

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Do tratamento
• das
• coxalgias :

: TESE DE :

: DOUTORAMENTO :

Por:

António Alberto de Barros Lopes

COIMBRA
CASA TIPOGRÁFICA
—
1918

C
ACT
16
DP

Sala A
Est. 11
Tab. 2
N.º 20

No Osecrto Pri Rodempes
Mea ty. ^{no} Recp. ofense
ceem em abry o rem bus
dent to balha.

Antonio Ribeiro

Francisco

DO TRATAMENTO DAS COXALGIAS

INV. - Nº 2222

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

• **D** O TRATAMENTO :
• **D** AS COXALGIAS :

: TESE DE :

: DOUTORAMENTO :

Por:

António Alberto de Barros Lopes



BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

PC
MKT
616
LOP

COIMBRA
CASA TIPOGRÁFICA

1918

3333

Instituto de Medicina de Universidade de Coimbra

O TRATAMENTO
DAS COXAIGIAS

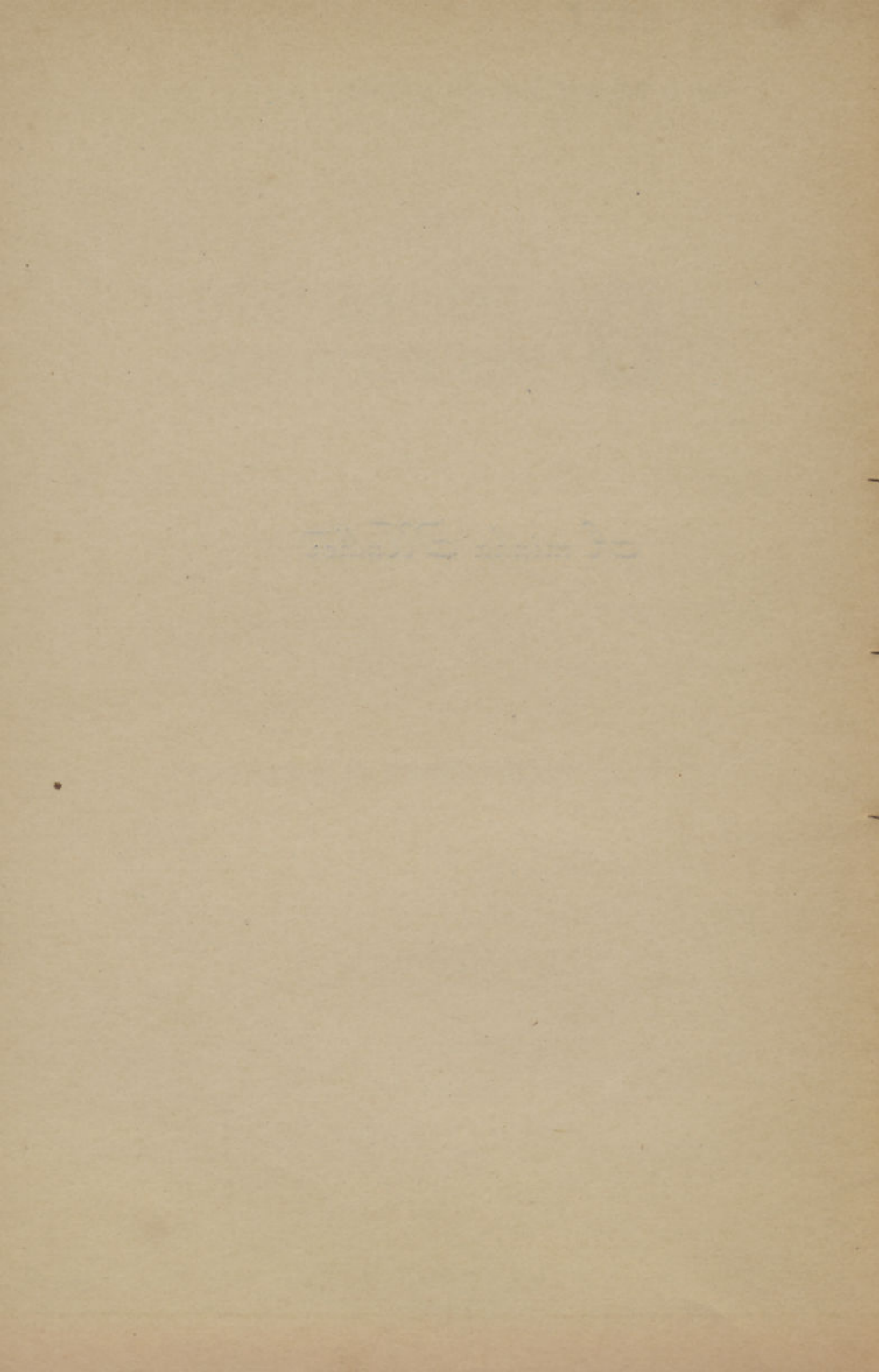
TESE DE
DOUTORAMENTO

Por:
António Ribeiro de Barros Lopes

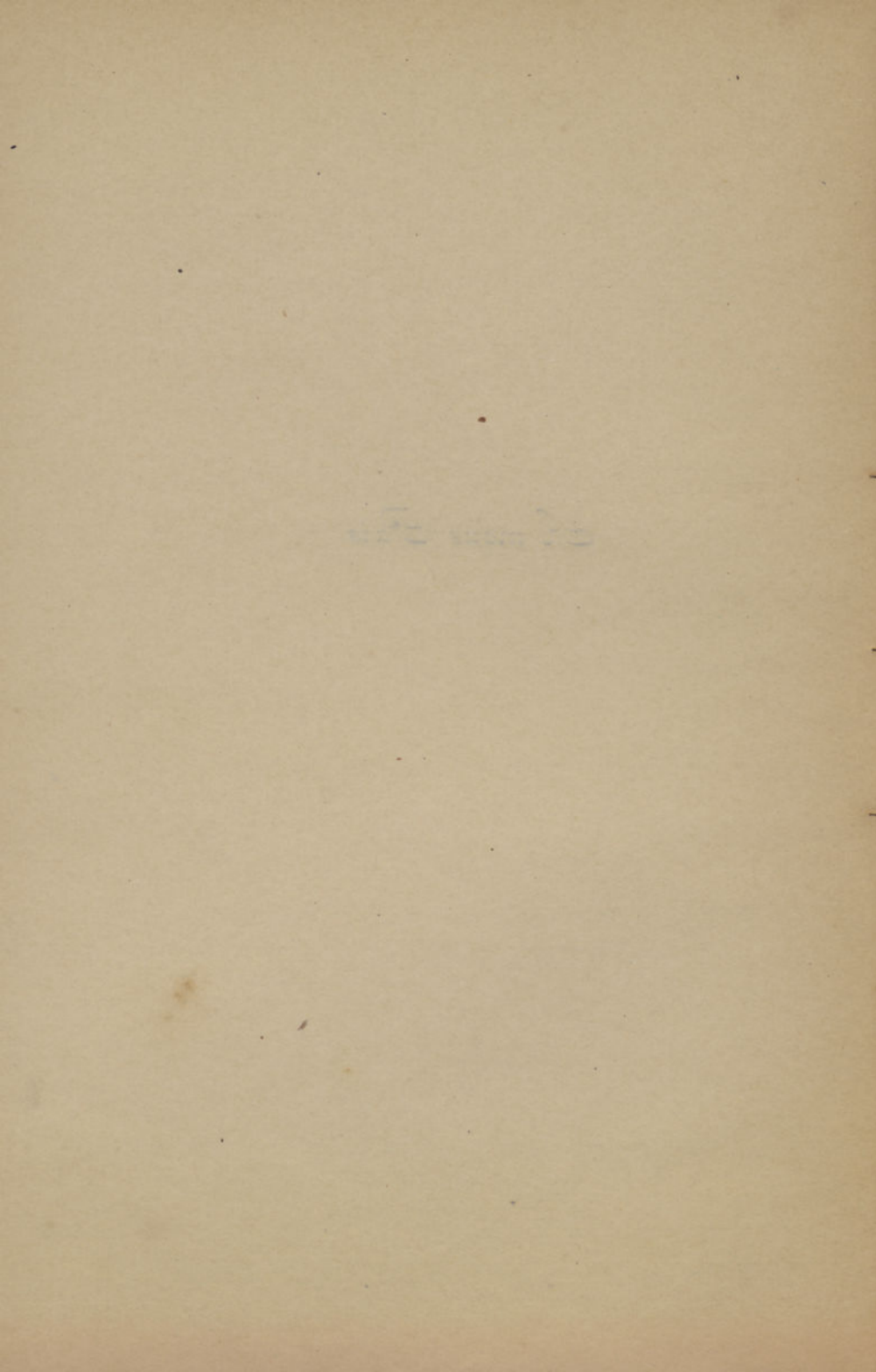


COMISSÃO
DE EXAME
1912

A minha Mulher

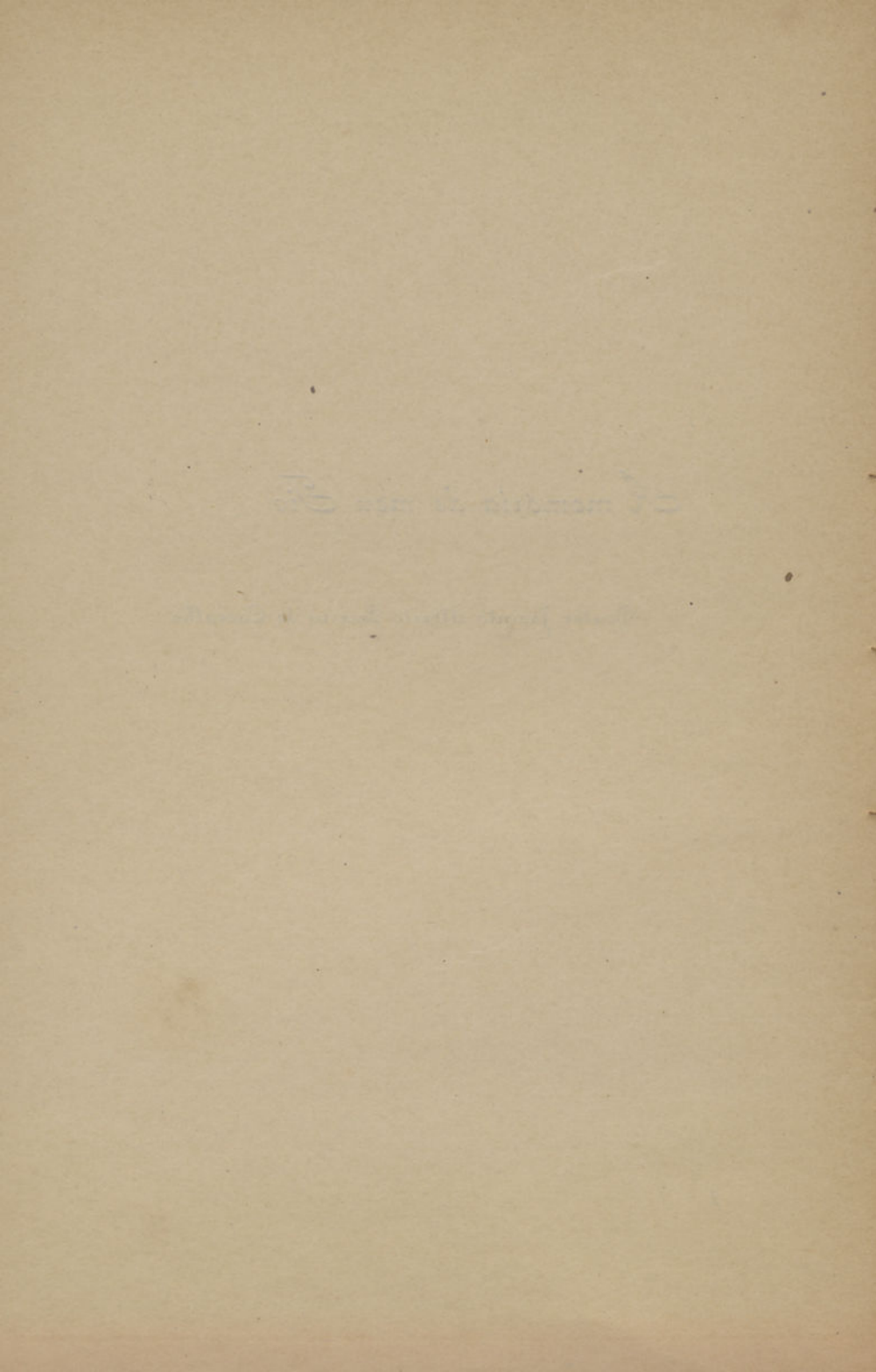


A meus Pais



A memória de meu Tio

Doutor Jacinto Alberto Pereira de Carvalho



Ao meu presidente de Iese,

o Ilustrissimo e Excelentissimo Senhor
Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca.

Como homenagem às suas nobres
qualidades de caracter e ao
seu talento de professor con-
sagrado.

PREFÁCIO

Aos meus Condiscipulos e Amigos

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
500 FIFTH AVENUE
NEW YORK

PREFÁCIO

Só um dever imperativamente imposto, me poderia obrigar a vir à publicidade tratar d'este assunto.

No entanto, é de fácil compreensão que na hora agitada que passa jamais se pode ter a serenidade indispensável para com eficácia e cuidado, apreciarmos qualquer problêma do fôro médico ou cirúrgico.

Mas muito ao contrário só se poderia estudar e precariamente um ponto da medicina ou cirurgia que pela sua natureza especial não exija um elevado coeficiente de trabalho e não obrigue a uma muito cuidadosa atenção.

E isto, porque, quem tendo deante de si a necessidade inadiável de entrar na vida prática, não pode preoccupar-se com minuciosidades de detalhe, que, aos candidatos a qualquer grau do professorado, se impõem, por vezes, irrecusavelmente.

Quere isto dizer que o trabalho que apresento como tese de doutoramento é uma obra leviana e de acaso, feita para me desobrigar tão sómente duma obrigação legal? De nenhuma maneira.

