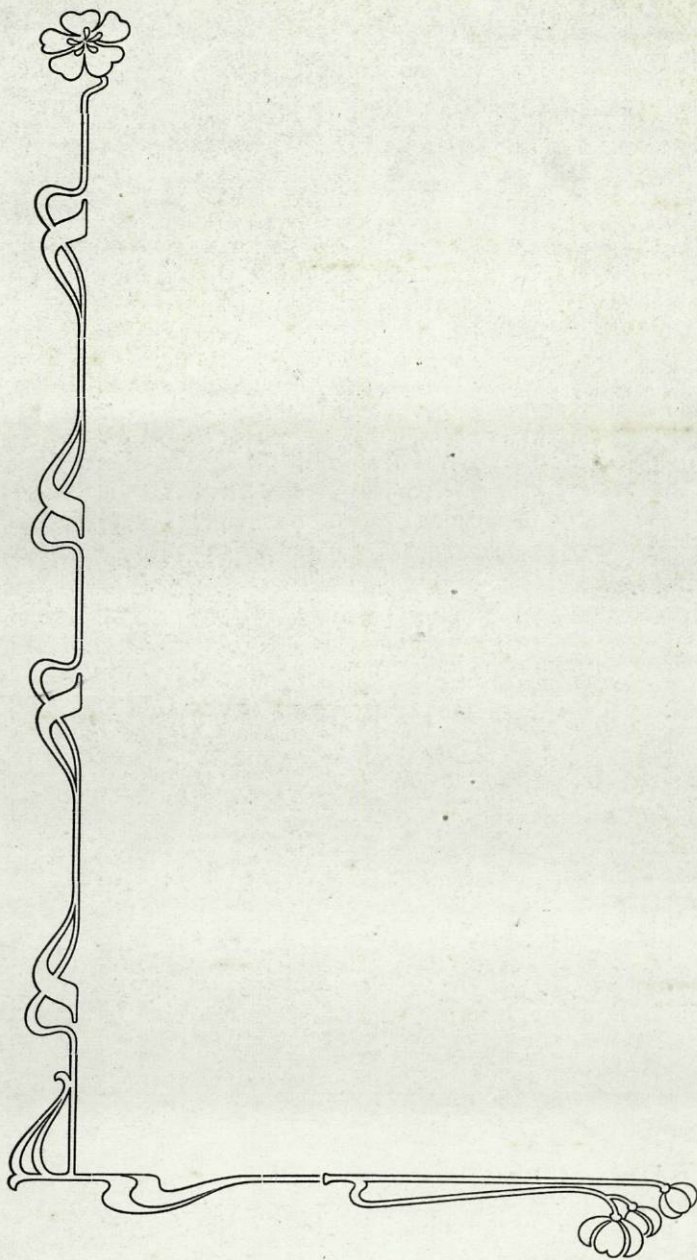
Escóla Medico-Cirurgica do Porto

AO MEU PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar

*Tributo de gratidão e de homenagem
ao seu muito saber*



Os multiplos trabalhos, a que nos obriga a frequencia do quinto anno, não nos concedendo o tempo necessario para uma obra de maior folego e cuidado, como era de nossa intenção e vontade, e, por circumstancias pessoaes, a necessidade de satisfazer, na presente epocha, á exigencia da lei, que nos obriga a apresentar uma dissertação para termo dos nossos trabalhos escolares, forçam-me a apresentar estas poucas paginas que denunciam, talvez, a precipitação com que foram escriptas.

O apparecimento, nas enfermarias do Hospital da Misericordia, de dous casos semelhantes d'um accidente que raras vezes apparece nas clinicas, levou-me a registrar as observações d'esses casos, suggerindo-me o assumpto d'este trabalho, para cujas deficiencias peço a benevolencia do jury, que o tiver de julgar, e dos que tiverem a amabilidade de o lêr.

I — Etiologia — frequencia e divisão das fracturas da bacia

As fracturas da bacia apresentam dois aspectos: ou incidem nas partes dos ossos que formam a cintura pelvica, interrompendo-a, ou teem logar sobre qualquer das saliencias que offerecem os ossos: ilion, ischion e coccyx.

No primeiro caso são chamadas *fracturas da cintura pelvica* e no segundo *fracturas isoladas* ou *parciaes da bacia*.

Querem alguns auctores que as fracturas do pubis sejam incluidas neste ultimo grupo, porém, devem incluir-se no primeiro, visto que aquella designação não induz em erro, como aconteceria com a antiga designação de «fracturas multiplas da bacia», e porque a intersecção do annel pelvico póde ser effectuada por um unico traço de fractura, no pubis.

Esta designação de fractura da cintura pelvica é devida a Tillaux e Roser.

As fracturas da cintura são raras e as fracturas parciais muito mais raras, comparativamente a estas.

As fracturas da bacia entram na proporção de 1 a 2 % do total das fracturas, nas estatísticas francesas. As estatísticas allemãs apresentam percentagem menor.

Segundo Bruns as fracturas que tratamos entrariam em 0,3 % das fracturas em geral.

Golebiewski dá 0,025 % em relação a todos os traumatismos e 0,075 em relação ás lesões osseas.

Malgaigne durante onze annos, apenas pode observar dez casos no Hotel-Dieu.

Nas suas «Lições de clinica cirurgica», Péan regista 7 observações no praso de 10 annos.

Nos numeros correspondentes a 15 annos da «Semaine Medicale» pude tambem reunir 4 observações, uma da fractura do pubis, outra da cavidade cotyloidea e duas da cintura com lesões da bexiga, sendo uma intra-peritoneal e outra extra-peritoneal.

J. Pachard, no artigo que escreveu sobre lesões traumaticas dos ossos, na «Encyclopedia Internacional de Cirurgia», diz que as fracturas da bacia são pouco communs no homem, raras na mulher e quasi desconhecidas nas creanças.

E diz ainda: «Posso mencionar que apesar da pouca frequencia das fracturas dos ossos da bacia, tres casos se encontram em tratamento, ao mesmo

tempo, no meu serviço do Hospital do Bispado (1882), em Philadelphia; coincidência esta que está longe de se apresentar frequentemente na pratica.

Quanto á frequencia das fracturas simples parece dar-se na ordem decrescente seguinte: ⁽¹⁾

Ilion
 Ischion
 Cavidade cotyloidea
 Sacro } excepçionaes.
 Coccyx }

Comtudo uma estatistica de Michaelis, dá-nos o seguinte resultado:

Ischion	20
Ilion	19
Acetabulo	10
Sacro.	4

Apenas o ilion entra com 1 caso a menos que o ischion.

São os grandes traumatismos que motivam quasi sempre as fracturas da bacia.

Digo quasi sempre porque, embora raros, alguns casos ha em que um pequeno trauma produz uma fractura da bacia. Tal é o caso d'um velho que

(1) Dentu et Delbet — «Traité de Chirurgie».

fracturou a espinha iliaca antero-superior, cahindo ao chão (Tellier). Rose cita um caso identico, seguido de morte, por peritonite purulenta, numa velha que cahiu na rua.

Nestes casos a osteoporose actua como causa adjuvante.

Kaufmann cita 2 casos de queda de pequena altura terem produzido fractura do pubis.

Mas é geralmente sob a acção de uma violenta pancada, que se destaca uma parte dos ossos da bacia.

Nestes casos a violencia é directa.

As violencias indirectas actuam menos frequentemente, excepto na cavidade cotyloidea actuando o choque sobre a região trochanteriana ou sobre os ischions.

Nas applicações de forceps no estreito superior produzem-se muitas vezes fracturas do pubis, sobretudo nas mulheres rachiticas, e algumas vezes, a fractura do ischion.

Claro está que os individuos portadores de uma dyscrasia que lhes diminua a resistencia do tecido osseo são mais facilmente attingidos d'uma fractura d'esta ordem.

A tensão ligamentosa e a contracção muscular, e esta principalmente, podem provocar fracturas parciaes, especialmente as da crista iliaca e das es-

pinhas iliacas. — Caso de Hamilton que viu um velho de 70 annos, ao levantar-se no tramway fracturar a espinha iliaca antero-superior e a parte visinha da fossa iliaca.

Para as fracturas da cintura pelvica, são necessarios os grandes traumatismos, e é entre os empregados dos caminhos de ferro, entre os operarios que trabalham nos aterros e desaterros (obs. I e IV) que se encontram as victimas d'estas lesões.

