

V. 8/303v

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA

DO

*DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DAS AFFECÇÕES
COXO-FEMURAES*

(CADEIRA DE CLINICA EXTERNA)

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

Secção accessoria. — Do Aborto criminoso.

TERCEIRO PONTO

**Secção cirurgica: — Do emprego dos anesthesieos
durante o trabalho do parto.**

QUARTO PONTO

Secção medica. — Purgativos indigenas de Brazil

THESE

APRESENTADA

À

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

EM 4 DE JANEIRO DE 1878

PELO

Dr. Camillo de Moura Estevão

NATURAL DE MINAS GERAES

Obtendo a nota de approvado plenamente

— o o o —
RIO DE JANEIRO.

TYPOGRAPHIA—ESPERANÇA— PEDRO PAULO CORRÊA
14—RUA DE S. JOSE—14

1878

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

PRIMEIRO ANNO

DOUTOES

F. J. do Canto e Mello C. Mascarenhas. . . (1ª cadeira) Physica geral e particularmente em suas applicações á medicina.

Conselheiro Manoel Maria de M. e Valle. (2ª cadeira) Chimica e mineralogia.

Luiz Pientzenauer (3ª cadeira) Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá (1ª cadeira) Botanica e zoologia.

Domingos José Freire Junior (2ª cadeira) Chimica organica.

José Joaquim da Silva (3ª cadeira) Physiologia.

Luiz Pientzenauer (4ª cadeira) Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

José Joaquim da Silva (1ª cadeira) Physiologia.

Conselheiro Barão de Maceió (2ª cadeira) Anatomia geral e pathologica.

Francisco de Menezes Dias da Cruz (3ª cadeira) Pathologia geral.

Vicente Candido Figueira de Saboia. (4ª cadeira) Clinica externa

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França (1ª cadeira) Pathologia externa.

João Damasceno Peçanha da Silva (2ª cadeira) Pathologia interna.

Luiz da Cunha Feijó Junior (3ª cadeira) Partos, molestias de mulheres pe-
jadas e paridas e de crianças recém-nascidas.

Vicente Candido Figueira de Saboia. (4ª cadeira) Clinica externa.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva (1ª cadeira) Pathologia interna.

Francisco P. de Andrade Pertence (2ª cadeira) Anatomia topographica, medicina
operatoria e apparatus.

Albino Rodrigues de Alvarenga (3ª cadeira) Materia medica therapeutica.

João Vicente Torres-Homem (4ª cadeira) Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa (1ª cadeira) Hygiene e historia da medicina.

Agostinho José de Souza Lima. (2ª cadeira) Medicina legal.

Ezequiel Corrêa dos Santos (3ª cadeira) Pharmacia.

João Vicente Torres-Homem (4ª cadeira) Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão	}	Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro		
João Martins Texeira		
Augusto Ferreira dos Santos		

Claudio Velho da Motta Maia	}	Secção de sciencias chirurgicas.
José Pereira Guimarães		
Pedro Affonso de Carvalho Franco		
Antonio Caetano de Almeida		

João José da Silva	}	Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli		

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

INTRODUÇÃO

He objecto de nossa these « *O diagnostico differencial das affecções coxo-femurales* » que certamente não teriamos escolhido depois de detido estudo, attentas as difficuldades quasi insuperaveis e incontestavelmente superiores as nossas forças e a somma de conhecimentos que o assumpto demanda. Temos de um lado, a vastidão da materia, de outro, a carencia nos autores de estudos precisos sobre os signaes distinctivos de algumas d'estas affecções, e ainda mesmo de certas das que mais communmente se apresentam na pratica, que nem sempre e em todas as circumstancias podem ser reconhecidas, mesmo por clinicos os mais autorisados, como se deo no caso seguinte que encontramos no 2.º V. da Clinica de nosso illustrado Professor. Reunirão-se em conferencia Roux, Gerdy, Malgaigne e Marjolin pai, para ver um individuo quinquagenario, que, em consequencia de uma queda experimentava violentas dores na região coxo-femural. De commun accordo continúa o Sr. Dr. Saboia, ficou assentado que o doente tinha uma luxação, pelo que se lançou mão deapparelhos mechanicos afim de praticar-se a redução. O resultado foi negativo, e vindo alguns annos depois a fallecer o doente, verificou-se pela autopsia que elle tivera uma fractura do collo do femur.

Todas estas difficuldades dependem da profundidade da articulação, da espessura das partes molles e dos elementos variados que se encontram na região.

Fomos talvez algum tanto absoluto na apreciação de certos symptomas : deve-nos porém isto ser até certo ponto relevado, attendendo-se a que não somos clinicos.