Mas o que significa, é que terá, talvez, muitas defi-

PREFÁCIO

ciências, porque o tempo de que disponho não comporta de qualquer modo a aturada assiduidade que por certo o assunto requer.

Fui obsequiosa e gentilmente orientado pelo professor ilustre que é o Ex.^{mo} Senhor Doutor Bissaya Barreto e a S. Ex.^a devo conseqüentemente, em ensinamentos e atenções, a maior parte dos conhecimentos aqui expendidos.

Ao Doutor Bissaya Barreto, os meus melhores agradecimentos.

Mas, nem por isso esta obra poderá encontrar-se izenta de defeitos, porque tudo é visto através do meu critério pessoal e cerzido na precepitada intenção de não perder tempo.

No entanto, confio, que o júri que me há de julgar interpretará com benevolência as dificuldades com que lutei.

INTRODUÇÃO

Entre os livros que ultimamente temos lido, um houve que nos prendeu sobremaneira a atenção.

Foi o — *Sol em Cirurgia* — do Ilustre Professor BISSAYA BARRETO.

É que quem, como nós, frequenta os serviços de cirurgia dirigidos por Sua Ex.^a vê frequentemente saírem doentes sem nenhuma deformidade aparente, com esplendido aspecto, a satisfação cantando-lhes no olhar alegre, sem claudicarem, e que meses antes entraram enfesados, febricitantes, polvilhados de focos supurados, de múltiplas lesões, extensas e variadas dos seus aparelhos, ósseo e ganglionar, com os membros, em posições viciosas, resultado fatal e formidável da terrível tuberculose.

Como foram tratados? Pelo sol.

Mas só pelo sol, só com a helioterápia é que se curou essa pleiade de artrites? Foi só com o sol e com a extensão contínua que se desfizeram tantas contracturas e se restabeleceu o equilíbrio dos movimentos? Não

INTRODUÇÃO

Associou-se à helioterápia a imobilização. É que, afirma o DR. BISSAYA BARRETO: — « *A imobilização não pode ser dispensada no tratamento das artrites pela helioterápia* ». —

É pois esta imobilização adoptada e preconizada por Sua Ex.^a que nós vamos estudar.

Não é a imobilização absoluta pelos aparelhos engessados fechados que arrastam a uma imobilidade rigorosa, mas a imobilização pelos chamados aparelhos engessados amovíveis, que sendo duma perfeita rigidês e duma exacta adaptação sem a adjacente compressão, determinam *imobilização relativa*, e permitem a acção directa da luz solar adicionada à extensão contínua.

