

  
N.º 107

ABEL ALVES ABRANTES

---

# Sobre um caso invulgar de osteite produtora duma coxalgia

*(Trabalho de Clinica Pediatrica)*

---

Tese de Doutoramento  
apresentada á Faculdade de Medicina do Porto

Porto — 1921

19716 FMP

PÓRTO

Tip. a vapor da "Enciclopédia Portuguesa"  
47, Rua Cândido dos Reis, 49

Sobre um caso invulgar de osteite  
produtora duma coxalgia

N.º 107

ABEL ALVES ABRANTES

---

# Sobre um caso invulgar de osteite produtora duma coxalgia

*(Trabalho de Clinica Pediatrica)*

---

Tese de Doutoramento  
apresentada á Faculdade de Medicina do Porto

Porto — 1921

---

PÓRTO

Tip. a vapor da "Enciclopédia Portuguesa"

47, Rua Cândido dos Reis, 49

# FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

**Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos**

PROFESSOR SECRETÁRIO

**Dr. Álvaro Teixeira Bastos**

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

Anatomia descritiva . . . . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia . . . . .	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial . . . . .	Vaga
Farmacologia . . . . .	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral . . . . .	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patológica . . . . .	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia . . . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene . . . . .	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal . . . . .	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia Topográfica e Medicina opera- tória. . . . .	Vaga
Patologia cirúrgica . . . . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica . . . . .	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica . . . . .	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica . . . . .	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral . . . . .	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica . . . . .	Vaga
História da medicina e Deontologia. . . . .	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia. . . . .	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria. . . . .	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria . . . . .	Dr. António de Almeida Garrett

Professor com licença ilimitada . . . . José de Oliveira Lima

Professor jubilado

Pedro Augusto Dias . . . . Lente catedrático

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

Dr. Augusto de Oliveira Lemos

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920).

---

À memória de meu irmão

*Manoel*

*Saudade.*

---

A meus Pais

*Muita dedicação e respeito.*

A minha madrinha

*D. Maria José Alvarantes de Melo*

A meu padrinho

*Leonardo Rodrigues de Melo*

Aceitai a pobre oferta, não pelo que vale,  
mas pelo que significa:  
Eterna gratidão e profundo reconheci-  
mento de quem tudo vos deve.

*A minhas irmãs*

*A meus irmãos*

Amizade sincera.

Ao Ex.<sup>mo</sup> Senhor

*Augusto de Almeida*

*Com muito respeito e estima.*

---

Aos meus amigos

*Armindo de Almeida*

*P.<sup>e</sup> João Vaz de Amorim*

Um grande abraço.

---

*À familia Prata*

Com muita consideração.

Ao

*Dr. Augusto Dias de Barros*

Um abraço de despedida.

---

Aos meus condiscipulos e amigos

E EM ESPECIAL

*Dr. Guedes Machado*  
*Dr. Mendes Guimarães*  
*Dr. Laurindo Faria*  
*Dr. Pinto dos Reis*  
*Dr. Fernando Costa.*

Ao douto corpo docente  
da Faculdade de Medicina do Porto

Ao meu ilustre Professor e dignissimo presidente de tese

*Dr. Antonio de Almeida Garrett*

Homenagem do discipulo reconhecido.

*Pagina selecta:*

# I

J. S. M., de 10 anos de idade, entrou para o Hospital, sala Sousa Araujo da Enfermaria 9, em 29 de abril de 1920, por causa de ulceras que apresentava no limite inferior da região lombar, na parte inferior e esquerda da parede abdominal, e na região anterior da coxa do mesmo lado. Observando cuidadosamente estas ulceras, vê-se que em todas ha perda superficial de tecidos, tendo desaparecido a pele e no seu logar aparecendo um fundo avermelhado, com leve exsudação sero-purulenta. A ulcera da parede do abdomen está situada na região da fossa iliaca esquerda, logo acima da arcada crural e junto da linha divisoria com o hipogastro; tem a forma duma elipse cujo grande eixo se dirige de cima para baixo e de fora para dentro, medindo sete a oito centímetros no seu maior diametro e dois a tres no menor; é uma ulceração muito superficial, de bordos bem limita-

dos, violaceos, levemente descolados e com pouco aspecto de tendencia para a cicatrização; pela compressão sobre a sua parte inferior e interna, saía uma pequena quantidade de pús muito grumoso; a palpação em volta da ferida era muito dolorosa. A ulcera da coxa, estava situada na união do terço superior com o terço médio, na parte mediana e anterior, e apresentava uma perda de substancia superficial, tambem com a forma alongada de elipse medindo uns cinco centímetros por dois, e com bordos violaceos e descorados, de aspecto muito semelhante ao da ulcera da parede abdominal; em volta ha uma zona que é muito dolorosa á pressão, que se prolonga, estreitando-se para cima, para a parte inferior da outra ulceração, dando a ideia dum trajecto que as puzesse em comunicação, Na parte inferior da nadega esquerda, junto da parte mais superior do sulco internadgueiro está a terceira ulcera, mais pequena que qualquer das outras quasi por completo cicatrizada, de côr violacea, tendo a sua parte central o aspecto das duas ulcerações anteriores. O que tornava muito interessantes estas úlceras, era que delas saia, por ocasião das micções, um liquido amarelado, com alguns grumos de pus, que logo dava a impressão de ser urina.