A nossa obs. II é um accidente na linha americana, não chegando comtudo a victima a ser apanhada pelas rodas, o que segundo M. Mittchell acontece num terço dos casos de fracturas d'esta especie. Depois veem, por ordem de frequencia uma queda (obs. IV) ou uma contusão directa por um corpo muito pesado (obs. II).

Podem ainda ser devidas a um choque por um movel animado de grande velocidade.

Tal é o caso d'um empregado de caminho de ferro que ia sentado na portinhola d'uma locomotiva que andava em manobras.

O operario tinha a bacia quasi toda da parte exterior da machina e fazia equilibrio dobrando o tronco para o interior.

Ao sahir d'um deposito a bacia foi apertada entre um arco de pedra e a parede anterior da locomotiva, produzindo uma fractura dupla, mortal.

II — Mecanismo

E' sobretudo aos estudos clinicos de Malgaigne, Rose, König, Voillemier, Regnault, Tardieu, Salle-ron, Tillaux, Areilza e outros auctores, e aos estudos experimentaes de Messerer, Kusmin e Feré que se devem as doutrinas hoje conhecidas sobre o mecanismo das fracturas da bacia.

Messerer, servindo-se da machina de Werder para as suas experiencias chegou á conclusão seguinte:

Num adulto a carga necessaria para produzir uma fractura da bacia, com pressão antero-posterior é de 250 kilos. Por pressão transversal são sufficientes 180 kilos, actuando sobre as cristas iliacas, para produzir a disjunção das symphises sacro-iliacas.

A pressão sobre as cavidades cotyloideas necessita d'uma carga de 300 kilos; é pois esta, a direcção das pressões transversaes, que offerece o máximo de resistencia.

Os pontos typicos das fracturas da parede anterior da bacia são aquelles em que os ossos offerecem o minimo de espessura, isto é, onde se encontra a transição de uma parte delgada para outra mais espessa e ainda nos pontos onde durante a adoles-

cencia o tecido osseo dá logar ao tecido cartilagineo — isto é, nos pontos de ossificação.

D'aqui se depreheende que as fracturas incidem principalmente:

- a) Sobre a espinha do pubis com direcção para o buraco obturador;
- b) Sobre a eminencia ileo-pectinea com direcção ao buraco obturador ou directamente ao acetabulo d'onde póde dirigir-se quer ao buraco obturador quer á chanfradura sciatica;
- c) No ramo ascendente do ischion;
- d) No ponto de união do ramo descendente do pubis com o ramo ascendente do ischion.

Na parte posterior do anel osseo pelvico, os traços de fractura podem incidir: a) sobre o ilion, partindo da crista iliaca a alcançar a chanfradura sciatica; b) sobre o sacro; neste caso ha duas especies da fractura: ou as azas do sacro são arrancadas do corpo ao longo da symphise sacro-iliaca, ou ha simples descollamento das azas do sacro com ruptura dos ligamentos correspondentes.

Comtudo é de capital importancia neste estudo a direcção em que actua a violencia traumatica.

Esta póde actuar:

- 1.º Em sentido antero-posterior;
- 2.º Em sentido postero-anterior (tal é o caso da nossa obs. 1);
- 3.º Em sentido transversal;

- 4.º Em sentido diagonal;
- 5.º De baixo para cima.

Vamos vêr resumidamente o mecanismo em cada um d'estes casos.

1. *Choque e pressão actuando no sentido antero-posterior.* — Neste caso a força traumatica tende a retrahir o diametro antero-posterior da bacia. O anel osseo rompe-se no ponto de menor resistencia — o pubis.

Dá-se assim uma fractura directa de um ou dos dois pubis.

Póde limitar-se a estas lesões; porém, se o traumatismo continua a actuar, os ossos iliacos são obrigados a afastarem-se um do outro e os ligamentos anteriores das articulações sacro-iliacas cedem, rompem-se, dando logar á diastasis de uma ou das duas articulações sacro-iliacas.

Segundo Voillemier, se a violencia do traumatismo é tão forte que não fica neutralisada pela resistencia que acabamos de descrever, dá-se o arrancamento d'uma porção do sacro, a parte posterior, onde se inserem as fibras profundas do ligamento sacro-iliaco posterior — ligamento interosseo dos antigos auctores.

Walther e Kusmin affirmam que tal fractura se dá nestas condições, porém Ed. Schwartz e H.

Rieffel dizem que a fractura do sacro nestas condições é insignificante e inconstante.

II. *Choque e pressões actuando no sentido postero-anterior.* — Temos duas hypotheses: Ou o individuo tem a bacia sustentada adeante, caso de um individuo em decubito ventral sobre que cahe uma pedra, — é o caso da nossa obs. 1; e então os efeitos são os apontados no numero anterior. Ou a bacia não está appoiada na parte anterior e em tal caso observam-se fracturas directas do sacro e parte posterior dos iliacos com fractura dos dois ramos do pubis, ao nivel da eminencia ileo-pectinea e canal sub-pubico. Póde, porém, observar-se sómente esta ultima se o choque fôr pouco intenso.

A lesão mais frequente neste caso é, comtudo, a fractura total dos pubis com projecção do sacro.

III. *Choque e pressões actuando em sentido transversal.* — E' ainda sobre o pubis que se observam as mesmas lesões que no 1.º caso, quer a incidencia da força vulnerante se dê sobre as regiões cotyloideas quer sobre as cristas iliacas.

Neste ultimo caso dá-se no ponto de applicação uma fractura com esquirulas da parte anterior da fossa iliaca.

Se a intensidade do trauma é relativamente moderada, dá-se apenas uma disjunção da sym-

phise publica e das articulações sacro-iliacas. Se a violencia, porém, é grande, a curvatura pelvica toma a fórma d'uma oval alongada e os pubis voltam-se para fóra em angulo agudo; fractura-se, passando o traço da fractura pelo meio dos ramos horizontaes e descendentes do pubis dum dos lados ou dos dois.

Ao mesmo tempo o fragmento iliaco penetra na parte anterior da aza do sacro e *esmaga-a* — tal é a *fractura da aza do sacro por esmagamento* de Voillemier.

Ou ainda neste caso se póde dar a *fractura dupla vertical da bacia*, de Malgaigne, cujo mecanismo é o seguinte:

O fragmento iliaco impellido para dentro pela violencia, executa um movimento de rotação em virtude do qual são repuxados os ligamentos posteriores da symphise sacro-iliaca que resiste oppondo-se á diastase, mas as mais das vezes arranca a parte posterior da aza iliaca segundo uma linha de ruptura que vae da espinha iliaca postero-superior á chanfradura sciatica.

Interessa, pois, esta fractura o pubis adeante e o ilion atraz e não o sacro, como por vezes se diz

IV. *Choques e pressões actuando no sentido diagonal.*— Segundo Kusmin nota-se geralmente neste caso uma fractura vertical no lado opposto ao percutido.

Schwartz e Féré numa experiencia em que deitaram uma pedra sobre a bacia, viram a fractura do pubis e a do lado opposto do sacro.

Dá-se sempre a fractura anterior.

V. *Choque actuando de baixo para cima.*— Pódem ser devidos:

- 1.º A queda sobre os pés e os joelhos;
- 2.º » » » o perineo;
- 3.º » » » os ischions.

No primeiro caso parece que se dá sómente a fractura da cavidade cotyloidea, pois embora alguns auctores como Riecherand e Malgaigne affirmem que se póde produzir uma intersecção da cintura pelvica, nas suas experiencias, Areilza apenas conseguiu fracturas das cavidades cotyloideas.

Nas quedas sobre o perineo, ou nas violencias exercidas sobre esta região dá-se a fractura directa d'um ou dos dois pubis.

Geralmente são estas as lesões; ha casos, porém, (nas quedas de grande altura) em que se póde encontrar, alem d'aquellas, outra fractura no segmento ilio-sagrado.

Quedas sobre os ischions

Neste caso ha uma fractura dupla vertical; se o choque incide sobre os dois ischions, o traço da fractura passa pela linha dos buracos sagrados, de cada lado, e o sacro que supporta o peso do corpo, enterra-se como uma cunha entre as duas partes lateraes; juntamente ha fractura do pubis.

Se a queda foi obliqua e incidiu sobre um ischion ha fractura do sacro com fractura obliqua do pubis.

Duas theorias se propõe explicar estas fracturas: a de Voillemier e a de Féré.

Segundo aquella dá-se em primeiro logar a fractura do pubis; o fragmento iliaco sendo levado para cima distende os ligamentos da symphise sacro-iliaca. Os ligamentos d'esta arrancam a parte do sacro onde se fixam.