É dêste processo de imobilização dos artríticos que vamos tratar, e como a artrite que em maior número vêm à clínica cirúrgica é a dos doentes portadores de coxalgias, tratamos por isso mesmo dos processos de imobilização das coxalgias.

Mas antes de entrar na apreciação desta face

particular do problema queremos lançar uma vista de conjunto sôbre a etiologia das artrites tuberculosas.

As artrites são, por via de regra, de natureza tuberculosa e algumas vezes sifilítica. É claro que, estas causas não constituem os únicos dois elementos de diagnóstico etiológico, mas dominam-no quasi inteiramente. E isto, porque as artrites pódem ser produzidas por traumatismo, ou ainda como manifestação de reumatismo, tendo nos adultos sempre que precaver-nos para a hipótese da blenorragia.

Neste caso há que ir pedir à investigação bacteriológica a confirmação ou não da existência de gonococcus.

Há ainda que considerar a hipótese de tabes, mas, acima de tudo, devemos sempre tentar, para um diagnóstico diferencial de todas estas modalidades artríticas, o tratamento pelo sol para termos a certeza se se trata ou não duma artrite tuberculosa porque é éste o caso que deve sempre apresentar-se-nos como mais provável.

Artrites tuberculosas

HISTÓRIA

Ocupamo-nos especialmente destas artrites, porque a maioria das artrites crônicas, em virtude da preferência que o bacilo de KOCK dá ao tecido ósseo e serôso estão intimamente ligadas na anatomia articular. Os nomes de LAENNEC, VILEMIN e ROBERTO KOOK devem ser lembrados num estudo de apreciação desta forma de artrites, porque tendo os seus nomes ligados respectivamente à unidade bacilar, à inoculabilidade e à descoberta do agente bacteriano da tuberculose, podem ser considerados como os três precursores máximos da história desta doença.

Mas já numa época mais dilatada os sucessores de HIPPOCRATES se referiam às ultimas conseqüências da tuberculose articular — anquiloses, abscessos frios ou uxações espontâneas.

Referindo estas, ASCLEPIADE notifica pela primeira vez a fungosidade. RICHARD, WISEMANN cognomina-os de tumôres brancos. REIMAR, BAUBILLA, DELPECH, tomando nota da fungosidade, dão-lhe o nome de tumores fungosos.

No entanto há quem afirme que o traumatismo « não é senão uma causa determinante que fixa sobre a articulação um princípio mórbido que existia já na economia. »

É isto, afinal, a repercussão das teorias de autogenese, que afirmam serem sempre todas as afecções determinadas por especiais condições do organismo e favoráveis condições nosológicas que os agentes bacterianos aproveitam para fazerem a sua eclosão.

OLLIER e CHAUVEAU demonstravam desde 1874 a natureza tuberculosa e por isso mesmo iminentemente contagiosa, das fungosidades articulares. E isto, em virtude da inoculação que fizeram em vários animais.

Para completar a história da tuberculose e as diferentes faces como pode ser encarada esta doença,

veiu a descoberta do agente bacteriano pelo professor ROBERT KOCK, que pôs em evidência o bacilo que mais tarde devia ser consagrado com o seu nome.

ETIOLOGIA

O bacilo da tuberculose penetra no organismo em virtude de causas diversas para se localizar em determinada articulação. Essas causas podem referir-se ou ao indivíduo infectado, ou à articulação atingida, ou ainda a circunstâncias extrínsecas de que o traumatismo ocupa o primeiro plano na opinião de LISFRANÇ.

Evidentemente que os primeiros resultam fundamentalmente do estado do organismo do indivíduo atingido, da energia e disciplina das suas defesas orgânicas, da sua resistência e receptividade, e por isso mesmo nós podemos inumerar as causas que favorecem a evolução do bacilo nas: — doenças infecciosas, febres eruptivas, intoxicações, surmenage

física e intellectual, a hereditariedade e até o sexo e a idade.

E isto porque a etiologia da tuberculose em geral é indiscutivelmente a mesma de que a das localizações articulares.

A tuberculose pode instalar-se em todas as articulações, mas tem no entanto uma preferência especial pelas articulações do membro inferior, e a ordem desta preferência, é o joelho, anca e articulação tibiotársica.

Êste facto explica-se talvez pela fadiga determinada na marcha, pela attitude bípede, mas ainda e sobretudo, pela natureza dos epífeses inferiores, que sendo rica e largamente vascularizadas, favorecem assim a invasão bacilar.

A tuberculose assim acantonada nas articulações pode determinar lesões congénitas ou adquiridas. Com effeito se a artrite vulgar se observa de preferência nas luxações congénitas, o verdadeiro tipo de artrites tuberculosas, é raro nas congénitas, segundo NOVÉ-JOSSENAUD.

É claro que nas artrites adquiridas devemos ainda distinguir dois grupos — artrites adquiridas espontâneas e artrites adquiridas traumáticas.

Os traumatismos têm quasi sempre como consequência a eclosão duma artrite tuberculosa.

CAPÍTULO I

Artrites

O título dêste capítulo poderá à primeira vista induzir no êrro de supôr que eu vou tratar das artrites, quando o que tento é tão somente fazer uma rápida e concisa referênciã às diversas formas que as artrites podem apresentar na sua localização.

O meu intuito é ocupar-me só das coxalgias, mas desejo, no entanto, indicar sumariamente as outras artrites.

O leitor não terá, pois, que surpreender-se quando tiver lido êste capítulo, nem afirmar que foi logrado, supondo que encontraria aqui outras indicações como o título pareceria indicar.

Feita está prévia confissão passo a referir as artrites que mais se podem encontrar, referênciã subsidiária para o assunto que me propus estudar.

Artrite tuberculosa têmpero-maxilar

A artrite tuberculosa têmpero-maxilar é absolutamente rara. Pode dizer-se que não é senão uma osteíte

tuberculosa do rochedo que nos indivíduos novos se faz acompanhar de invasão tèmpero-maxilar. É claro que os movimentos articulares ficam preturbados e a mastigação é impossível, formando-se assim abcessos e fungosidades que se abrem na pele ou no canal auditivo.

Artrite tuberculosa externo-clavicular

É mais vulgar e parece deixar-se sempre acompanhar doutras lesões articulares sobretudo nos adolescentes.

A tuberculose da clavícula póde ser comparada à que invade os metacarpos e as falanges.

Podíamos falar ainda da artrite tuberculosa acrómio-clavicular, mas esta é muitíssimo rara.

A ósteo-artrite tuberculosa do cotovêlo é determinada por fungosidades em que se observam do lado do cúbito infiltrações periformes e necrose tuberculosa sôbre diversas formas.

O rádio é sujeito a variadíssimas alterações, mas os vasos e os nervos ficam, por via de regra, intactos ao contrário dos músculos e tendões que são dissociados por colecções purulentas, principalmente do braquial anterior e do tricípede.

Isto evidentemente nos casos de artrite purulenta, porque podem dar-se circunstâncias que não determinem a formação de puz e então teem uma verdadeira cárie sêca em que o cotovêlo é simplesmente tumefeito e as superfícies articulares são invadidas por sclerose. O cúbito é que é então o mais lesado.

São raras as artrites do punho, mas quando existem é o rádio o osso mais atingido e as ósteoartrites fungosas dos dedos aparecem geralmente nas crianças.

Sacro coxalgia

A sacro coxalgia é o tumor branco da articulação sacro ilíaca. Foi LARREY quem lhe atribuiu este nome. Depois de BOYER ter descrito a primeira cárie escrofulosa desta articulação.

Na história destas artrites, figuram os nomes de LANNELONG, PIERRE DELBET, OLLIER, GONILLOND e outros tratadistas que completaram com as suas observações os dados estabelecidos nalgumas importantes monografias consecutivas aos trabalhos de DELINEAU, DELEUS, HAHM etc.

São produzidos pela invasão do processo tuberculoso que tem como consequência uma maior ou menor destruição das superfícies articulares. Estas perturbações anatomo-patológicas determinam uma frequência de sequestros do lado do sacro em virtude da perda de substância sofrida pelo sacro e osso ilíaco. Estes sequestros são mais frequentes do lado do sacro por virtude do osso ilíaco ser menos profundamente atingido. As sacro coxalgias determinam quasi sempre abscessos, que tem uma grande importância. Estes abscessos podem ser considerados como intra pélvicos e extra pélvicos segundo a classificação de ERICHERICHSEN.