Continuando o exame do doente, constatou-se que, colocado em decubito dorsal, o membro infe-

rior direito estava em extensão e o esquerdo levemente fletido, em adução e rotação interna; havia sela lombar muito nitida; os movimentos activos e passivos da articulação coxo-femural esquerda estavam muito reduzidos, devido ás dores que provocavam; na marcha, apenas apoiava a ponta do pé no solo pela mesma causa, conservando o membro sensivelmente a mesma posição que no decubito dorsal.

Apresentava pulso pequeno e hipotenso; ruídos cardiacos levemente acentuados; temperatura que pela tarde tinha exacerbações por vezes notáveis (1 a 2 graus), oscilando a temperatura da manhã entre 37°,4 e 38°,6; emaciação muito acentuada e palidez da pele; ganglios inguinais, axilares e cervicais, hipertrofiados; dentes de Hutchinson; abobada palatina ogival; cabelos raros e mal desenvolvidos.

Cuti-reacção á tuberculina — positiva; reacção de Wassermann — resultado suspeito — fracamente positivo? (Lab. Nobre, 22-V-920); a analyse quimica das urinas nada revelou de anormal na sua composição (ureia — 25,75 gr. por litro), e apenas no exame do sedimento ha a notar filamentos de muco, celulas-epiteliaes vesicais, raros globulos rubros e bastantes globulos de pus (Lab. Nobre, 5 de Maio de 1920).

A saida de pus mostrava que as ulceras eram a terminação de trajectos fistulosos, muito curiosos

por darem também saída, principalmente as duas úlceras anteriores (pois que para a posterior o facto era inconstante) a um liquido que parecia ser urina. Debalde se procurou explorar os trajectos fistulosos, tam finos que não permitiam a introdução de um estilete. A analyse do liquido que saia por occasião das micções, mostrou conter ureia na proporção de 22, 50 gr. por litro, apresentando o seu sedimento, globulos de pus, raros globulos rubros e uma ou outra celula epitelial muito degenerada (Lab. Nobre, 5 de maio de 1920), Os Srs. Drs. Oscar Moreno e Sousa Feiteira, procuraram depois (10 de junho de 1920) definir os trajectos fistulosos, por meio da radiografia, apoz uma injeção vesical com colargol, feita com certa pressão; a radiografia não logrou o fim desejado, pois o liquido da injeção não passou para os trajectos, e apenas por ela se pôde constatar a existencia de alterações osseas, que o exame clinico levava a supôr, tanto pelos pontos dolorosos, como pela existencia das úlceras que eram por certo terminações de trajectos fistulosos, como ainda pelo diagnostico facil de uma coxalgia esquerda nitidamente constituida, já no periodo das deformações. Essa radiografia mostrou que, alem dos contornos do grande trocanter estarem pouco nitidos, pontos diversos do iliaco, na visinhança da cavidade cotiloideia eram difusos, sem o aspecto proprio de osso integro. Não se

pôde apurar bem, pela radiografia, a delimitação dos focos de osteíte.

Eis o que resa a observação colhida na enfermaria, a seguir ao internamento do doente, e que levou ao diagnostico de osteítes com coxalgia e fistulas em relação com aquelas osteítes e com as vias urinarias inferiores, muito provavelmente com a primeira porção da uretra. Quanto á natureza da afecção, pensou-se nas duas grandes infecções crônicas: a tuberculose e a sífilis; mas antes da discussão sobre o diagnostico, vejamos a historia do doente e da doença, e a evolução que o caso foi tendo.

Em março de 1919 que o doente notou na parte posterior e interna da nadega esquerda e correspondendo à pequena ferida que ainda hoje aí existe, uma pequena tumefação muito dura que mais tarde foi amolecendo a pouco e pouco. Por essa ocasião apareceram dôres localizadas na anca que ao principio só se mostravam com a prisão ou com movimentos activos, e que mais tarde se tornaram contínuas. No centro desta tumefação appareceu mais tarde um ponto mole, que abriu, dando saída a pús em grande quantidade; com a abertura espontânea deste abcesso coincidiu um alívio das dôres, andando bem. Passados dois mezes appareceu-lhe outra tumefação na parede abdominal que se-