E' esta a *fractura vertical do sacro de Voillemier*.

Pela theoria de Féré a parte central do sacro enterra-se entre as duas lateraes; se o traumatismo é muito violento a symphise anterior é distendida e o pubis fractura-se.

Temo-nos occupado até aqui das fracturas interessando o anel pelvico; vejamos qual o mecanismo das fracturas parciaes ou isoladas da bacia, referindo especialmente as da cavidade cotyloidea

que teem ainda estreita relação com o anel pelvico.

Além da fractura que se póde dar nos casos já citados é sobretudo nas quedas sobre o grande trochanter que se produz esta fractura.

A contra pancada da cabeça do femur sobre o acetabulo fende-o, chegando a decompol-o nos seus tres elementos e fazendo saliencia na parte interna da bacia: (*Luxação central do femur*).

As fracturas do rebordo cotyloideo são acompanhadas de luxação da anca.

As outras fracturas parciaes da bacia são as do sacro, coccyx, ischion e ilion.

Todas estas fracturas são raras e são produzidas por acção directa do agente traumatico.

III — Anatomia pathologica

Ao estudarmos o mecanismo das fracturas já vimos quaes as fórmias que se nos pódem apresentar; neste capitulo sómente faremos uma resenha succinta de todas essas fórmias, salientando as que pela sua importancia teem sido objecto de mais cuidadoso estudo da parte dos auctores.

Principiarei pelas fracturas isoladas passando depois ás da cintura pelvica, incluindo as da cavidade cotyloidea.

Fracturas do sacro. — São muito raras. Malgaigne apenas encontrou um caso em 2:358 feridos.

A fractura dá-se geralmente em sentido transversal, á altura dos terceiros buracos sagrados; não ha cavalgamento por que a isso se oppõe o ligamento prevertebral.

Dá-se um deslocamento do fragmento inferior que fórma com a parte superior um angulo agudo, ou recto algumas vezes.

Ha casos em que o traço da fractura é obliquo (quando a pancada actuou em sentido lateral); neste caso o fragmento toma um desvio lateral.

As fracturas do coccyx tem caracteres semelhantes e são *raramente* conhecidas.

Fracturas do ischion. — Pódem apresentar-se em dois typos: ou a tuberosidade é a unica parte destacada ou então é o ischion completamente separado do pubis e da cavidade cotyloidea. Esta é, segundo alguns, fracturada na maioria dos casos.

Fracturas do ilion. — Estas pódem ser: *a)* das espinhas iliacas, *b)* da crista iliaca e *c)* das azas.

a) A parte destacada leva algumas vezes a porção visinha da crista (2 a 3 cm.). E' puxada pelo costureiro e tensor do fascia lata.

b) Póde ser destacada numa só peça, sobretudo nos individuos novos; nos velhos, geralmente, o fragmento tem uma parte da crista e este apresenta-se em varios pedaços.

E' levado para a parede abdominal pelos transverso e obliquo e para fóra pelos gluteos.

c) *Fracturas transversaes do ilion; fracturas de Du Verney — fracturas da aza iliaca*, (de Walther); frequentemente comminutivas.

O traço da fractura segue da chanfradura inferior á espinha iliaca anterior e superior para o meio da crista iliaca.

Outras vezes leva a direcção posterior para terminar na espinha postero-superior.

Fracturas da cavidade cotyloidea — Pódem ser do rebordo e do fundo cotyloideo. No primeiro caso ha uma luxação da anca cuja direcção depende da parte do rebordo fracturada.

No segundo caso póde haver: fractura do fundo com deslocamento intrapelvico dos fragmentos; — *fractura estrellada*, decompondo a cavidade em tres porções correspondentes ás cartilagens de formação; — ou ainda penetração da cabeça do femur.

Fracturas da cintura pelvica

Fractura de Walther. — Consiste numa fractura do acetabulo cujo traço partindo da grande chanfradura sciatica atravessa a cavidade e vae reaparecer no ramo ischio-pubico. A este traço vem juntar-se ás vezes outro de direcção vertical, ficando decomposto o osso em seus fragmentos primitivos.

Não ha geralmente deslocação de fragmentos nesta fractura.

Fractura de Malgaigne. — «Fractura dupla vertical da bacia.» Nesta fractura nota-se a fractura d'um pubis ou disjunção da symphise, ou uma e outra cousa juntamente com a fractura do iliaco na parte posterior, junto á symphise sacro-iliaco.

Alguns pretendem que esta fractura se dê sobre o sacro, mas neste caso a fractura é a chamada *fractura vertical de Voillemier* bem estudada por este auctor e de que já fallamos a proposito do mecanismo e que convem não confundir com a *fractura da aza do sacro por esmagamento* — que já descrevemos no mesmo capitulo

Nesta a pressão do fragmento iliaco tritura a aza do sacro que é penetrada por elle.

Os traços de fractura são variaveis em numero; pódem apresentar-se dois, um anterior outro posterior, ou póde apresentar dois traços de

fractura anteriores um de cada lado, ou ainda dois d'um lado e um do outro (obs. II) além do traço posterior.

Póde até dar-se a fractura em muitos traços, casos de Kloos e Rochs.

Michaelis cita um caso em que a bacia ficou reduzida a *migalhas*.

Quanto á séde da fractura póde ter logar sobre um ou os dois ramos do pubis.

E' muitas vezes junto da symphise que se dá a fractura, interessando o corpo do pubis.

No ramo horizontal as fracturas pódem occupar quer para fóra da espinha publica e dirigir-se obliquamente para o buraco oval, quer partindo para dentro da eminencia ileo-pectinea e em direcção quasi vertical percorre o canal infra-pubico, quer ainda tomando uma direcção posterior, atravessar a cavidade cotyloidea e attingir a grande chanfradura sciatica.

Deslocamento dos fragmentos. — É variavel; nas fracturas duplas é geralmente pequeno; nas fracturas de choque antero-posterior, o fragmento anterior é por vezes encravado por detraz dos fragmentos iliacos.

Nas de pressão lateral são os fragmentos iliacos que se insinuam por traz do pubis.

IV — Symptomatologia e Diagnostico

Quasi sempre o doente é acommettido de choque traumatico, (Obs. I e II) podendo succumbir em collapso.

Fóra d'este caso as dores são vivas e exasperam-se ao menor esforço do doente para mudar de posição na cama.

Estas dores tem, segundo Gosselin, a sua localização :

Sobre o pubis ou sobre a symphise,

Sobre o ramo ischio-pubico,

Sobre a symphise sacro-iliaca.

As dores no arco posterior da bacia são mais extensas e diffusas que no anterior; irradiam no primeiro caso para a nadeга e costas, no segundo para a coxa e joelho.

Os membros inferiores são impotentes, mas geralmente não ha paralysisia nem mesmo anesthesia. Em alguns casos apresentam movimentos alternados de flexão e extensão provocados pela contração dolorosa do psoas, irritado por esquirulas ou sangue extravasado na sua espessura.

Um dos membros inferiores, ou mesmo os dois, apresentam-se em rotação externa, por vezes diminuidos de comprimento e flectidos.

A diminuição de comprimento é devida ao

deslocamento do fragmento iliaco, que comprehende a articulação coxo-femural.

Ecchymoses extensas e tumefacção consideravel invadem as regiões das fracturas.

Um symptoma interessante, sob o ponto de vista das fracturas da bacia, é a apparição de ecchymoses do escroto um dia após o accidente; e ao nivel do cordão direito e do perineo 5 dias mais tarde.

Péan pretende que a ecchymose é característica das fracturas da bacia ou, pelo menos, apparece na maioria dos casos.

Estas diversas infiltrações sanguineas, ficam completamente isoladas umas das outras em todo o tempo da sua evolução.

O perineo, o hypogastro, a nadega e a região da arcada de Fallopio tambem são séde frequente de ecchymoses.

Com o maximo cuidado devemos procurar, pela palpação, o deslocamento dos fragmentos, a mobilidade anormal e a crepitação.

Para isso, encontrada a espinha iliaca, que por vezes está elevada, e a crista iliaca, tentamos approximar os dois ilions; appoiando depois uma das mãos nas nadegas exercemos leves pressões de deante para traz.

O *signal de Verneuil* consiste em appoiar as mãos alternadamente de cada lado do osso fracturado.

Podemos, assim, conseguir, por attricto dos fragmentos, sentir a crepitação o que está longe de ser distincto, muitas vezes.

O signal de Gosselin consiste em afastar uma das coxas da do lado opposto procurando sentir a sensação de crepitação. Esta manobra, bem como a anterior, provocam dôres fortes nos pontos fracturados.