No entanto não se pode considerar em absoluto um abscesso como sendo intra ou extra pélvico.

Pode tratar-se dum abscesso extra-pélvico, que tenho contudo uma origem intra-pélvica.

Os abscessos extra pélvicos são posteriores porque provêm da parte posterior da articulação sacro ilíaca e podem localizar-se na região lombar imediatamente acima da espinha ilíaca postero-superior, ao nível da articulação sacro ilíaca, podem localizar-se abaixo dos nadegueiros perfurar o grande nadegueiro e chegar à pele e depois dirigir-se para deante e para baixo para a anca, outros veem seguindo o trajecto do nervo grande ciático que lhe abre caminho, descem pela prega do nadegueiro, avança pela face postero-interna da côxa, até à cavidade poplíteia.

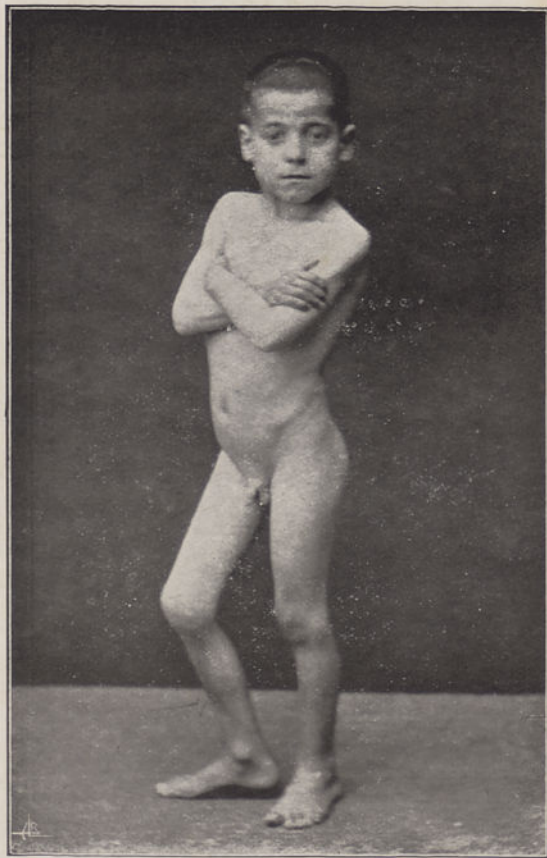
Os abscessos intra pélvicos são anteriores e resultam dum processo que atinge a parte anterior da articulação sacro ilíaca, e a parte antero-inferior da columna lombar. Estas colecções penetram por via de regra, na bainha do psôas e afloram no triângulo de scarpa ao nível do pequeno trocanter.

Estão por via de regra associados aos abscessos extra-pélvicos.

A sacro coxalgia é rara nas crianças e mais frequente no homem, tendo preferência pela idade dos 25 aos 30 anos.

Das artrites do membro inferior de que eu desejaria dar uma ideia geral para mais detalhadamente me ocupar das coxalgias, a mais importante é o tumor branco, do joelho, mas há tanto que dizer sobre esta lesão, que o trabalho que sou obrigado a apresentar se tornaria demasiadamente longo. Por isso vou já ocupar-me das coxalgias.





X..., 10 anos, portador duma coxalgia à direita

CAPÍTULO II

Coxalgias

As superfícies ósseas constituem, como de ordinário para todas as outras artropatias, o ponto por onde principia a infecção. Quando chega ao seu período de estado a coxalgia faz-se acompanhar dum cortejo que se não reduz a simples alterações ósseas e articulares, mas também de lesões musculares e dos gânglios e outras perturbações tróficas. A coxa é deformada pelo desaparecimento da prega inguinal e pelas bosseladuras, súlcos de fistulas produzidas na face externa ou antero interna por colecções purulentas.

O resto do membro inferior emagrece e por vezes edemacia-se.

As lesões sinoviais e ligamentosas quási que se circunscrevem ao ligamento redondo que desaparece rápidamente e ao ligamento de BERTIN, que embora mais resistente se deixa também invadir.

As lesões ósseas teem uma alta importância porque é necessário precisar a séde primitiva da invasão óssea, visto que a radiografia e as investigações operatórias demonstram que nenhuma das superfícies articulares foi poupada.

Estas lesões oferecem todos os característicos das osteítes tuberculosas o que já levou LANNELONG a

afirmar que a coxo-tuberculose é primitivamente óssea.

As lesões podem ser difusas e circunscritas, epifisárias e justa epifisárias, centrais e periféricas, condrais e sub periosteas, com lesões, ósseas e tróficas da vizinhança.

Mas não é só a tuberculose que influe nestas lesões, o factor mecânico da compressão desempenha um papel importante na produção de luxações ou sub-luxações que se effectuam sempre no sentido em que exerce a pressão devido às atitudes viciosas e às contracturas musculares.

A extremidade superior do fémur fica sem cartilagem de revestimento e o tecido ósseo subjacente toma um aspecto avermelhado, toucado por uma camada fungosa. Segundo LANGOLPHE « este descolamento fácil da cartilagem diatrordial é absolutamente característico do processo tuberculoso ». Às vezes mesmo desaparece quasi inteiramente a cabeça do fémur, ficando em seu lugar fungosidades e cavidades em godets cheias de tecido canceroso.

Para se poder calcular a extensão das lesões é necessário fazer um traço de serra vertical e paralelo ao eixo maior.

Os pontos da superficie óssea atingidos de necróse aderem às trabéculas vizinhas ou são separados por botões fungosos. A cavidade cutiloide é deformada. As lesões cartilaginosas consistem fundamentalmente nos descolamentos, adelgaçamentos e ulcerações que são suficientes para produzirem a luxação, sobretudo nas criaturas novas em que a cartilagem predomina à altura das extremidades articulares. As lesões femurais são por via de regra superficiais. Quer sejam circunscritas, quer sejam difusas, deformam de tal maneira a extremidade do

fémur que lhe modificam por completo a sua forma, de maneira que o colo cirúrgico fica reduzido ao precário aspecto dum apêndice inclinado em ângulo variável sobre a diáfise.

Póde produzir-se no decurso duma coxalgia qualquer luxação brusca determinada por um traumatismo e isto porque o fémur possui maior facilidade de deslocação quando a cápsula e os ligamentos são menos resistentes ou se encontram mais profundamente lesados.

A cavidade cutiloide é sempre atingida por uma deformação acentuada em virtude da hipertrofia e algumas vezes perfuração. As lesões mais avançadas são aquelas que se vêem na parte postero-superior da cavidade, porque é aí que se exerce principalmente a ulceração compressiva. A perfuração localiza-se na maior parte das vezes no fundo da cavidade, porque, sendo ela aí muito mais espessa, consequentemente muito menor resistência oferece.

A perfuração não significa, desde logo, comunicação entre a cavidade cutiloide e a bacia, porque o espessamento do periosteo e a aponevrose subjacente é bastante durante algum tempo para obter o orifício produzido pela perfuração.

O fémur, em virtude das lesões sofridas, é sempre mais curto que o do lado são. As luxações de que já falámos nem sempre são determinadas por traumatismos de qualquer ordem, mas sim por um deslocamento da cabeça do fémur, que falta dos seus ligamentos facilmente póde ser arrastada sobre a bacia pela contractura das massas musculares.

Os sequestros encontram-se de preferência em volta da cavidade cutiloide e principalmente à altura do isquion. Os sequestros do fémur são raros, mas podem também assumir grandes dimensões e atingir



então a totalidade da cabeça ou do colo cirúrgico. Na coxalgia estes sequestros têm para o seu estudo clínico uma grande importância, porque podem ser a séde de supurações permanentes para as quais só há um meio eficaz — a recessão.

As coxalgias arrastam por vezes como consequência abcessos que podem ser séceis ou pediculados e que irradiam em todos os sentidos da articulação e que devem ser sempre considerados como estando ou tendo estado em comunicação directa com a cavidade articular.

Se a coxalgia tem a sua eclosão durante a infancia, produz deformações pélvicas duma grande importância, sobretudo na mulher.

A bacia assim viciada pertence ao tipo obliquo ovalar de NEGELÉ, o que traz mais tarde, na ocasião do parto, complicações que podem ser graves quer para o filho quer para a mãe.