guiu a mesma marcha da precéden-te; era no lugar da ulcera ainda existente. Passados alguns dias da abertura dêste segundo abcesso, notou que uma terceira tumefação se formava na face anterior da coxa, deitando pús em grande quantidade. Tanto para este último abcesso, como para os dois anteriores, quando a saída de pús se atenuou, pôde notar que das ulcerações, quando urinava saía um líquido que parecia urina, gôta a gôta, o qual lhe dava, ao passar sôbre as superfícies ulceradas, uma sensação de ardencia. Não tinha, dôres na articulação coxo-femural, que começaram quando abriram os abcessos anteriores, primeiro pouco intensas e aumentando depois progressivamente, quando as três ulceras estavam formadas. Veio ao hospital, a pé, depois da abertura do primeiro abcesso, foi medicado, e não fez mais tratamento até que, a persistência das ulceras e a claudicação levaram a trazê-lo novamente, sendo internado. Como antecedentes pessoais: teve o sarampo e acusa dôres de garganta freqüentes. Dos antecedentes hereditarios pouco se pôde apurar, porque os pais tinham ido para o Brazil. Apenas se sabe que tem mais irmãos, que crê serem saudáveis, que a mãe sofre de dôres de cabeça, e teve dois abortos, e que o pai sofreu por várias vezes de doenças venéreas, tendo falecido já.

Observei o doente em 26 de Outubro de 1920. O estado geral é sensivelmente o acusado na primeira observação. As úlceras estão de dimensões aproximadamente as mesmas, mas menos dolorosas e um pouco melhoradas de aspecto, porque quasi não há exsudação, o pús é em muito pequena quantidade e nem sempre aparece, como nem sempre aparecia a urina por ocasião das micções, principalmente pela ulcera posterior, que tem largas temporadas em que não deita nada. Deu-se pois uma melhoria na cicatrização das úlceras, mas com permanência dos trajetos fistulosos. Do lado da articulação, as deformações acentuaram-se bastante. A cabeça do femur está fóra da cavidade cotiloide. A coxa tomou nitidamente as posições de flexão, adução e rotação interna; a deformação da articulação, arrastou a deformação da coluna lombar e o encurtamento do membro, que não foi corrigida pela extensão contínua pelo sacrificio a que sujeitava o doente, que todos os dias esperava uma prometida vinda da mãe para o levarem para casa.

O diagnóstico oscilou entre a tuberculose a afecção que mais quadrava com a sintomatologia geral e local, e a sífilis, dados os antecedentes muito suspeitos, e os estigmas observados, apesar da reacção de Wassermann mostrar apenas um pequeno impedimento com um antígeno. Fez-se o

tratamento de prova, por duas vezes, com xarope de Gibert e fricções mercuriais, mas esse tratamento nada deu, não tendo com ele apresentado quaisquer melhoras. O que radicou a etiologia que desde começo foi considerada como a mais provável: a de lesão bacilar, tuberculose osteo-articular, afecção banal pela sua freqüência na idade que o doente tem.

Para aclarar as relações dos trajectos fistulosos com as vias urinárias, foi algaliado, sendo-lhe injectado na bexiga um soluto boricado, por fórma ao líquido ficar com pressão; não saiu uma gôta sequer pelas aberturas das ulceras. Retirada a algalia e convidado o doente a urinar, interceptando-lhe o jacto por pressões intermitentes ao nível da glande, gôtas de líquido surgiam nas ulceras. A ligação não se fazia com a bexiga, portanto, como já indicava a radiografia que tentou definir os trajectos. Sondou-se a uretra, e ao nível da porção membranosa notou-se um aperto indicativo da existência de um tecido de esclerose em evolução; deve ser o local da comunicação, o orifício ou orifícios internos dos trajectos que ligam a uretra às ulceras da pele.

## II

A *tuberculose ossea*, constitue um dos mais importantes capitulos da patologia cirurgica, pela sua frequencia e pelas dificuldades de tratamento que muitas vezes oferece. Como se forma? Como penetra no osso o bacilo de Koch? Embora possa penetrar em consequencia dum esmagamento, duma picada, o caminho quasi sempre seguido é a via sanguinea e pode-se dizer que a tuberculose ossea é hematogenea, inicialmente. Sendo assim, existe, quasi sempre, anteriormente ao foco osseo, um foco de tuberculose visceral ou ganglionar, ou estigmas de lesões bacilares ainda não extintas. Muitas vezes tambem a lesão coincide com outras tuberculosas em plena evolução e outras vezes, ainda aparece como lesão unica e primitiva, como o afirma Calot.

Como factores etiologicos temos a idade, sendo mais frequente nas crianças, pelas quais a tuber-

culose ossea mostra uma certa predileção natural, tomando varias formas, para cada idade. E' assim que as crianças são mais frequentemente atingidas de coxalgia, mal de Pott, que os adolescentes e adultos, que mostrarão com maior frequencia os tumores brancos e abscessos frios costais. A hereditariedade desempenha tambem um papel muito importante, havendo familias em que a tuberculose ossea é muito frequente.

Sem falarmos da importancia etiologica dos traumatismos que tem sido muito discutida, da predileção de localizações que a tuberculose afecta para cada osso e da tam discutida questão das variedades do bacilo, lembremos que todas as causas, como o ar confinado, má alimentação, os climas frios e humidos, que predispõem á tuberculose em geral, facilitam a eclosão da osteite tuberculosa.