Quando o sacro é fracturado, a defecação é muito dolorosa, e quando a lesão incide no pubis, a micção é difficiliosa.

Nestes dois casos os soffrimentos augmentam quando o ferido espirra ou tosse. (¹)

O exame pelo toque vaginal e rectal fornece-nos dados para maior certeza de diagnostico; este porém deve ser completado pelo exame radioscopico ou melhor ainda, radiographico, que nos desfaz alguma duvida, e por si só basta, algumas vezes, para o diagnostico completo.

As lesões dos órgãos pelvicos serão tratadas em capitulo especial.

O diagnostico é muitas vezes difficil, tanto nos casos de deslocamento como naquelles em que o não ha e nestes principalmente.

(¹) Caso de Papavoine (Follin).

Para a distinguirmos de uma simples contusão, teremos em vista, a dôr fixa, as ecchymoses e o signal de Gosselin.

O diagnostico differencial deve ser feito com:

a) A luxação coxo-femural; a coxa em attitude fixa apresenta modificações reaes de comprimento apreciaveis pela distancia entre a espinha iliaca antero-superior e o grande trochanter.

b) Fractura do collo do femur; encurtamento real, espinha iliaca no seu ponto proprio.

Podemos affirmar que ha fractura do pubis quando se constatar uma fractura vertical do sacro.

Mas esta é difficil de differenciar d'uma luxação sacro-iliaca; Tillaux julga mesmo impossivel tal differenciação.

Comtudo Voillemier apresenta os seguintes caracteres como proprios á fractura:

— Ecchymose muito mais consideravel.

— Possibilidade de sentir pelo recto uma aresta ossea se o traço desce até o vertice do sacro.

— Difficuldade de isolar o bordo posterior do iliaco.

— Corpo duro, allongado, por baixo da espinha iliaca postero-superior cuja saliencia desapareceu.

— Achatamento da nadega e falta de resistencia do perineo do lado doente.

— Constatação, sob a pelle, d'uma aresta vertical, junto á crista espinhosa.

V — Complicações

Apenas citarei as complicações mais frequentes dos órgãos pelvicos, fazendo tambem algumas referencias ligeiras ás luxações das articulações sacroiliacas e ás consolidações viciosas, terminando por algumas consequencias remotas d'estes traumatismos.

As principaes lesões dos órgãos pelvicos concomitantes das fracturas da bacia pertencem ao aparelho urinario.

Assim a bexiga e a urethra são os que maior numero de vezes são attingidas.

Depois veem os órgãos genitales que raras vezes são attingidos.

Algumas vezes o traumatismo sobre a bexiga limita-se a uma contusão que favorece a infecção do órgão, dando consecutivamente uma cystite; outras vezes ha ruptura.

A bexiga póde ser rompida directamente pelo agente vulnerante que fracturou a bacia e esta ruptura dá-se mais facilmente quando a bexiga está cheia.

A séde da ruptura é variavel e umas vezes tem logar na parte revestida do peritoneo — rupturas

intraperitoneaes — outras na parte extraperitoneal — rupturas extraperitoneaes.

As primeiras são mais graves, pois que a urina passa immediatamente para a cavidade peritoneal, e d'ahi a infecção consecutiva.

As segundas se são menos graves, é porque a infecção não é tão rapida, pois a infiltração urinosa pôde ser circumscripta, ou a urina ter sahida para o exterior por um ferimento.

Estas lesões tomam o primeiro logar, e é a ellas que temos de acudir quando não pudermos attender concomitantemente ás fracturas.

Só pelo catheterismo podemos ter a certeza das lesões intraperitoneaes da bexiga.

Nem a anuria nem a dysuria são symptomas seguros de ruptura da bexiga.

Quando ha *gottejamento* de sangue ou hematuria e tenesmo vesical, poder-se-ha pensar numa lesão vesical.

Fazendo o catheterismo vê-se sahir uma pequena quantidade de urina sangrenta outras vezes sahe uma quantidade maior de urina, se a sonda penetrou pelo ponto rupturado da bexiga entrando, quer na cavidade peritoneal quer numa collecção de urina accumulada na camada sub-serosa.

Quando a lesão vesical é extra-peritoneal as suas consequencias são analogas ás das lesões da urethra susceptiveis de acompanhar estes casos de fractura.

A séde da lesão é geralmente na parte membranosa e póde ser causada quer pela distensão do canal pela aponevrose que a une ao ligamento triangular quer por acção directa dos ramos pubicos ou ainda pelo agente vulnerante que incida directamente sobre ella.

Nos casos de ruptura extra-peritoneal póde dar-se ainda a infecção do peritoneo, mas o que mais vulgarmente succede é a infiltração urinosa que póde tomar proporções enormes.

Não se propaga sómente em volta da bexiga, do recto e no tecido cellula da bacia, mas propaga-se pelo canal inguinal para o escroto, e, pelo buraco obturador, desce até á coxa.

A localisação da infiltração tem uma certa importancia para a determinação da séde da ruptura. Assim: a tumefacção do escroto faz-nos pensar que a lesão está situada na porção bulbosa; quando a infiltração apparece por cima da symphise nas duas regiões inguinaes, formando uma area de bassidez na parte inferior do abdomen, seremos levados a pensar na porção membranosa, ou numa lesão vesical extra-peritoneal; esta é ainda revelada quando a area de bassidez se estende rapidamente em toda a região inferior do abdomen.

Algumas vezes tem-se dado o caso de um fragmento osseo ter penetrado na bexiga e ser a causa

da laceração ou ainda ficar na bexiga dando lugar, mais tarde, a um calculo (Tillaux, Wert).

Nas mulheres a laceração da bexiga dá-se também através da parede anterior da vagina criando uma fistula vesico-vaginal quasi sempre com grande perda de substancia; se ha suppuração ainda esta perda pode ser maior.

As lesões dos outros órgãos pelvicos são menos importantes já pela sua pouca frequencia, já pela sua extrema gravidade, produzindo morte quasi instantanea; tal é o caso citado por Earle, ruptura da veia iliaca primitiva pelo segmento do iliaco com morte uma hora após o accidente.

Oven Lucas apresenta tres casos, um de ruptura da veia iliaca direita, outro de abertura da arteria iliaca externa direita e no terceiro a laceração tinha aberto a veia iliaca externa esquerda.

Estes casos terminam por morte rapida, devida a anemia aguda.

Leute refere um caso em que o intestino delgado foi ferido por um fragmento ponteagudo do ilion.

Nas rupturas vasculares temos ainda as dos plexos prevesical e genital, em que o exgotamento é mais lento que os anteriores.

Em casos referidos por Bell e Fischer formouse um aneurisma da nadegueira e o mesmo succede á ischiatica.

Bryant notou casos interessantes de trombose da arteria iliaca externa.

Ha ainda as phlebites da região.

Como complicação secundaria temos as suppurações pelvicas cuja gravidade é bem conhecida.

As contusões dos nervos principalmente do sciatico e do obturador produzem paralyrias e neuralgias que reclamam largo praso para a cura.

Luxações das articulações da bacia. — Podem ser:

a) Da symphise publica; geralmente a cartilagem d'um dos iliacos é descolada e fica presa ao outro.

b) Das articulações sacro-iliacas — neste caso ha tumefacção dos tegumentos e ecchymoses, o osso iliaco está affastado do sacro e as espinhas iliacas postero-superiores não estão a igual altura.

c) Luxações das peças osseas como as do sacro do coccyx e de um dos iliacos.

No primeiro caso a luxação só é possivel para diante e para cima, em virtude da distensão das articulações sacro-iliacas.

As do coccyx são notaveis pela coccyxgodynia e pela compressão do recto de que são causa.

Estas são faceis de reduzir pelo toque rectal.

As primeiras tambem não apresentam grande difficuldade e pelo repouso vão a termo de cura.

Outro tanto não acontece nos demais casos em

que a reducção é tão difficil como o diagnostico, pois os symptomas devidos ás fracturas e ás lesões dos órgãos pelvicos dominam o quadro.

Tambem é quasi impossivel diagnosticar uma luxação de um dos iliacos d'uma fractura vertical.

Complicações remotas. — Temos em primeiro lugar a retracção do estreito superior devido quer á cicatrização dos fragmentos em posição viciosa o que geralmente se dá, quer pela deformidade dos calos.