Etiologia

A invasão da côxa pode ser a consequência duma infecção feita durante a vida intra-uterina, e no feto podem apresentar-se todas aquelas lesões profundas que mais tarde se vão encontrar no adulto. A prática adotada por muitos pais no sentido de tornar forte e vigorosa a criança, para o que a submetem a marchas fatigantes e extensas, são causas adjuvantes da predisposição, se não causas determinantes.

É que a côxa torna-se o suporte de fadigas acentuadas principalmente nas crianças. No entanto estas doenças infecto-contagiosas têm uma influên-

cia patogénica e importantíssima na etiologia dos coxálgicos.

Por ordem da importância destaca-se primeiro a tuberculose e seguidamente o sarampo, as febres eruptivas, a escarlatina e a coqueluche.

É bem verdade que os coxálgicos podem ter a sua eclosão em todas as idades. Mas apresentam o seu máximo de frequência entre os cinco e os dez anos, sendo raras antes dos dois anos e excepcionais depois dos vinte e cinco.

Sintomatologia

Em três períodos se pode enquadrar a evolução clínica dos coxálgicos:

- 1.º período — período de início ou de diagnóstico, com sintomas insidiosos e irregulares;
- 2.º período — período de estado com aparente alongamento, atitudes viciosas caracterizadas pela flexão, abdução e rotação para fóra.
- 3.º período — período de terminação em que aparecem os abscessos, as fístulas e as luxações patológicas.

Esta divisão corresponde mais a um quadro esquematizado de que a um quadro rigoroso que inflexivelmente comporte todo o cortejo sintomático agrupado pelos característicos diferenciais, apresentados nas diferentes fases da coxalgia.

É simplesmente um processo de metodização didática para o estudo a fazer sobre esta afecção e torná-lo eficaz.

Período de início ou diagnóstico. — Embora a coxalgia possa iniciar-se lenta ou bruscamente, o início lento é o mais vulgar.

A claudicação e a fadiga da marcha constituem o primeiro rebate sintomático da afecção.

E em face destes sinais bem objectivos há sempre que pôr desde logo a hipótese duma coxalgia e ir procurar os outros sintomas que constituem o seu cortejo sintomático, para assim estabelecer definitivamente o diagnóstico clínico.

Assim a coxalgia deve sêr investigada debaixo do ponto de vista clínico de ser ou não uma coxalgia supurada.

Coxalgia não supurada. — O quadro clínico da coxalgia é notável e importa bastante indicar os sintomas que estabelecem diferença com as outras afecções com que se poderia confundir.

Dor. — A dor pode ser duma intensidade notavelmente variada e assumir dois aspectos:

Espontânea ou provocada.

Dor espontânea. — Ela toma diversas formas, ora se caracteriza por um insidioso mal estar profundo, ressentido na anca, ora se nos mostra mais abaixo, do lado do joelho e é, por vezes, duma intensidade tão acentuada em relação à da anca que se pode ser induzido em êrro e afirmar que ela se localiza a articulação tíbio-femural.

A marcha e a fadiga aumentam muito esta sensação dolorosa.

Algumas vezes a dôr espontânea pode desaparecer durante um grande espaço de tempo para reaparecer mais tarde.

A prêga da verilha, a face interna e superior da coxa e até mesmo a nádega apresentam pontos dolorosos espontâneos.

As razões impostas para explicar esta diversidade de sédes dolorosas são variadas.

J. L. PETIT filiaa o facta na distensão sofrida pelo ligamento redondo.

VELPEAU e VERNNEIL atribuíam a causa à cápsula articular, particularmente à sua parte posterior.

No entanto nem por isso encontra fácil e completa explicação a sensibilidade em certos pontos, porque muitas vezes uma parte dolorosa à pressão não o é espontaneamente.

Dor provocada. — A dor provocada por pressão tem a maior importância.

A exploração directa faz-se sôbre a extremidade superior do fémur e cabeça femural quando o doente está deitado em decúbito dorsal sôbre uma superfície rígida, com a coxa estendida, exercendo com o index uma ligeira pressão na préga da verilha do lado suspeito, a um centímetro para fóra da artéria femural. Vai-se aumentando gradualmente a pressão exercida, se o doente não se queixou ainda, até que se manifeste a sensibilidade dolorosa.

Para controlar esta exploração exerce-se sôbre a cabeça femural do outro lado uma pressão idêntica, no sentido de investigar se provocamos uma sensação semelhante.

Deve repetir-se esta pressão dum e doutro lado, tantas vezes quantas sejam necessárias para nos assegurarmos se há ou não diferença.

É que deve sempre encontrar-se mais sensibilidade do lado atingido que do lado são.

Para a exploração directa da cabeça do fémur põe-se a côxa em flexão. O grande trocanter, por via de regra, não é doloroso, ao contrário do que succede com o pequeno.

Para fazer esta investigação prime-se a face

interna da coxa ao nível dos músculos adutores a alguns centímetros do ramo isquio-púbico. A dor é precedida, a maior parte das vezes, pela claudicação, o ouvido oferece ensinamentos mais preciosos do que a vista, porque há uma diferenciação no ritmo da marcha.

É o chamado signal de MAQUIGNON. As contraturas musculares são também para atender, por quanto se observarmos um doente deitado e imprimirmos movimentos à coxa lesada, um exame superficial ou mesmo cuidadosamente feito pode induzir-nos a erros graves, levando-nos á convicção de que a mobilidade é a mesma dos dois lados.

Para obviar a esta lamentável causa de erro, applica-se um dêdo á espinha iliaca antero-superior e flete-se ou estende-se o membro inferior e constata-se, então, que a bacia segue todos os movimentos do fêmur.

As contraturas musculares fixam assim o membro a uma posição viciosa, variável com as fases por que vai passando a doença e que são da mais alta importância.

A attitude viciosa predominante neste período é a flexão, abdução e rotação para fora.

Há flexão da bacia com inclinação lateral e abaixamento da espinha iliaca-antero-superior do lado doente.

A exploração faz-se limitando os movimentos.

Para isso fixa-se a bacia com uma das mãos enquanto que com a outra se puxa o joelho, estando a perna flectida sobre a coxa, e leva-se o membro, em todas as direcções, até ao limite dos movimentos possíveis — extensão e flexão.

Para a abdução o movimento é iniciado por uma flexão directa da coxa levada até 90°.

Depois tenta-se aumentar a abdução levando-a o

mais longe possível e se houver dor à pressão e uma limitação do movimento da abdução, pode-se afirmar que a anca está lesada.

Fica-se portanto com a certeza de que a anca está doente, mas não se pode afirmar, no entanto, que se trate duma coxalgia.

Necessitamos para isso investigar se existe ou não um alongamento aparente da perna atingida, facto que segundo CALOT constitue um sinal patognomónico da coxalgia.

Como já disse a bacia flecte-se e inclina-se lateralmente enquanto que a espinha iliaca antero-superior se abaixa do lado doente.

Assim descendo a bacia do lado doente o membro inferior acompanha-a na sua descida, o que determina o alongamento aparente da perna lesada.

E este alongamento é tanto mais aparente quanto é certo que do lado são a espinha iliaca antero-superior subiu, arrastando consigo o membro respectivo.

Medindo dos dois lados a distância que vai da espinha iliaca antero-superior ao joelho ou ao maléolo interno, quando o indivíduo está deitado, verifica-se que o membro aparentemente alongado é mais curto que o outro.

Este facto, que à primeira vista parece impossível, explica-se facilmente se repararmos que estando o membro doente em flexão e abdução, a espinha iliaca antero-superior, aproxima-se do côndilo interno, enquanto que do lado são se afasta, porque o membro está em extensão.

Constitue isto mais uma prova de que tanto o alongamento como o encortamento, são simplesmente aparentes e que desaparecem quando se coloca a bacia na sua situação normal.

Para obter esta posição fazem-se tracções sôbre o membro são até que as duas espinhas ilíacas antero-superiores estejam na mesma linha horizontal, o que se verifica unindo-as com uma fita métrica que se faz apoiar sôbre elas.

Pelo meio desta fita métrica e também pelo meio do púbis, faz-se passar uma outra fita métrica que deve ser absolutamente perpendicular à primeira.