A osteite tuberculosa pode encontrar-se em todas as peças do esqueleto, mas, com a opinião de Nélaton, segundo esta frequencia: 1.º vertebrae; 2.º tibia, femur, humero; 3.º falanges, metatarsianos e metacarpianos; 4.º esterno, costelas, iliaco; 5.º ossos curtos do tarso e do corpo.

E' no tecido esponjoso, tecido ricamente vascularizado, que se mostra a lesão. O processo inicial é sempre o mesmo. Nélaton, eschematisando

a tuberculose ossea, conseguiu distinguir o tuberculo enquistado e a infiltração tuberculosa e afirmou que qualquer destas formas pode terminar na ulceração. A granulação tuberculosa, que não oferece aqui nada de particular, é caracterizada anatomicamente pela reabsorção da gordura, neoformação celular, aparição de células gigantes, vasos inflamados e dilatados, etc. Se estas se tornam confluentes, a secção do osso toma o aspecto que Nélaton descreveu sob o nome de infiltração tuberculosa. Esta infiltração tuberculosa, implica naturalmente a ideia duma lesão formada de cavidades contendo sequestros. Como se formam estes sequestros? A destruição bacilar em vez de atacar todos os fragmentos osseos, pode poupar alguns, constituindo assim fragmentos integros, envolvidos de tecido doente. Por tuberculo enquistado, entende-se uma caverna desenvolvida lentamente no tecido osseo, cheia de materia caseosa. A parede desta cavidade é formada de tecido osseo condensado para fóra e rarefeito para dentro.

Debaixo do ponto de vista clinico, temos que distinguir, na osteite tuberculosa, 3 periodos. No primeiro, o foco é exclusivamente osseo; o segundo é caracterizado pela extensão ás partes visinhas; o terceiro, pela abertura do fóco para fóra.

*Primeiro periodo* — O começo é o mais das vezes insidioso e muito difficil se torna diagnosticar uma tuberculose neste estado. O doente acusa, apenas, um leve esforço na execução de certos movimentos e um pouco de fadiga para certos exercicios. A dôr, que falta no inicio, aparece em seguida, mas não é muito intensa, de forma que o medico, o mais das vezes, só é consultado no segundo periodo e muitas vezes ainda no periodo de supuração.

*Segundo periodo* — Neste periodo, os sinais precedentes aumentam e um inchamento do osso aparece. Este inchamento, que pode ser o primeiro sinal, faz corpo com o osso e estende-se quer a todo o osso quer a uma parte do osso. Neste momento, a atrofia dos musculos da região doente aumenta e a temperatura local é um pouco mais elevada. As fungosidades que infiltram o periosteo começam, então, a sofrer a transformação caseosa no centro e constitue-se então, desnudando o osso e circunscrito por uma membrana tuberculogenia, uma coleção purulenta tuberculosa. Esta coleção pode ficar um certo tempo sob o periosteo, mas tem tendencia a emigrar para o exterior, tomando o caminho mais favoravel, sempre precedido de lesões inflammatorias e de lesões destrutivas nitidamente tuberculosas. O pús é habitualmente seroso, bem ligado; encontram-se globulos verme-

lhos, gordura e raramente o bacilo de Koch, pelo menos em quantidade apreciavel.

*Terceiro periodo* — É caracterisado pelas grandes deformações e pela abertura, geralmente á pele, do foco tuberculoso. Quando a supuração chegada á pele se infeta, temos um pús flegmonoso e que poderia impôr-se por pús dum abcesso quente; outras vezes é uma fistula que se forma, é um trajeto que dá saída ao pús, o qual pode conservar por muito tempo o seu caracter de pús frio.

A cura produz-se muitas vezes; tudo depende do terreno, do periodo em que começou o tratamento e da intensidade deste. Num fistuloso a cura ainda é possível, mas muito difficil; ha sempre uma deformação do osso mais ou menos acusada, segundo os casos. Compreende-se que as lesões das cartilagens, as eliminações dos sequestros arrastem alongamentos, encurtamentos, anquiloses ou atrofiás. A persistencia de fistulas é sempre dum mau prognostico; contudo este modo de terminação pode ser compativel com uma boa saude geral e um pouco de esforço funcional.

O osso doente fica tumefacto e condensado. Neste caso o doente está exposto á generalisação da tuberculose. A morte pode ser a consequencia

da invasão duma grande articulação, da abertura dum abcesso numa cavidade esplanchnica, mas produz-se sobretudo pela generalisação da bacilose ou pela degenerescencia amiloide das visceras, causada pela prolongada supuração.

### III

Pelo que respeita aos ossos de bacia, que são os que mais interessam para o nosso caso, a tuberculose pôde localizar-se, 1.º sôbre o ischion; 2.º sôbre a região superciliar do ilion; 3.º sôbre o pubis; 4.º sôbre o ramo ischio-púbico.