Esta complicação só tem importancia quando sobrem em mulheres novas, como no caso da nossa observação 1, em que póde ser causa de dystocia, o que succedeu num caso referido por Papavoine, com a differença que neste foi o estreito inferior o que se retrahiu, e numa manobra obstetrica, dois annos depois, deu-se a fractura d'um dos ischions de que resultou a morte.

Outra complicação é devida á compressão dos nervos, do sciatico muito principalmente, por exostoses solidas e porosas, como no caso cuja peça anatomica existe no Museo do Hospital da Pennsylvania e cuja summula da observação é a seguinte: 18 mezes após a sahida do Hospital o doente que tinha tido uma fractura da bacia, apresentou-se de novo, queixando-se de violenta dôr sciatica, difficuldade de marcha e de se sentar.

Pensando-se numa compressão por calo volumoso ou até pela cabeça do femur submetteu-se o doente a uma intervenção a que sobreveiu uma infecção que lhe poz termo á vida.

Na autopsia viu-se: «que a fractura estava solidamente reunida mas ao longo do traço havia exostoses volumosas, solidas mas porosas, cobrindo mais de metade do nervo sciatico.

Da espinha ischiatica sahia uma saliencia em fórma de gancho que cercava em parte o trajecto do sciatico.

No ponto de junção do ramo horisontal do pubis e do ilion havia uma gotteira que supportava os tendões do psoas e do illiaco.»

Podemos ainda citar a ankylose da anca, encurtamento do membro inferior, compressão da urethra por fragmento osseo, formação de calculo vesical á custa d'um fragmento e retrahimentos e fistulas do recto, bexiga e urethra.

VI—Prognostico

O prognostico das fracturas da bacia depende mais das lesões dos órgãos pelvicos que da extensão das lesões osseas.

Nas fracturas parciaes, quando são sub-periosseas e não existe lesão alguma dos órgãos pelvicos, a cura dá-se facilmente, o que já não acontece

quando o periosteio é lacerado e ha fortes contusões e escoriações. E' de reccar, então, as suppurações e gangrenas consecutivas pelo que o prognostico deve ser reservado.

O prognostico é grave nos casos em que forem attingidos os orgãos contidos na bacia, sobretudo a bexiga e a urethra. A mortalidade é de 70,8 %, segundo M. Mitchell nos casos de ruptura da bexiga e E. Albert apresenta 27 % como percentagem de cura nos casos em que a ruptura vesical é extra-peritoneal.

O mesmo auctor apresenta ainda a seguinte estatistica em que as fracturas foram complicadas de ruptura da bexiga.

Em 31 casos de fractura do pubis sobreviveram 4; 22 casos de laceração da symphise foram todos mortaes.

Em 13 casos de fractura do ischion houve uma cura.

Em 10 casos de ruptura da articulação sacro iliaca, 5 de fractura do sacro e 5 da cavidade cotyloidea, nenhum doente se salvou.

Em 10 casos de fractura do ilion houve uma cura.

A gravidade do prognostico depende tambem do momento em que fizer a intervenção.

Se nas primeiras horas depois do accidente é diagnosticada a ruptura da bexiga ou da urethra e

se dentro de pouco tempo a lesão está reparada, o prognostico, embora grave, não é tão sombrio como nos casos em que a infecção já iniciou o seu quadro symptomatico, cuja intensidade ou localização póde impôr a prognose fatal.

Nos casos felizes a cura precisa de muitos meses.

VII — Tratamento

Tres pontos de vista devemos ter em face d'um caso de fractura da bacia: attender ao choque traumatico, reduzir a fractura tão perfeitamente quanto possivel e obstar as complicações dos órgãos pelvicos.

Trataremos, pois, cada um d'estes pontos em separado.

a) Contra o choque lutar-se-ha pela administração de estimulantes, principalmente o ether por via hypodermica, o alcool (poção de Todd, vinho generoso, punch), fricções e botijas quentes, como primeiros cuidados.

Collocar-se-ha o ferido no maior socego, num aposento em que os ruidos externos se não façam sentir. Proibir-se-ha as relações com pessoas extranhas ao serviço do seu tratamento.

Administrar-se-ha depois cafeina, por via hypodermica, e se o choque fôr demorado, recorrer-

mos á digitalina, estrychnina, oleo camphorado e sôro physiologico.

Os colchões devem ser molles e melhor serão os de cauchu; na falta d'estes poder-se-ha collocar o doente sobre almofadas d'ar, isto tendo por fim evitar as escaras de compressão.

b) O primeiro cuidado em relação á fractura é immobilisar o doente em decubito dorsal.

Para isso deve empregar-se o colchão cheio d'agua, ou de pennas á falta d'este, collocando lateralmente saccos de areia para a contenção.

Alguns auctores aconselham as ligaduras e faixas abraçando a bacia, mas raras vezes dão bom resultado.

A gotteira de Bonnet presta optimos serviços, pois que o doente póde prover ás suas necessidades sem fazer qualquer movimento o que seria doloroso; mas nem sempre a teremos á nossa disposição.

Nas fracturas sem deslocamento estes cuidados são sufficientes para a cura.

No caso contrario, porém, pode-se tentar a redução e coaptação, comtanto que se proceda com o maior cuidado e prudencia.

Pelo toque vaginal pode-se reduzir uma fractura do pubis auxiliando-nos externamente com a outra mão. Pelo recto reduzimos as fracturas do sacro ou do ischion.

O mais difficil é a contenção dos fragmentos, pois as mais das vezes, laços, faixas, cintos, tudo é impotente. Neste caso recorre-se á sutura metallica, reseccando, se tanto fôr preciso, qualquer fragmento e extrahindo-se quaesquer esquirulas que por ventura existam.

Para a contenção das fracturas do sacro empregou Bermond um cylindro de prata, perfurado largamente na parte central para a passagem das fezes, e que mantinha a fractura em reducção; Gaudier fez a sutura dos fragmentos. Empregou-se tambem o tamponamento do recto.

Nas fracturas verticaes e nas do acetabulo applicar-se-ha a extensão continua e nesta ultima mobilisar-se-ha a articulação.

Se tivermos de fazer a contra-extensão, esta deve ser feita não com um laço perineal, mas sub-axillar, ou então levantando os pés do leito.

Como alguns doentes, em virtude de contrações musculares, pódem deslocar os fragmentos, relaxar-se-lhes-ha os musculos, pondo-lhes as pernas e coxas em flexão, descansando os joelhos sobre um travesseiro.

Kureck imaginou o seguinte aparelho para a contenção das fracturas da bacia.

E' applicada em volta da cinta do doente uma faixa que termina em duas pontas de cada lado; estas cruzam-se na parte anterior da bacia, e

das extremidades partem cordões que vão passar em quatro roldanas collocadas duas de cada lado do doente, mais elevadas que o corpo d'este e fixas em columnas presas ás barras da cama.

Das extremidades dos cordões pendem saccos com pesos ou areia, fazendo tracção contínua.

Um doente curou-se facilmente por este processo.

c) Das complicações dos órgãos pelvicos trataremos mui resumidamente, pois só por si davam um estudo demorado.

As rupturas vasculares causam, geralmente, a morte em poucos momentos, por hemorragia; contudo, se fôr feito o diagnostico a tempo, deve fazer-se a incisão das partes molles, descobrir-se o vaso e laquear-se.

Quando houver focos de suppuração devem estes ser abertos largamente e convenientemente drenados.

Quando ha ruptura da bexiga deve esta ser operada dentro de 24 horas, logo que tenham passado os primeiros symptomas de choque.

Se o ferido nos procura passado este praso, devemos intervir immediatamente, procedendo á descoberta da bexiga por talha hypogastrica ou fazendo a laparotomia, se a ruptura tem logar na face intra-peritoneal; sutura-se, depois, a parede

vesical e faz-se a *toilette* do peritoneo, o mais cuidadosamente possível.

Alguns doentes teem sido salvos, com intervenções d'esta ordem, feitas muitas horas depois do accidente.

Feita a sutura, procede-se á prova d'agua que realisa dois fins ao mesmo tempo: experimentar se a sutura está perfeita e se aguenta bem, e se ha mais rupturas além da que está suturada.

Alguns auctores preferem fazer a sutura atravez da secção perineal, receiando que o contacto da urina com os tecidos da symphise e visinhos, provoque o apparecimento de phleimão ou gangrena.

Procedendo com todos os cuidados de asepsia e antisepsia e drenando bem a ferida, não ha grande receio de infecção.

Feita a sutura, collocar-se-ha uma algalia permanente durante alguns dias.