Depois desvia-se o membro são até que êle tome a situação de abdução do membro doente e então mede-se dos dois lados a distância que vai das duas espinhas ilíacas antero-superiores à interlinha articular do joelho, à base da rótula ou à ponta do maléolo interno. Verifica-se então que o comprimento dos dois membros é igual.

Coxalgia supurada. — Se há flutuação, facilmente podemos descobrir um abcesso e a presença de fistulas indica-nos desde logo que há comunicação entre uma bolsa purulenta e o exterior.

O que importa então saber é a localização predileta dos abcessos para nos assegurarmos facilmente da sua existência.

Ora os abcessos frios podem ser crurais, nadegueiros ou pélvicos.

Os *abcessos crurais* procuram-se adiante na bainha dos vasos femurais ou ao lado deles; para fora, debaixo do tensor da fascia lata, para dentro ao meio dos músculos adutores da coxa, junto do buraco obturado.

Os *abcessos nadegueiros* são posteriores e conservam esta situação durante algum tempo, até que atravessam o médio e pequeno nadegueiro para, depois, descerem para a parte posterior da coxa e tornarem-se em abcessos nadegueiros crurais.

Os *abcessos pélvicos* nascem sôbre a face posterior da cavidade cutiloide e podem conservar-se na pe-

quena bacia ou saírem, subindo para a fossa ilíaca, para descerem depois, para a parte anterior da coxa.

Há também abcessos ganglionares com todos os característicos das adenites tuberculosas supuradas.

As fistulas têm a sua séde na prega da verilha, na coxa, na parede abdominal, na nádega e no perinéio, assumindo quasi sempre um trajecto sinuoso.

As luxações patológicas fazem-se lentamente e, por via de regra, no mesmo sentido, do lado da fossa ilíaca externa, encontrando-se o membro em flexão, adução e rotação para dentro.

Estas luxações para dentro podem produzir-se no buraco obturado; para cima e para dentro, no púbis; directamente para cima entre a espinha ilíaca antero inferior e a iminência ilio-pectínia; para baixo na chanfradura sciática e no isquion.

Estas variedades são contudo raras.

Os abcessos ossifluentes da coluna vertebral podem, também, por vezes, apresentar um quadro clínico aproximado do da coxalgia.

A aparição destes abcessos é precedida de dores que atraem a nossa atenção sobre o dórso e permitem reconhecer um ponto da coluna vertebral acen-tuadamente doloroso ou uma gibosidade.

No segundo periodo a attitude é a *flexão, adução e rotação para dentro*.

A bacia eleva-se um pouco do lado doente e o membro tem aspécto e oferece a impressão de ter encurtado.

Se tentarmos colocar os dois membros na mesma situação, usando um processo idêntico ao que foi indicado para a attitude do 1.º periodo, em flexão, abdução e rotação para fora, verifica-se pela mensuração, que o membro está, na realidade, encurtado.

É porque, com efeito, o fémur foi deslocado

para a cavidade cutiloide, tendo como consequência a ascensão da cabeça femural. É o que se chama luxação espontânea.

Entretanto a manobra de colocar os dois membros na mesma posição é muito difícil e algumas vezes mesmo impossível quando a adução excede a linha média, acompanhando as atitudes viciosas d'este período aparecem como sintomas adjuvantes a *atrofia muscular* caracterizada por uma acentuada assimetria das nadeugas e um abaixamento da préga nadegeira do lado doente e *engorgitamento ganglionar*.

A coxalgia tem, por vezes, outras associações tuberculosas, — principalmente a coxalgia dupla e o mal de POTT. A coxalgia dupla encontra-se no adulto, mas é, contudo, mais freqüente na criança. Por via de regra a eclosão das duas localizações não é simultânea e tem, ao contrário, um certo período de tempo a intervalá-las, algumas vezes mesmo a segunda coxalgia surge quando a primeira tem desaparecido.

Em qualquer dos casos constitue uma complicação bastante grave, porque, em virtude da depressão do estado geral do doente, o terreno é extremamente favorável à invasão tuberculosa.

Os abscessos são então constantes, e a cura torna-se muito problemática, o que quer dizer que nos casos de duplicidade coxálgica o coeficiente da mortalidade é muito elevado.

O diagnóstico das coxalgias deve ser sempre orientado com cuidado e atenção, porque é, por vezes, fácil tomar por coxalgia uma simples artrite infecciosa, osteo-mielite ou coxalgia istérica.

A rapidez da evolução, os grandes sintomas inflamatórios e a perferência pela idade e pelo sexo, são bastantes para nos orientar, evitando confusões que a sintomatologia inicial poderia permitir e autorizar.

TRATAMENTO

*« Tout médecin doit savoir
faire un appareil plâtre ».*

CALOT

TRATAMENTO

O tratamento local tem de ser apreciado nos principais períodos da coxalgia.

Logo que seja reconhecida esta afecção deve submeter-se o doente a uma rigorosa e demorada imobilização, que pode praticar-se segundo maneiras absolutamente diversas.

Em todos os casos esses processos, embora diferenciados por uma técnica especial, enquadram-se, sempre, dentro de duas formas fundamentais — o método de imobilização pelo repouso, e o método de imobilização pela marcha.

No primeiro caso o doente é submetido ao decúbito permanente enquanto que no segundo só se consente a marcha consecutivamente à fixação da superfície articular por um aparelho engessado.

A técnica destes aparelhos exige um certo material. Vamos indicá-lo, antes de nos ocuparmos em descrever, nos seus detalhes, a construção desses aparelhos de fixação.

O material completo, de que necessitamos para construir qualquer aparelho, nessas condições, pode ser agrupado em: *Matérias primas, material de isolamento, material de fixação*, compreendendo os aparelhos de

fixação do doente e depois os *apetrechos* e *ferramentas*.

Matérias primas — gesso de presa, filó e ligaduras engessadas.

Material de isolamento — algodão de Viena (cardado em pasta). Pode também empregar-se gase ou cobertor de papa.

Material de fixação e aparelhos de fixação do doente — ligaduras de gase, de tarlatana, de linho lavado com $5^m \times 0,^{m12}$.

Uma mesa mais comprida do que larga do tipo das mesas operatórias KIRMISSON — para aplicação dos aparelhos às pernas e pés.

Um banco vulgar — para os aparelhos do hombro e membro superior.

Pelvi-suporte de HENNEQUIN — para os aparelhos no membro inferior que interessem à anca.

Uma suspensão de SEYRE — para fixar convenientemente na sua posição a cabeça, o pescoço e o tronco.

Apetrechos e ferramenta — 2 *bacias de ferro esmaltado* para preparar a calda de gesso ou engessar as ligaduras, uma *faca de sapateiro* para abrir janelas no aparelho e vincar-lhe os bordos, uma *tesoura* para talhar o material, uma *pinça curva* de WOLF — para levantar ou adoçar os bordos, — 2 jarros de 8 a 10 litros para água quente e água fria, uma *serra rotativa* COLIN, outra de EGEL e uma *tenaz cortante* de SEUTIN, tudo isto para cortar e rasgar as janelas ou retirar os aparelhos.

Ainda subsidiariamente é necessário ter, para se possuir um material completo: — lâminas de fôlha



J..., 11 anos, aparelho engessado aberto
para um tumor branco do joelho



de Flandres, vaselina, sabão amarelo, uma fita métrica e fio.

Isto é o material que se necessita possuir para podermos fazer um aparelho engessado qualquer. No entanto o que nos preocupa é a técnica dos aparelhos engessados nas coxalgias e então o material indispensável restringe-se bastante.

— Uma bacia de lata ou fôlha de Flandres para a calda de gesso, tarlatana para ligar a coxa e a bacia, algodão cardado em pasta para isolar, comprimir e acolchoar, ligaduras de tarlatana engessadas para fixação, uma faca de sapateiro para talhar os bordos do aparelho e abrir as janelas, uma mesa e um pelvisuporte, constituem material bastante para se poder fazer um bom aparelho engessado.

De resto, quando não se possui qualquer destes elementos, está no critério do médico substituí-los com vantagem e eficiência.

Indicando o material necessário e indispensável para se construir um aparelho engessado, queremos referir-nos aos cuidados que é necessário tomar antes de aplicar o aparelho.

Convém sempre, logo que não haja contra-indicação de qualquer ordem, fazer tomar na véspera da aplicação um banho ao doente.

Se qualquer contra-indicação tornar impossível esta prática, deve-se então fazer uma larga lavagem com água e sabão na região a aparelhar, fazendo seguir-se duma fricção de álcool.