*Tuberculose do ischion.* — É esta a fórma mais freqüente e, segundo as estatísticas de Ménard, dois caracteres se encontram em todos os doentes: um foco volumoso contendo um ou vários sequestros, um abcesso sintomatico. A destruição ossea é sempre muito extensa e segundo as observações de M. Lance, o ramo ischio-púbico é destruido ao mesmo tempo que uma parte do ischion participa do processo. O abcesso tem a sua séde na parte inferior da nadega e vai abrir-se habitualmente na parte superior da coxa, abaixo do músculo grande nadegueiro. Geralmente são doentes que vem consultar como atingidos de coxalgia e

quási sempre no período de fistulisação. Encontramos em Ménard a descrição de um caso que apresentava um abcesso sôbre a face posterior da coxa, imediatamente abaixo do bordo inferior do grande nadegueiro e oferecia o volume duma laranja. A origem deste abcesso não podia ser colocado na anca; os sinais de coxalgia, evidentes, como dissemos, no período do abcesso, faziam falta, todos os movimentos eram livres, salvo a flexão, limitadô pela presença do abcesso abaixo da nadega. A face anterior da região da anca conservava a sua forma e a sua flacidez normais. O grande trocanter estava em posição normal. O doente mal claudicava. O abcesso também não vinha da coluna lombar, de que a mobilidade era perfeita e não oferecia nenhuma deformação. Depois de excluir o mal de Pott e a coxalgia, só se podia filiar a partida provável do abcesso no femur ou nos ossos da bacia. Ao femur não pertencia, porque acima do abcesso, na parte inferior e interna da nadega, a mão sentia uma resistênciã profunda, uma massa arredondada fazendo corpo com o ischion.

Período de fistulisação. — O numero de fistulas é variável, póde haver uma ou várias e estão habitualmente na visinhança da prega internadegueira. Aqui, como nos casos de abcesso formado, a exclusão do mal de Pott e de coxalgia é sem difi-

culdades, e o problema clínico consiste principalmente na pesquisa dos trajectos fistulosos. Um estilete introduzido nos trajectos termina profundamente sôbre o ischion, quando as fistulas podem ser exploradas assim.

*Tuberculose do ilion.* — Podem-se encontrar focos tuberculosos sôbre todos os pontos do ilion, mas correntemente é sôbre aqueles pontos em que o tecido esponjoso é mais abundante; estes pontos são: região superciliar, crista iliaca, parte posterior do ilion.

*Tuberculose de região superciliar.* — Os tuberculos localizados sôbre este ponto são excepcionais; Ménard só refere dois casos. Cada um deles apresentava um abcesso na parte antero superior da coxa, aberto num e fechado noutro. Anatomo-patologicamente estamos em face duma caverna de pequenas dimensões muito visinha da articulação coxo-femural. O dedo introduzido nesta caverna sente, atravez da cartilagem diartrodial, os movimentos da cabeça femural quando se muda a attitude da coxa. Num dos doentes de Ménard, os sintomas de coxalgia appareceram; a cartilagem diartrodial, unica barreira de defeza, deixou-se penetrar pela invasão tuberculosa. Este facto mostra anatomicamente a passagem de juxta-coxalgia a uma coxalgia confirmada.

*Tuberculose de crista iliaca.* — Esta tuberculose

assemelha-se muito à coxalgia pela claudicação, limitação de movimentos, associados com a presença dum abcesso. Mas a conservação dos movimentos numa grande extensão põe de sobreaviso e descobre-se uma tumefacção ligada à parte superior e anterior do osso iliaco. Algumas intervenções foram feitas no hospital de Berk em doentes portadores destas lesões e encontrou-se o seguinte: nuns, uma caverna situada abaixo da parte anterior da crista iliaca contendo um pequeno sequestro; noutros, as alterações eram muito mais difusas, vasto descolamento de fossa iliaca externa ou uma caverna tuberculosa de que a parede externa fazia completamente falta.

Tuberculose da parte posterior de ilion. — Esta variedade anatomica não é muito rara. Os accidentes que se lhe ligam, dôr, tumefacção, abcesso, tem pouca relação com a coxalgia. E' com as alterações do sacro ou da coluna lombar que se pôde clinicamente confundir. Esta tuberculose apresenta-se o mais das vezes sob a fórmula de excavações fungosas ou de cavernas contendo ao mesmo tempo fungosidades e pequenos sequestros.

Tuberculose da face interna de ilion. — Neste caso, encontra-se em geral um trajecto fistuloso que conduz à face interna do osso iliaco. E' assim que, num doente operado 1895 no hospital de Berk, uma fistula da parte posterior da nadeга

passava por cima da parte posterior da crista iliaca e terminava na face interna do osso, na visinhança do sacro, em um foco tuberculoso, contendo um sequestro.