Nas simples contusões da bexiga ou paralyrias, convém fazer a algaliação todas as vezes que o doente necessite urinar, mas com intervallos regulares, e não algaliação permanente, pois, a irritação continuada dos tecidos da urethra, muitas vezes comprometidos, produziria periurethrite e talvez ulceração da urethra seguida de abcesso urinoso ou phleimão.

Nestas circumstancias far-se-hia uma incisão perineal aos primeiros symptomas (febre, tumefacção e dureza do perineo) a qual tinha por fim impedir a propagação do estado inflammatorio aos ossos e partes molles lesadas.

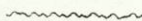
Esta incisão precoce do perineo é um dos recursos mais seguros em todas as lesões urethraes, sobretudo nas que dependem de fracturas da bacia.

Nas contusões da urethra em que o catheterismo se faz facilmente e a emissão da urina apenas é impedida pela presença d'um derrame periurethral, deve proceder-se ao catheterismo com intervallos regulares e nunca deixar algalia permanente, evitando-se assim, o decubito e a infecção.

As rupturas da urethra serão suturadas e será collocada uma algalia durante alguns dias; se necessario fôr faz-se o catheterismo retrogrado, por meio da talha hypogastrica. Para evitar os retrahimentos cicatriciaes póde fazer-se uma incisão longitudinal seguida de sutura transversal.

O melhor é fazer a dilatação progressiva com os dilatadores Beniqué, alguns dias depois de estar bem cicatrisada a sutura.

E' necessario vigiar o doente, para prevenir a infiltração urinosa durante a evolução da doença.



OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

(Do serviço do ex.^{mo} snr. dr. J. Franchini,
no Hospital da Misericórdia)

JUSTINA SILVA PEREIRA, 18 annos, solteira, jornalista, natural de Ovar.

Entrou para o Hospital da Misericórdia do Porto, em 20 de outubro de 1908. Tabella 943.

Nunca foi doente, nem ainda menstruada.

Quinze dias antes da entrada no Hospital, occupando-se em carregar um carro numa pedreira esta desmoronou-se numa altura approximadamente de 4 metros; uma grande pedra apanhou-a, derrubando-a, ficando a doente entalada entre o solo e a pedra, que lhe ficou pousada sobre as costas e dorso.

Desmaiou e neste estado a conduziram a casa, tendo nessa occasião uma grande hemorragia pelos órgãos genitales e urinarios.

Estado actual: Ainda que passados 15 dias sobre o accidente a doente está bastante prostrada; é impossivel qualquer movimento com o que a doente solta gritos.

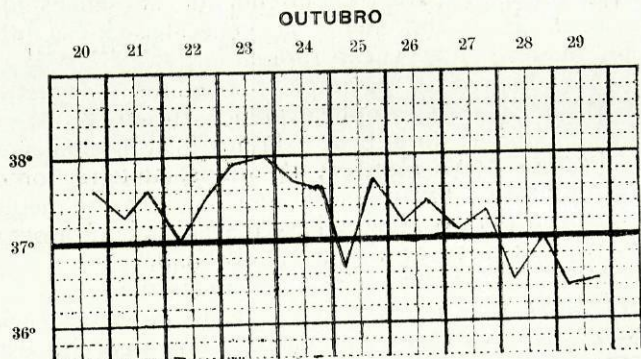
Para se fazer o exame directo foi preciso chloroformisa-la o que se fez no dia 22.

Pela palpação e toque vaginal constatou-se:

Fractura dos ramos do pubis dos dois lados com disjunção da symphise publica e da sacro-iliaca direita.

Ruptura extra-peritoneal da bexiga e vagina, ao nível do septo vesico-vaginal que se encontrava fortemente comprometido, e aberto em Y, o retalho em V prolongando-se até ao collo uterino, ramo vertical estendendo-se até perto da symphise. Foco suppurado occupando a cavidade de Retzius e a parte interna superior da côxa do mesmo lado. Incontinência de urina.

A temperatura oscillava entre $37^{\circ},5$ e 38° . O graphico seguinte archiva estas oscillações em antes e depois da operação, até normalisação da temperatura.



Pulso fraco, hypotenso e frequente. Diarrhea.

Foi operada no dia 25 sendo-lhe feita a sutura da bexiga em Y, a sutura ossea do ramo horizontal do pubis direito a fio metallico e a drenagem do foco suppurado. Por causa da fistula collocou-se uma algalia permanente.

Durante a operação o pulso começou a enfraquecer, sendo necessario applicar-lhe 0,1 gr. de cafeina e 120 c. c. de sôro physiologico.

A doente entrou de melhor ar e passado um mez retinha alguma urina estando deitada; de pé essa retenção era impossivel, porque havia ainda uma fistula vesico-vaginal, situada por detraz do ramo ischio-pubico direito, de bordos adherentes ao osso.

Esperou-se ainda a completa retracção dos tecidos e em 20 de abril foi de novo operada para se tentar a oclusão da fistula difficilmente accessivel.

Foi feito o desdobraimento e sutura; a doente tem melhorado muito e já retem grande quantidade de urina (140 c. c.) estando accordada, mas durante o somno ha incontinençia.

A doente anda sem defeito algum, apenas lhe custa fazer o movimento de abducção das coxas que todavia é muito mais amplo.

Foi radiographada depois da 1.^a intervenção, pois antes era isso impossivel, attendendo ao seu estado, que, em perigo imminente de generalisação da infeção, requeria intervenção rapida.

A radiographia (estampa 1) constatou o seguinte: Disjunção da symphise pubica; fractura dos ramos horizontaes do pubis, o direito justo á eminencia ileo pectinea, o esquerdo na parte media; os ramos perineaes estão ambos fracturados na sua parte media.

A doente continua na enfermaria para tratamento da fistula. As fracturas estão consolidadas.

OBSERVAÇÃO II

(Do serviço do ex.^{mo} snr. dr. J. Franchini
no Hospital da Misericordia)

MARGARIDA PINHEIRO, 40 annos, viuva, serviçal, natural do Marco de Canavezes.

Entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio no dia 28 de fevereiro de 1909, com o numero de tabella 1942.

As 2 horas e meia da tarde d'este dia tentou descer em Gondarem — Foz, pela plataforma da frente do 2.^o carro, a partir da machina, do comboyo americano, em marcha, posto que com pequena velocidade.

Ao descer, porém, a perna direita ficou presa en-

tre o estribo e a plataforma; cahiu em sentido perpendicular á linha, mas foi arrastada pelo comboyo, ficando com a cabeça para traz e o corpo entalado entre o carro e o solo, sendo necessario levantar o vehiculo para a retirar.

A doente declarou, mais tarde, que sentia todos os movimentos que lhe imprimiam ao corpo e dirigia, por palavras, as manobras com que deviam allivia-la, mas não via as pessoas nem coisas que a rodeavam.

Retirada debaixo do carro, desmaiou.

Conduzida ao Hospital foi internada na enfermaria n.º 14.

Exame directo: Excoriações e contusões no joelho esquerdo; contusões extensas da anca esquerda e membro inferior direito; tumefacção bastante intensa das regiões inguinaes.

No terço inferior da perna esquerda ha uma fractura comminativa e exposta interessando a tibia.

Pela palpação, que era bastante dolorosa, notou-se uma fractura do ramo horisontal esquerdo do pubis a 4 cm. da symphise e do lado direito a 3 cm. approximadamente. Os ramos descendentes estão ambos fracturados na sua parte media. Os fragmentos estão deslocados no sentido obliquo da esquerda para a direita e de cima para baixo.

Disjunção da symphise publica e luxação da articulação sacro-illiaca direita.

Infiltração sanguinea do grande labio esquerdo.

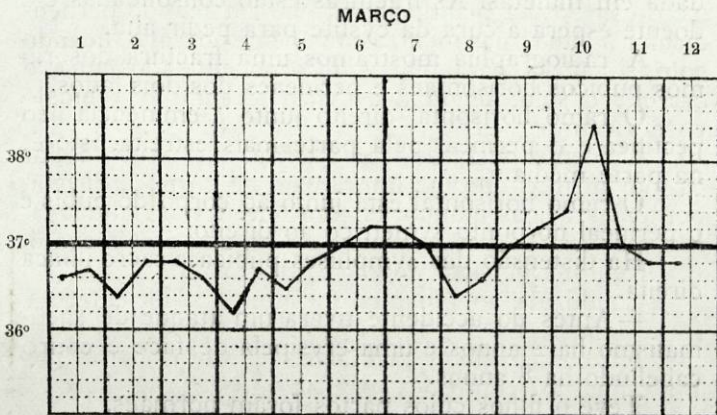
Hematuria, dysuria com tenesmo, e dôres á micção.