No caso de escoriações, tem que se lhe fazer uma prévia e rigorosa assepsia, cobrindo-as com um penso esterilizado sêco e ligeiro.

Depois destes cuidados impõe-se a obrigação de colocar o doente na posição em que deve ser aparelhado e fixá-lo absolutamente nessa atitude.

O contrário seria tornar, se não pernicioso, pelo menos, inútil o aparelho.

Nunca se deve imprimir a desejada e necessária posição da parte a aparelhar depois do aparelho feito.

Tal sistema seria a negação completa do valor destes aparelhos, porque qualquer movimento que se imprima no intuito de modificar a atitude em que se colocar o doente ao começar o aparelho, determina uma deslocação do material, que produz assim prégas nuns pontos enquanto noutros enfóla e repucha.

As vezes não há possibilidade, pela reacção dolorosa do doente, provocada por luxação ou outra causa, de corrigir eficazmente a posição viciosa e fazer a necessária fixação.

Outras vezes, quando se trata de creanças é difficil manter a indispensável correcção, porque elas se conservam constantemente irrequietas, impacientes e inacomodáveis ou pela acção sugestiva determinada pela presença de pessoas de familia, ou por outra qualquer razão de capricho infantil, que se não explica mas que se constata.

Tem, então, que se apelar para a anestesia.

Seja qual fôr o processo porque se obtem a estabilidade da posição, ou pela anestesia, ou pela acção moral dominadora do médico, inicia-se a construcção do aparelho pela applicação do fôro de isolamento da péle.

Usa-se como já dissemos, o algodão cardado, cobrindo inteiramente a côxa, parte da perna, numa mão travessa abaixo do joelho, e a bacia.

Depois com uma ligadura fazendo a espiga da verilha, fixa-se bem o algodão.

Seguidamente toma-se uma dupla tala de tartana para a cinta e para a côxa que antes se mergulhou na calda de gesso, molda-se cuidadosamente a

articulação atingida e a bacia, reforçando a face posterior da coxa com uma guteira de tarlatana também engessada.

Feito isto com duas ou três ligaduras de tarlatana engessadas, comprime-se a tala de tarlatana já colocada.

Com um lençol ou um pano grande, limpa-se e enxuga-se o gesso, depois do que com a faca de sapateiro se moldam os bordos.

Logo que esteja completamente sêco e passadas quarenta e oito horas, abrem-se as janelas na parte anterior da coxa, servindo a guteira posterior para valvula.

As janelas são duas, uma superior e outra inferior.

Esta é aberta de maneira que possa ficar a descoberto para o banho do sol, a articulação do joelho, tendo os bordos meia mão travessa acima e abaixo da superfície articular.

A janela superior desce cêrca de 10 centímetros acima da articulação da anca até 3 a 5 centímetros da janela inferior pondo a descoberto a articulação coxo-femoral.

Nos últimos períodos da coxalgia, quando há abcessos ossi-fluentes é necessário abrir janelas à altura dos abcessos, para que possam ser vigiados e a luz solar incida directamente sôbre elles.

Algumas vezes colocam-se nos topos laterais externos duas ou trez macha-femeas que permitem abrir todos os dias o aparelho e fechá-lo com comodidade.

Se o médico não pode, no momento, fazer o aparelho assim, substituem-se fácilmente as macha-femeas por uma ligadura qualquer.

Passados seis meses o aparelho levantado e depois do doente descansar quatro a dez dias, construe-se novo aparelho. Repete-se esta técnica tantas

vezes quantas as necessárias para um resultado favorável.

Técnica do banho de sol

Para se obter um resultado benéfico e aproveitável impõe-se conhecer a técnica necessária para um bom banho de sol. É que só se podem obter as vantagens já hoje conquistadas exuberantemente pela helioterapia, quando se pratica êste processo com método e cuidado, obdecendo rigorosamente às prescrições estabelecidas.

O contrário seria não só desvalorisar o tratamento, mas ainda contribuir, de algum modo, para o aparecimento de graves fenomenos de complicações.

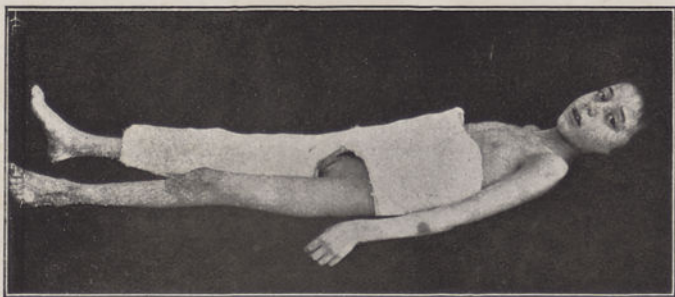
A aplicação atrabiliária do banho de sol equivale a um mau medicamento.

Não se pode nunca mandar de improviso para o sol um doente que passou um longo período de sofrimento, divorciado da acção violentamente benéfica da luz solar que purificando a atmosfera pela oxidação das matérias orgánicas e destruição ou diminuição da sua virulência e aniquilamento das toxinas estimula poderosamente a nutrição.

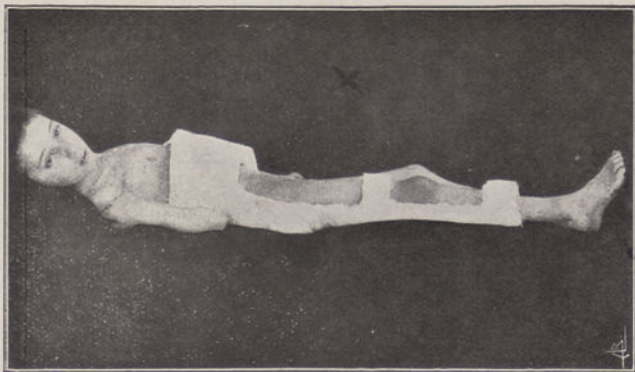
De nenhuma maneira.

Por via de regra o maior número de doentes chega ao hospital de regresso duma estada demorada em habitações sem higiene como que escondidos do sol e da luz, arrastando-se numa promiscuidade miserável e perigosa, paupérrimamente alimentados.

Nessas circunstâncias o sol deslumbra-os e aterra-os. O que há a fazer é adaptá-los lentamente à luz solar, e à vida ao ar livre.



M. A. 8 anos, natural e residente em Coimbra,
portador duma coxalgia direita. — Aparelho engessado, fechado.



O mesmo aparelho depois de lhe terem sido abertas as janelas

Assim nas primeiras sessões temos sómente que descobrir o corpo e as partes lesadas, conservando-as simplesmente expostas à luz durante uma a duas horas, duas vezes por dia.

Procedendo assim nos primeiros ou quatro dias, o doente começa a desejar os banhos de sol porque o ar que respira é bem mais puro e a sua nutrição geral foi já beneficiada consideravelmente.

Quer dizer: primeiro há que realizar a acomodação do doente.

Depois é que se faz a aplicação directa da luz solar qualquer que seja a extensão ou séde das lesões.

Como no período de adaptação se devem estudar cuidadosamente os doentes debaixo do duplo ponto de vista clínico e laboratorial, também quando se fazem sujeitar à acção do sol têm de seguir-se atentamente, registando tudo o que mais nos póde interessar:— modificações do pulso, ciclos respiratórios, temperatura e outros quaisquer sintomas.

Só assim podemos inferir dos benefícios adquiridos e regular convenientemente a exposição.

Algumas vezes manifestam-se fenómenos de intolerância orgânica com cefalalgia, lesões da pele ou hipertermia elevada.

Nestes casos logo que a intolerância se afirma e tem os seus primeiros rebates, os doentes devem recolher imediatamente ao leito.

A hora mais útil para começo do tratamento é ás 9 horas da manhã, porque a essa hora a temperatura sendo menos elevada é mais propícia.

Quando a cura é bem orientada os doentes obteem triunfantemente uma tão característica melhoria do seu estado geral que a cura local depressa se verifica, ao mesmo tempo que impede a infecção de recedivar noutro ponto.

E para se conseguir estes resultados como devemos agir?

Procedendo com método e aumentando pouco a pouco a acção da luz solar.

O illustre professor Doutor BISSAYA BARRETO no seu magnifico livro — *O Sol em Cirurgia* — descreve com brilho e clareza a técnica a seguir.