*Tuberculose do pubis.* — Esta localização tuberculosa é pouco freqüente e Gouilloud, aluno de Ollier, não encontrou, nas suas observações, senão quatro casos. Esta osteíte pôde existir sôbre o corpo do pubis, sôbre o ramo ischio-púbico e ao mesmo tempo sôbre o corpo e o ramo ischio-púbico. Geralmente a tuberculose púbica desenvolve-se insidiosamente, não ocasionando nenhuma perturbação sensível e a primeira manifestação é de ordinário o abcesso sintomatico. Este, tem duas sédes principais: a parte interna da coxa (é o caso mais freqüente) e região hipogástrica. O abcesso de raiz da coxa é situado exactamente na parte interna de virilha, na prega genito-crural ou ainda na região dos adutores. É ordinariamente pouco doloroso. Podem existir uma ou várias fistulas. Aos abcessos e fistulas da região inguinal ou genito-crural ligam-se a claudicação e o esforço para certos movimentos da anca; os abcessos ou fistulas hipogastricas causam, por excepção, perturbações do lado da anca, consistem na claudicação e na presença de abcesso ou fistula, perturbações estas que muito concorrem para a confusão com a coxalgia; mas se se tratasse duma coxalgia, seria

uma coxalgia supurada, fistulosa, antiga e portanto caracterizada por sinais próprios bem evidentes. São raríssimas as perturbações vesicais, que aliás não são sempre ligadas a abcessos hipogástricos. Duplay cita o caso dum rapaz de 9 anos portador duma fistula na virilha e uma segunda fistula na margem do anus; no fim dum certo tempo sobreveiu a incontinença das urinas, leve primeiro, depois agravado, e sendo o doente operado só no fim de vários mezes, tiraram-lhe um sequestro da face posterior do pubis. Ollier cita também dois casos em que havia perturbações vesicais.

*Tuberculose do ramo ischio-púbico.* — Anatomicamente encontra-se um foco tuberculoso destruindo o osso, que se abre para fóra por um tracto fistuloso, que póde estar situado na face interna da raiz da coxa. Ménard apresenta um caso: Uma fistula situada na face interna da raiz da coxa direita conduz a sonda para a extremidade interna da virilha atravez do intersticio de pectineo e dos adutores. Depois da abertura larga deste foco; constatou-se uma destruição duma parte do pubis e dos dois terços superiores do ramo ischio-púbico. Pequenos sequestros tinham sido encontrados no tracto fistuloso a alguma distância de pele.

Tendo assim passado em revista as localizações da tuberculose óssea, nos locais em que ela se póde

ter implantado no nosso doente, vejamos, antes de procurar definir quais os pontos ósseos que nêle foram lesados, a anatomia patológica e a sintomatologia duma outra importante localização que êle também apresenta: a da articulação coxo-femural.

#### IV

Compreende-se bem que as osteites que tem a sua sede na vizinhança duma articulação, possam levar o processo até esta, provocando uma artrite. Assim, para a articulação coxo-femural são as osteites do osso iliaco, affectando as formas que acabamos de enumerar, e as osteites da cabeça do femur. O processo continuando a sua invasão destrutiva, atinge a capsula, perfura-a e constitue assim a artrite. Os estudos feitos sobre a *anatomia patologica da coxalgia*, mostram que esta consiste em lesões destrutivas das superficies articulares, descolamentos destas superficiaes e abscessos tuberculosos.

O começo anatomo-patologico da coxalgia é habitualmente o seguinte: o foco tuberculoso attingindo a parte ossea manifesta a sua acção pelo adelgaçamento, ulceração que pode ser compressiva ou tuberculosa propriamente dita e descola-

mento das cartilagens articulares. Desta forma de inicio anatomo-patologico, derivam naturalmente os *primeiros sintomas* da afeção articular. Por isso a coxalgia começa em geral por claudicação, limitação dos movimentos da anca, dôr, espessamento da pele e do tecido celular sub-cutaneo. A hipertrofia ganglionar aparece como sintoma infecioso desta osteite. Neste momento a marcha do doente é característica: os dois passos são desiguais, o apoio sobre o pé do lado doente é mais curto, a duração de dois passos sucessivos é desigual, a oscilação do membro doente é mais lenta que a do lado são. Quando a claudicação não é muito evidente, basta ouvir o ritmo desta marcha para o distinguir com clareza. A extensão da coxa é menos completa do lado doente e este facto parece ser a causa principal da claudicação.

Casos ha em que a coxalgia começa brusca-mente por uma osteite aguda. A criança é então tomada subitamente por uma dor violenta na região da anca. O membro doente é fixado pelas contraturas. A sensibilidade é extrema. A confusão aqui é possível com o reumatismo articular agudo ou com uma osteomielite da bacia ou do femur. A confusão é tanto mais para temer, quanto o sintoma doloroso e as contraturas são acompanhadas dum febre violenta com transpiração difusa. A acalmia que sobrevem poucos dias depois, deixa

o doente isento da dor e da febre. Em breve encontramos-nos deante dum quadro de coxalgia de marcha lenta.

Desde que estes sintomas se tornam mais acentuados, o diagnostico é evidente e a doença entra francamente no seu *segundo periodo* que persiste até á aparição, quer da luxação quer dos abscessos. Assim compreendido, o segundo periodo da coxalgia forma um quadro no qual se encontram os sinais do inicio mas mais acentuados.