A doente estava prostrada em choque traumatico, mas não muito intenso.

Collocada immediatamente na gotteira de Bonnet foram-lhe pensados os ferimentos.

No dia 1 de março foi-lhe feita a osteosyntese da perna esquerda, sob anesthesia chloroformica.

A temperatura conservou-se baixa durante os primeiros dias depois da operação, como indica o graphico seguinte.



A doente é collocada de novo depois da operação gotteira de Bonnet.

Devido ao seu estado e ás dôres que provocava o menor movimento, não pôde ser radiographada, senão alguns dias mais tarde.

Março, 6. — Edema da perna e coxa esquerda; dôres nos membros inferiores, sobretudo no esquerdo que se apresenta anemiado. — Ligeira elevação de temperatura que se accentua nos dias seguintes. Leve phlebite crural.

Março, 11. — Melhoras de todos os symptomas; não ha dôres ao urinar nem hematuria; a urina é transparente.

A doente continúa a melhorar nos dias seguintes.

Dias depois reapareceu o sangue na urina que é turva; queixa-se a doente de dôres á micção e sobre o pubis.

A analyse da urina revela o seguinte: grande quantidade de mucina e globulos purulentos; o que parece indicar que ha uma cystite purulenta confirmando o diagnostico clinico.

Em abril, 22 — a ferida estava fechada completamente. A doente levanta--se dando alguns passos aju-

dada em muletas. As fracturas estão consolidadas e a doente espera a cura da cystite para pedir alta.

A radiographia mostra-nos uma fractura dos ramos pubicos horisontaes e perineaes dos dois lados.

O ramo horisontal direito junto á eminencia ileopectinea e o perineal pela parte mais estreita, isto é, na parte média.

O ramo horisontal está junto ao corpo do pubis e o perineal no ponto symetrico ao direito.

Ha distensão das symphises publica e sacro-iliaca direita.

— Antes do accidente tivera um ataque de rheumatismo ha 2 annos e uma erysipela de face e couro cabelludo ha 8 annos.

Teve 6 filhos cujos partos foram normaes.

A menopausa foi ha 8 annos.

OBSERVAÇÃO III

(Devida ao ex.^{mo} snr. dr. J. Franchini)

Fractura estrellada da cavidade cotyloidea; separação completa d'um fragmento da parte anterior do rebordo cotyloideo e luxação do femur.

F., de 30 annos, assistindo ao corte d'uma arvore na sua propriedade, sentado numa pedra, foi apanhado pela queda inesperada do tronco da arvore, não tendo tempo de fugir, inclinando-se apenas sobre o lado opposto (lado direito) e recebendo portanto o choque sobre o grande trochanter esquerdo.

Transportado á Casa de Saude Portuense, em estado grave e verificada a existencia da fractura e a impossibilidade de redução do femur, aliás perigosa pela penetração quasi certa da cabeça do femur na fossa iliaca, resolveu-se intervir immediatamente abrindo largamente o foco.

Verificou-se então a fractura estrellada da bacia com separação da parte anterior do rebordo cotyloideo.

A operação consistiu na decapitação do femur, extracção do fragmento destacado, limpeza e drenagem da cavidade cotyloidea.

A reparação foi lenta tendo como unica complicação um phleimão iliaco que terminou pela resolução, acompanhado de perturbações da micção pouco intensas e de pouca duração — passados meses o doente podia andar com uma bengala e passado um anno conseguia montar a cavallo sem grande difficuldade.

OBSERVAÇÃO IV

(De Péan — n.º 230)

EDOUARD V., 55 annos, pintor, entrado no hospital a 3 de abril de 1882.

Queda de 30 degraus, na escada d'uma casa.

Não póde andar, nem firmar o pé esquerdo no chão. Dôr extremamente forte na anca do mesmo lado.

Mobilidade anormal e crepitação sobre a espinha iliaca antero-superior esquerda. — Fractura isolada da espinha iliaca antero-superior.

O doente está 9 dias sem evacuar; anteriormente não havia constipação.

Dia 19 — Diminue a dôr na espinha iliaca, flexão da coxa e extensão sem dôr.

O doente sahe curado a 6 de maio, andando com auxilio de uma bengala.

OBSERVAÇÃO V

(N.º 231 de Péan — 1881)

N. VINTER, 44 annos, jornaleiro, entrou em 1 de agosto de 1881.

Querendo entrar no seu quarto por uma janella que dava para o telhado, cahiu da altura de 2 anda-

res, sobre as costas. Na queda, o lado esquerdo bateu num varal d'uma carruagem. Impossibilidade de se levantar. Perda de conhecimento.

Decubito dorsal. O doente queixa-se quando lhe tocam. Braço esquerdo inerte, mas o doente muda-o. Contusões e dôres multiplas de todo o lado esquerdo.

Dôres vivas á pressão, no ventre, bacia e membro inferior esquerdo, que não pôde mover espontaneamente, mas conserva-se na posição em que é collocado.

Symptomas menos intensos á direita. Dôres lombares.

Retenção urinaria que é combatida pelo catheterismo.

Membros inferiores em rotação externa, parecendo fractura do collo do femur.

A' direita, esta não existe; á esquerda, os gritos e indocilidade do doente tornam o exame impossivel.

No dia seguinte apparece uma ecchymose na parte média, mais declive das bolsas; a exploração cuidadosa leva a crêr que não foi devida á acção directa do traumatismo.

Dia 10. — Exame: Não ha fractura do collo do femur; a coxa sempre flectida sobre a bacia, a perna sobre a coxa e tudo em abducção repousando sobre a cama.

Os movimentos provocados produzem dôres nas virilhas e articulação sacro-iliaca esquerda.

Temperatura a 38°, approximadamente, todas as tardes.

Dia 12. — Melhoram todos os symptomas, excepto uma dôr no trajecto do sciatico (nevrite devida ao sangue derramado, na bacia, na bainha do plexo).

Dia 20. — Desapparecem as ecchymoses; o membro inferior esquerdo sempre inerte e em abducção pronunciada. Não pôde leva-lo á extensão, de per si.

Tres vesicatorios sobre o sciatico que lhe produzem grandes melhoras.

20 de setembro. — O doente anda em muletas,

mas difficilmente appoia a perna esquerda, cujo perimetro, bem como o da côxa, é menor que o do lado opposto.

30 de setembro. — Alta; o doente sahe curado.

OBSERVAÇÃO VI

(De Péan — Obs. 152)

C. F., 51 annos, jornaleiro, entrou no hospital a 14 de agosto de 1881.

Na vespera desabara-lhe sobre as costas uma saibreira; as pernas estavam juntas e os braços dobrados. O choque incidiu principalmente sobre os rins.

Retirado immediatamente, foi-lhe impossivel andar. Respiração difficulosa.

Teve micção voluntaria com hematuria, 3 horas depois do accidente.

Estado actual. — Decubito dorsal; é difficil mover-se no leito; fractura da 6.^a costella direita na parte media. Não ha dores espontaneas no abdomen; deprimindo os rectos provoca-se a dor junto do pubis. Dor intensa nos rins, contusões fortes e ecchymoses das regiões lombar e nadegueira direita.

Tentando approximar as espinhas iliacas antero superiores sente-se que ellas cedem. Crepitação e mobilidade anormaes na espinha do pubis direita; pressão neste ponto muito dolorosa.

Durante o exame e quando se tenta afastar o iliaco, ha viva dôr na urethra que o doente localisa na extremidade do penis.

A posição dos membros inferiores faz suppor uma fractura dos colos dos femurs; rotação completa para fóra e os pés repousam sobre o plano do leito pelos bordos externos; levam-se á extensão sem grande dôr.

Investigações minuciosas não demonstram lesão alguma das cabeças dos femurs. Fractura do peroneo.

Na noite da entrada ha insomnia.

Dia 15 de agosto — Aparece uma ecchymose na parte media e inferior do escroto do tamanho de uma peça de 5 francos.

Urina avermelhada sem sangue.

Dia 16 — Augmento da ecchymose.

Dia 17 — Aparece outra ecchymose na parte antero-externa da bolsa direita. Urina clara.

Dia 20 — Ecchymose sobre o cordão direito, descendo para a bolsa correspondente.

Dia 1 de outubro — Alta. O doente anda em mulletas. Calo saliente no pubis.