Para methodisar o nosso estudo fomos obrigados a praticar uma divisão das numerosas affecções d'esta região, que é talvez deficiente em certos, pontos, mas tem a vantagem de basear-se em dados anatomicos precisos e constantes e parece-nos algum tanto facilitar o estabelecimento do diagnostico differencial.

Dividimos o nosso assumpto em tres partes consagradas : a 1.^a A anatomia da região ; 2.^a A symptomatologia das diversas affecções ; e 3.^a Ao diagnostico differencial.

Procuramos em todas ellas guardar o maior methodo e clareza possiveis ; si não o conseguimos, temos ao menos a consciencia de haver empregado todos os nossos esforços e julgamo-nos por isto mercedores de alguma benevolencia da parte de nossos illustrados juizes, que bem conhecem as difficuldades, as duvidas e falta de dados precisos á muitos respeito, no estudo das affecções que nos occupão.

DISSERTAÇÃO

Diagnosticos differencial das affecções coxo-femurales.

PRIMEIRA PARTE

Anatomia da região coxo-femural.

O quadril constitue a raiz do membro inferior, ao qual transmite todo o pezo do corpo, e se compõe: do osso coxal, da parte superior do femur, da articulação coxo-femural e das partes molles que a envolvem.

Não faremos certamente uma descripção detalhada de todas estas partes, porque tal não é nosso fim, e simplesmente d'ellas diremos aquillo que mais de perto interesse relativamente ao nosso assumpto.

Encetaremos este estudo pelas partes molles, que com a maioria dos autores dividiremos em tres regiões. Depois, diremos algumas palavras do esqueleto sobre que ellas repousão, passando finalmente ao estudo da articulação.

REGIÃO INGUINO-CRURAL

Esta região é limitada: superiormente, pela arcada, crural inferiormente, por uma linha horizontal que passe pelo encontro do médio adductor e costureiro; internamente, pela saliencia do recto interno e externamente, pela do tensor do *fascia-lata*.

Além d'estes dous musculos que fazem uma ligeira saliencia n'esta região regularmente convexa, se encontrão duas outras formadas pelo médio adductor e pelo costureiro, as quaes circumscrevem com a arcada crural um triangulo, dito de Scarpa, no qual se sente as pulsações da arteria femural, assim como as saliencias dos ganglios lymphaticos da

virilha, e mesmo, segundo Richet, a cabeça do fêmur, em certos indivíduos, na extensão forçada da coxa. N'esta região, além da préga da virilha que é muito profunda nos indivíduos *obesos* nota-se ainda uma outra, que lhe é inferior e de direcção menos obliqua, a qual Richet considera como muito importante e chama *articular* porque resulta da flexão da coxa sobre o ventre.

A pelle fina e movel em todas as partes, menos na primeira d'estas prégas é provida de pellos no terço interno da região, onde se encontram as aberturas de numerosos folliculos sebaceos.

A camada sub-cutanea é composta de duas folhas; A 1.^a superficial, continuada da região ilio-inguinal, é cellulo-gordurosa e pouco importante; e a 2.^a, profunda, laminosa, insere-se na arcada crural, onde reforça, em certos indivíduos, o ligamento de Gimbernath, d'ahi descendo para a coxa, onde muito fraca por fóra do costureiro, ella se apresenta muito forte por dentro d'este musculo, sobretudo junto a veia femural, no ponto de junção d'esta com a saphena, em que adhire por meio de tractos fibrosos e de vasos que as atravessão, a aponevrose femural que lhe fica subjacente, da qual é entretanto facilmente izolavel em todos os outros pontos.

Esta aponevrose a mais resistente ou ao menos uma das mais resistentes do organismo, apresenta uma disposição muito complexa envolvendo ou simplesmente forrando as diversas partes d'esta região.

Constituida em sua origem e em grande parte de sua extensão por duas folhas: uma *superficial* e outra *profunda*, estas em muitos pontos se reúnem formando uma membrana assaz espessa e resistente, para se oppôr de um modo quasi absoluto aos *focos purulentos*.

Partindo de fóra para dentro, do *tensor* que ella envolve por um desdobramento; as folhas da aponevrose femural ainda se separão de novo para constituir bainhas ao costureiro e aos vasos femuraes: a 1.^a, depois de forrar os musculos vasto externo e recto anterior, que se achão comprehendidos na arêa do triangulo, de vertice superior, formado pelo *tensor* e aquelle musculo; e a 2.^a, depois de forrar a face anterior do *psoas*, do qual a bainha é grandemente fortificada por este lado. Por occasião d'este ultimo desdobramento, a folha profunda que passára por diante do iliaco e do pectineo se reúne a superficial ao nivel deste, e vão forrar a face anterior do 1.^o adductor que forma o limite interno do triangulo de Scarpa.