O inchamento da região da anca aparece neste periodo e anuncia muitas vezes o abscesso. A limitação dos movimentos é acentuadissima. Num grau mais elevado, todos os movimentos ativos e passivos são por assim dizer abolidos. As atitudes viciosas começam a fazer a sua aparição.

A dôr é um sintoma inconstante e variavel. Um certo numero de doentes em que a coxalgia é lenta, atravessam todas as fases da sua afeção sem sofrer, mesmo que o tratamento tenha sido irregular ou mesmo nulo. O estudo da dôr acusada pelo doente no curso da coxalgia deve ser feito em duas circunstancias diferentes. A pratica obriga a distinguir a dôr precoce e a dôr tardia. Estes dois termos, não implicam uma data precisa, mas antes uma relação. A dôr precoce pertence á tuberculose antes duma alteração notavel das superficies, antes da accumulção das fungosidades. A dôr tardia so-

brevém numa epoca em que as alterações são mais francas, em que o processo tuberculoso deformou os ossos e sobretudo destruiu as partes moles. Ha uma associação quasi constante entre a dôr precoce e as contraturas.

Em summa, na maior parte dos casos, as dôres espontaneas, as dôres á pressão, não atingem uma grande acuidade. De resto, calmam-se em geral espontaneamente sob a influencia do repouso. As dôres tardias são em geral mais persistentes e mais agudas; não estão só em relação com a fadiga da marcha, porque se associam ás contraturas musculares e ao empastamento da região da anca e tem um grande significado anatomico e clinico, porque anunciam muito frequentemente o abcesso, calmando-se quando este está formado. Um sintoma especial, muitas vezes associado á dôr e ás contracturas, é o grito noturno. E' um grito inconsciente podendo produzir-se uma ou varias vezes durante a noite. Não se pode confundir este grito inconsciente, que não interrompe o sono, com a insonia acordada pela dôr. Para explicar este fenomeno que parece de ordem reflexa, tem-se invocado sobretudo a invasão pelo sono, do sistema muscular em estado de vigilia, á volta da anca doente. Boeckel diz que o uso dum aparelho immobilizando a anca, suprime os gritos noturnos. Neste periodo aparecem tambem distrofias que não limi-

tam a sua acção á coxa ou á região nadegueira, mas a todo o membro.

Todos estes sintomas se vão acentuando até ao *terceiro periodo* que é caracterizado por dois sintomas que traduzem alterações anatomicas mais graves, quer das superficies articulares quer das partes moles. As deformações e os deslocamentos das superficies articulares tem por consequencia uma attitude viciosa do membro. A accumulção das fungosidades e do pús tuberculoso na anca e a sua saída para fóra da articulação arrastam a formação dos abcessos. Daí dois grandes sintomas a estudar sucessivamente: deformação e deslocamento das superficies articulares. A descripção classica, segundo a qual o terceiro periodo da coxalgia é caracterizado por luxação da anca, é muito imperfeita. A luxação propriamente dita da anca é excepcional. As deformações e os deslocamentos das extremidades articulares, que não são luxações, mas que arrastam consequencias ortopedicas de grande importancia, são pelo contrario de observação comum. A anatomia patologica nos ensina que a luxação da anca na coxalgia, observada sobretudo na criança, consiste num deslocamento da cabeça femural. Esta cabeça não destruída sai da cavidade cotiloide e fixa-se sobre o supercilio cotiloideu ulcerado ou eleva-se mais acima na fossa iliaca. Ao lado da luxação, a ulceração profunda

quer da cabeça femural, quer do cotilo, arrasta um deslocamento importante, além da luxação. A destruição larga, ou total mesmo, da cabeça permite já a elevação do fêmur. O engrandecimento do cotilo para cima, associado com hiperostose do supercílio, favorece também a mesma ascensão do fêmur. Acontece frequentemente que a cabeça parcialmente destruída, contida neste cotilo engrandecido, sofre um deslocamento notável para cima sem deslocação articular, sem luxação.

Demoramo-nos um pouco na exposição das lesões da coxalgia, porque o nosso doente é agora um coxalgico, em que a lesão articular se estabeleceu consecutivamente a lesões osseas de evolução muito lenta. Houve focos de osteíte que fizeram o seu desenvolvimento, durante muito tempo, sem tocar a articulação. Foram focos purulentos que se desenvolveram no osso ilíaco e produziram abscessos em regiões diferentes, atingindo no seu trajeto as vias urinárias, e só depois perfuraram a capsula articular, chegaram á articulação e produziram a coxalgia. O conhecimento das manifestações clinicas desta, permite fazer o diagnostico actual e definir a evolução das lesões que levaram o doente, progressivamente, ao estado em que se encontra, com lesões multiplas que fizeram a sua aparição em épocas diversas. Assim procuramos elucidar e explicar, o mais completamente possível, os dados fornecidos pela observação clinica.

## V

O nosso caso é interessante pelo trajecto das fistulas, que abrindo-se em pontos muito diversos, estabelecem comunicação com a uretra membranosa. Que caminho terá seguido o pús para vir a dar tão caprichosas fistulisações?