OBSERVAÇÃO VII

(N.º 153 de Péan)

D. GROUET, 25 annos, carreteiro. Entrou no serviço de Péan em 8 de maio de 1882.

Um pesado carro de transportes passou-lhe sobre o corpo; uma das rodas passou sobre a parte superior das coxas e a região inferior do abdomen, enquanto a outra triturou o braço direito e contundiu o punho esquerdo.

Morreu uma hora depois da entrada.

A autopsia mostrou: além de lesões meningeas, pulmonares e hepaticas, que denunciavam uma intoxicação chronica pelo alcool, lesões de nephrite intersticial avançada; derrame sanguineo consideravel da coxa; infiltração do escroto subindo ao longo do cordão até ao anel inguinal; fractura do pubis á direita; o fragmento, que d'um lado apenas estava preso pelas inserções musculares e d'outro pela symphise, comprehende o corpo do pubis e as partes visinhas do ramo horisontal e do ramo descendente, o primeiro acima do buraco obturador e o traço é obliquo para traz e para a direita, o segundo perto do corpo.

Havia tambem fractura do humero.

OBSERVAÇÃO VIII

(N.º 295 da clinica de Péan em 1885)

PIERRE PASSIER, 37 annos, carreteiro, entrou em 23 de julho de 1883. — Queda d'um 1.º andar sobre as nadeegas.

Antecedentes: Luxação da coxa.

Estado actual: Movimentos da coxa direita muito dolorosos e muito limitados. Eccymose perianal estendendo-se para a raiz das coxas. Dôr viva á pressão no ischion direito.

Ausencia de ponto sensível. Dôr pelo toque rectal; não ha mobilidade apreciavel.

Diagnostico: fractura provavel do ischion direito. 5 d'agosto. — Principia o doente a andar.

OBSERVAÇÃO IX

(N.º 296 de Péan)

AUGUST KURUÉ, 36 annos, cocheiro; entrou em 2 de junho de 1883.

Tendo-se desbocado o cavallo da sua carruagem, saltou do logar, indo nessa occasião, a bacia bater á esquerda contra uma arvore.

Perdeu os sentidos. Dôr viva no ponto contundido e impossibilidade de marcha.

Ao entrar apresentava: ecchymose muito extensa da crista iliaca, dôr viva e crepitação ossea por pressão sobre a crista iliaca; não ha deslocamento.

Diagnostico: fractura da crista iliaca esquerda.

Compressas resolutivas.

8 de junho. — O doente anda bem. Alta.

OBSERVAÇÃO X

(N.º 297 de Péan)

ALB. PARON, 44 annos, creada.

A roda d'um carro pesado passou-lhe sobre a bacia.

Entrada em estado comatoso, no dia 25 de junho de 1883.

Estado actual: Desnudação do sacro e parte d'um iliaco; trituração da coxa. Morte no dia immediato.

A autopsia revelou:

Fractura transversa do iliaco na reunião dos $\frac{2}{3}$ anteriores com $\frac{1}{3}$ posterior. Descollamento da crista iliaca direita nos $\frac{2}{3}$ anteriores.

Fractura esquirolosa do femur.

OBSERVAÇÃO XI

(Caso de ruptura extra-peritoneal da bexiga complicada de fractura da bacia, por M. J. F. Mitchell) (1)

A., mulher de 52 annos, precipitada d'uma caruagem; as rodas passaram-lhe sobre o ventre.

Foi retirada com uma fractura da bacia e ruptura extra-peritoneal da bexiga.

Foi operada 17 horas após o accidente, sendo feita uma incisão por cima do pubis e suturada a bexiga.

A doente foi mantida quasi constantemente num banho durante 18 dias.

A cura sómente se completou ao fim de 4 mezes e meio.

(1) *Annals of Surgery*. Fevereiro de 1898.

OBSERVAÇÃO XII

(Caso de ruptura intra-peritoneal da bexiga, consecutiva a fractura da bacia, apresentado por M. Bazi á Sociedade de Cirurgia de Paris, na sessão de 7 de outubro de 1903).

Trata-se d'um homem de 32 annos, que soffreu a acção d'um desabamento de terra e pertencente á clinica de M. Lafourcade, de Bayona, para onde o ferido foi transportado 48 horas depois do accidente.


Apresentava dupla fractura vertical, complicada de ruptura intra-peritoneal da bexiga.

O diagnostico da ferida vesical tinha sido feito logo depois do desastre, mas foi recusada a intervenção e só 56 horas depois pôde ser operado.

Era uma laceração de 6 centímetros de comprimento, que foi saturada, fazendo-se a drenagem da bexiga apenas por uma sonda urethral.

O doente curou, apesar da demora dada á intervenção e do estado gravissimo do doente.

(Da *Semaine Medicale*, de 14 de outubro de 1908).



A. NEVES — FRACTURAS DA BACIA

Justina da Silva Pereira

EST. I



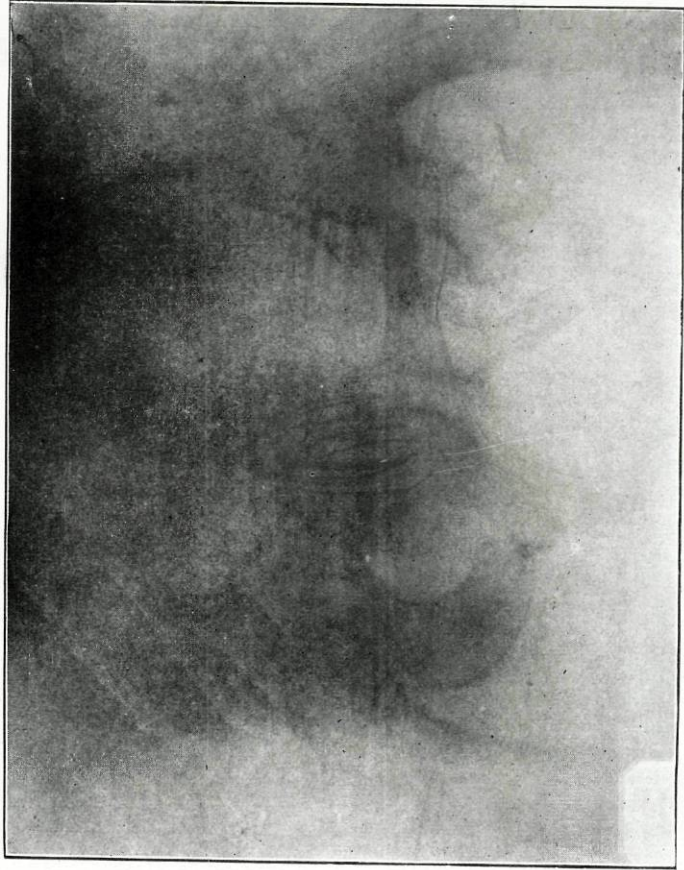
Pose 3 minutos

*(Radiographia do Laboratorio clinico do Hospital Geral
de Santo Antonio)*

A. NEVES — FRACTURAS DA BACIA

Margarida Pinheiro

EST. II



Incidencia postero-anterior

Pose 3 minutos

*(Radiographia do Laboratorio clinico do Hospital Geral
de Santo Antonio)*

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva. — A descripção d'um osso deve ser orientada pelo conhecimento dos seus pontos de ossificação.

Physiologia. — A absorpção digestiva é uma função physiologica do protoplasma das cellulas intestinaes.

Materia medica. — O futuro da therapeutica das infeções está na serotherapie.

Pathologia externa. — A frequencia do cancro uterino baixa com a criação de maternidades e serviços gynecologicos.

Operações. — Prefiro o aparelho de chloroformisação de Tuffier ao de Ricard.

Partos. — Condemno o uso de irrigações depois do parto.

Pathologia interna. — A infecção por alguns protozoarios não parece ter a etiologia restricta que ordinariamente se lhes assignala.

Anatomia pathologica. — O valor positivo do diagnostico hystologico da raiva, depende da presença dos corpos de Negri.

Medicina legal. — A dactylographia numerica é um systema de grande alcance na identificação internacional dos criminosos.

Pathologia geral. — O rachitismo não é um factor benéfico na evolução progressiva do individuo e da especie.

Hygiene. — O *titulo coli* não deve ser o unico criterio na apreciação hygienica das aguas.

Hystologia. — As cellulas lymphoides de Türk não são mais que leucocyts mononucleares em varias phases da hystolise.

Anatomia topographica. — O ponto de Mac-Burney não tem valor na topographia do appendice ileo-cœcal.

Visto.

O Presidente,

Alberto d'Aguiar.

Póde imprimir-se.

A. Brandão.