Por isso pedimos vénia para aqui transcrever essas palavras, o que, aliás, já foi autorisado por sua Excelência.

A técnica a seguir é pois a seguinte :

« No primeiro dia sómente, os pés são banhados pela luz solar, por tres vezes durante cinco minutos cada e com intervalos de meia hora.

« No segundo dia as pernas são expostas durante cinco minutos, e os pés durante dez minutos. No terceiro dia as coxas são lavadas pelo sol durante cinco minutos, as pernas durante dez minutos e os pés durante quinze minutos.

« No quarto dia a luz solar incide sôbre o abdomen durante cinco minutos, sôbre as pernas durante quinze minutos e sôbre os pés durante vinte minutos.

« No quinto dia o torax é insolado durante 5 minutos, o abdomen durante dez minutos, as coxas durante quinze minutos, e as pernas durante vinte minutos, e finalmente os pés durante vinte e cinco minutos.

« Do sexto ao décimo quinto dia, a duração da exposição vai aumentando cinco minutos, em cada um dos segmentos considerados no corpo humano.

« Estas applicações fazem-se todos os dias como no primeiro, isto é, por tres ou quatro vezes com intervalos de meia hora a uma hora.

« A partir do décimo sexto dia a insolação será total e durará duas a seis horas.

« Convem que as sessões sejam afastadas das

horas das refeições, uma hora antes pelo menos e duas horas depois ».

É esta a ⁽²⁾terceira que se deve seguir sempre, para que a helioterapia dê os resultados que já hoje se lhe estão exigindo.

Pode quasi dizer-se que o bacilo de KOOK nunca é bastante para produzir a tuberculose, é necessário que por particulares e excepcionais condições do organismo êle se possa desenvolver, valorizando assim a sua virulencia.

O que se pede à helioterapia e que ela combata e anule essas tendências orgânicas, opondo uma barreira resistente e eficaz à invasão tuberculosa.

O tratamento pela helioterapia deve ser reforçado pelo tratamento medicamentoso de recalcificação de FERRIER.

Este método terapêutico realiza e favorece a recalcificação ao mesmo tempo que impede a descalcificação.

As fermentações ácidas no aparelho digestivo favorecem e contribuem para a descalcificação.

O que é necessário, pois, é impedir essas fermentações, escolhendo cuidadosamente os alimentos, regulando e espessando com critério as refeições e acima de tudo impedindo as perturbações digestivas, principalmente as provocadas por copiosos repastos.

São estas as principais causas da descalcificação.

A calcificação consegue-se pela ingestão de sais de cálcio insolúveis e águas minerais bicarbonatadas cálcicas que se devem tomar uma hora antes das refeições, com o fim de evacuar o estômago. Para tomar antes das refeições durante um longo período deve prescrever-se a seguinte fórmula:

(2) Técnica

Fosfato tricálcico	0,50 gramas
Carbonato de cálcio	0,30 »
Cloreto de sódio	0,15 »
Magnésia calcinada	0,05 »

para tomar às hóstias ou misturado com açúcar em papéis para ser ministrado às crianças.

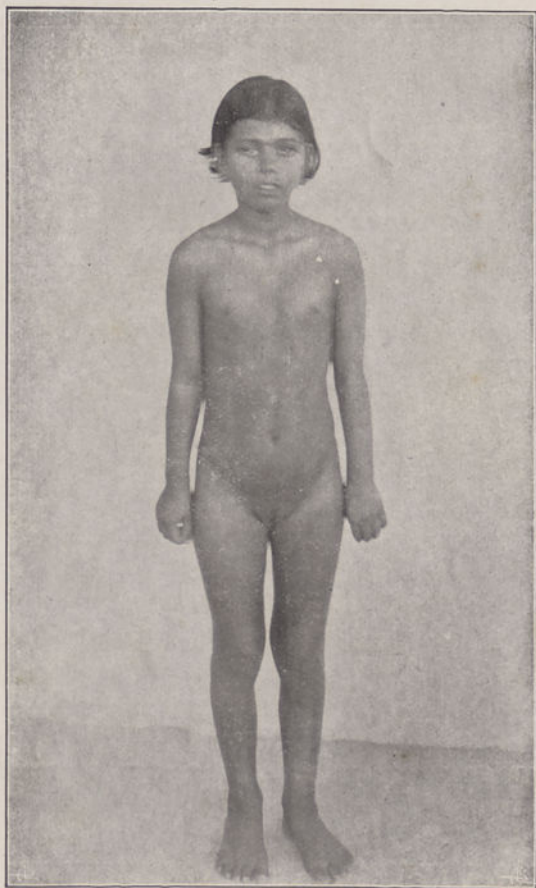
Simultaneamente deve-se dar xarope iodo-tânico devendo tomar duas colheres de sôpa por dia.

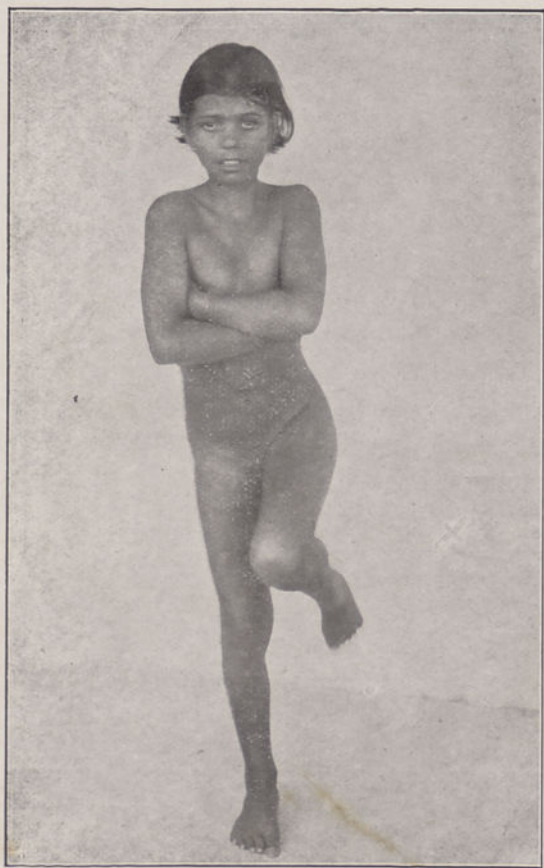


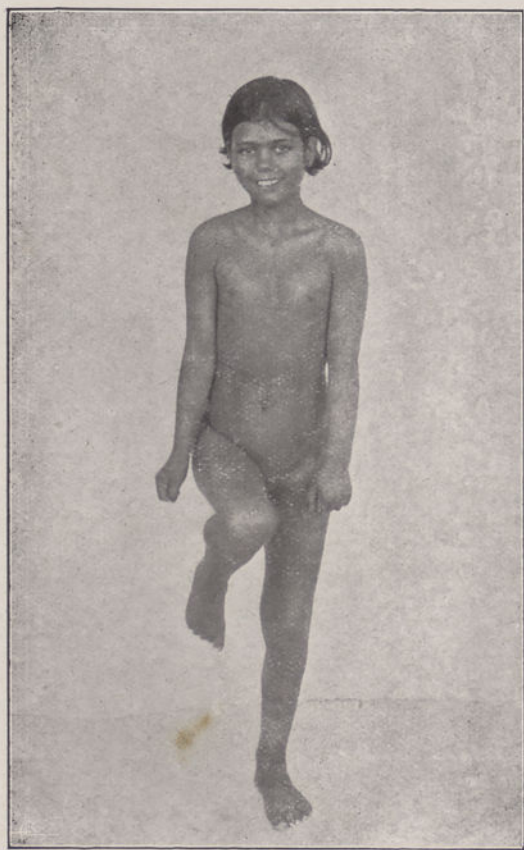
Coxalgia esquerda :

*As artrites curam com integridade
funcional e não por anquilose : :*

As fotografias que seguem testemunham um caso de cura
com completa integridade de todos os movimentos









CONCLUSÃO:

CONCLUSÃO



CONCLUSÃO



CONCLUINDO:

Em todas as coxalgias devemos fazer sempre um bom aparelho engessado.

Depois entregar à acção do sol todos os benefícios que se exigem para uma cura completa, ao mesmo tempo que, por uma medicação apropriada se obsta à descalcificação e se obtem a calcificação.





RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329681130