Ponhamos de parte, por agora, a origem do pús e vejamos por onde, depois de chegado á uretra membranosa, sulcou os caminhos que o levaram até á pele. Procuremos esse caminho para cada ulceração cutanea por onde sai urina misturada ao pús, quando se faz a micção.

A ulceração abdominal corresponde aos seguintes planos anatomicos: tecido celular sub-peritoneal, fascia transversalis, musculos transverso, pequeno obliquo e grande obliquo. Finalmente o trajecto chega á pele atravessando o tecido celular sub-cutaneo e pele.

A comunicação desta região com a uretra

membranosa pode ter sido feita da seguinte maneira: o pús atravessa a fascia iliaca e tecido celular sub-peritoneal, assim se estabelece uma fistula que põe em comunicação a uretra com o abcesso e deste abcesso partiu, como já vimos, uma outra fistula para a pele e assim ficam em comunicação a uretra e a ulceração cutanea.

Para a ulceração da coxa temos o seguinte: o pús desceu por baixo da arcana crural acompanhando o loculo do psoas. Deu-se a seguir a perfuração do aponevrose e a ulceração da pele. E' este o caminho que se afigura mais provavel. Mas ha, como dissemos já, uma ligação inflamatória entre a ulceração abdominal e a da coxa, que podia levar a supor que a ulcera inferior seria uma propagação da superior, propagação feita superficialmente. Não parece que tal tenha sucedido, não só porque não se comprehende bem como o tracto assim superficial se tivesse conservado sem ulcerar a pele, mas tambem porque a supuração é desigual nas duas ulcerações, umas vezes maior numã do que noutra, sem ordem certa, o que indica bem a sua independencia, pelo menos á superficie.

Estabelecidas as ligações entre as ulceras e a uretra membranosa, procuremos vêr como é que o pús chegou dos focos de osteite até á uretra membranosa.

A historia da doença mostra que a primeira fistula foi a da nadega, seguindo-se-lhe com curtos intervalos, a abdominal e a da coxa.

Vindo da face interna do iliaco, de um ou mais focos, o pús deve ter formado um grande abcesso que abriu para traz até á ulceração cutanea e que para diante se estendeu até á região da uretra membranosa, descendo portanto ao perineo. Para chegar até ao lugar da ulceração posterior tinha que atravessar a fascia iliaca e o levantador do anus; assim chegava á fossa ischio-rectal e daí para o exterior rompendo a pele, trajecto facil de conceber, mesmo que o foco não estivesse nas partes mais posteriores do osso. Basta ver o que expusemos sobre as localisações da osteite tuberculosa no ischion e na face interna do iléon. Esse foco purulento, para chegar á uretra membranosa, precisava de ter seguido o seguinte caminho: fascia iliaca, levantador do anus e transverso profundo do perineo.

Terá sido assim? Tudo o leva a crêr, se bem que os trajectos do pús das osteites possam seguir os mais complicados caminhos, como é bem sabido, e o registam os livros de ensino, e seja exemplo o Manual de Diagnostico Cirurgico, de S. Duplay e Demoulin. Mas, por mais emaranhado que os casos possam ser, o que não vimos citado em parte alguma, tendo percorrido grande numero

de livros de ortopedia e clinica cirurgica e variadas revistas, é a comunicação do foco de osteite com a uretra membranosa e consecutiva comunicação com o exterior, dando lugar á saída da urina pelos orificios dos trajectos. Deve ser uma raridade um caso desta ordem.

## CONCLUSÕES

1.<sup>a</sup>— Trata-se de um caso de osteite coxo-femural consecutiva a osteites da visinhança com formação de um abcesso pelvico, de longa evolução, sem tendencia á formação de abcesso peri-articular; só mais tarde, o processo passou a invadir a articulação. Esta marcha está fóra das normas habituais da coxalgia.

2.<sup>a</sup>— O pús das osteites seguiu caminhos caprichosos, pondo em comunicação a uretra membranosa com as ulcerações externas, situadas em locais muito diversos, o que constitue uma raridade clinica.

3.<sup>a</sup>— Casos como este mostram como se podem encontrar quadros morbidos que se afastam notavelmente dos descritos nos manuais para estudos medicos e até nos tratados mais extensos de patologia. O clinico carece de ter sempre presente esta verdade, para bem conduzir o diagnostico e a terapeutica, sem os embaraços que ao seu espirito pode levar o atipismo das formas clinicas.

## BIBLIOGRAFIA

---

- F. CALOT — Orthopédie indispensable — Paris, 1911.  
P. TILLAUX — Traité de chirurgie clinique — Paris, 1900.  
L. TESTUT ET O. JACOB — Traité d'anatomie topographique — Paris, 1909.  
FORGUE — Pathologie externe — Paris, 1912.  
MÉNARD — L'étude sur la coxalgie — Paris, 1907.  
S. DUPLAY ET DEMOULIN — Manuel de Diagnostic Chirurgical — Paris, 1913.

---

Visto,  
*Almeida Garrett,*  
Presidente.

Pode imprimir-se,  
*Maximiano Lemos,*  
Director.