A inserção superior d'esta aponevrose, não é a mesma para ambas as suas folhas, ao passo que a superficial se insere em toda a extensão da arcada de l'allopio, a folha profunda: e insere na arcada formada pela reunião do ilion e pubis, ou ilio-pubianna, e apresentão entre seus pontos de inserções uma abertura para o abdomen, por onde penetrão não só os vasos arteriaes e venosos, como tambem alguns ganglios e vasos lymphaticos.

Inferiormente a aponevrose se continua para a coxa, affectando as mesmas relações que já descrevemos.

A arteria femural segue a direcção de uma linha que partindo do vertice do triangulo de Scarpa vai ter a sua base a 0^m,035 para fóra da espinha do pubis, que, segundo o professor Richet, é sempre facil de reconhecer mesmo nos individuos abundantemente providos de gordura.

Nascida da iliaca externa ella não descreve nenhuma flexuosidade; a principio em relação com fibras do psoas, e depois com a bolsa serosa d'este musculo, ella repousa inferiormente sobre os adductores.

O ramo mais importante que ella fornece a esta região é a *femural profunda*, da qual nascem; a circumflexa interna que se dirige a articulação: onde penetra pela chanfradura cotyloidianna, conjunctamente com alguns ramuslos da obturadora, assim como da circumflexa externa, que tambem provém da femural profunda, bem como a grande muscular e as tres perfurantes.

O tronco commum da *femural* e da *femural profunda* apresenta uma extensão muito variavel, que tem sido avaliada em media, pelo Sr. Richet, em 4 centimetros. Esta arteria póde apresentar anomalias constituidas, já pela sua ausencia completa, já pela sua mudança de posição, que são entretanto muito raramente encontradas.

A veia femural situada na parte interna da arteria na maior porção do triangulo, se colloca mais tarde posteriormente a ella. E' ordinariamente á 0^m,025 ou 0^m,030 da arcada crural que a veia saphena vem juntar-se a femural, constituindo o tronco venoso principal, mas não unico, que leva o sangue do membro inferior para a veia cava.

Os nervos d'esta região são: o inguino-cutaneo e o ramo crural, do genito-crural que se dirigem aos tegumentos: o crural que fornece dous ramusculos que penetram na bainha dos vasos, e que é destinado aos musculos, assim como o obturador.

Os lymphaticos, d'esta região, muito numerosos, convergem para os seus ganglios quer superficiaes, quer profundos. Os primeiros em numero de 8 á 15, segundo o professor Paulet se acham mergulhados em uma massa adiposa mais ou menos abundante, por baixo do *fascia superficialis*, podendo ser divididos em 4 grupos: 1.^o grupo, supero-interno para onde se dirigem os vasos afferentes do anus, perineo, penis e envolveros escrotaes; 2.^o, o supero-externo que recebe os vasos das nadegas; 3.^o, o inferior que recebe aquelles que se dirigem do membro; e 4.^o, finalmente, o medio que recebe os vasos afferentes das paredes abdominaes.

Os ganglios profundos em muito menor numero, de 3 a 4, situados para dentro da veia femural, ordinariamente só recebem vasos afferentes dos ganglios superficiaes e da partes profundas do membro inferior.

O anel crural comprehendido entre a bainha do psoas e o ligamento de Gimbernat tem a forma de um triangulo do qual a base é anterio

2.8/304v

e o vertice posterior. A sua amplidão que depende da da bacia e do desenvolvimento do ligamento de Gimbernath varia de m0,025 á m0,055 .

Suas paredes são formadas pelas duas folhas da aponevrose femural de que já fallámos.

O canal que a elle se continúa é dividido por septos *cellulos-fibrosos* em tres lojas: 1.^a a externa que é occupada pela arteria; 2.^a a média que contem a veia, e 3.^a a interna em que se encontram os vasos e ganglios lymphaticos. E' esta 3.^a loja que recebe geralmente a denominação de *infundibulum* ou funil crural.

A sua profundidade que é ordinariamente de m0,025 á m0,030 , depende do ponto de junção das veias femural e saphena.

REGIÃO GLUTEA

Esta região é limitada: superiormente, pelo contorno da crista iliaca; inferiormente, pela préga glutea; do lado interno, pela gotteira sacra e do lado externo, pela saliencia do *tensor* do *fascia-lata* ou melhor, por uma linha, que, baixada da espinha iliaca antero-superior va ter ao grande trochanter.

Esta região offerece uma superficie mais ou menos arredondada conforme o maior ou menor desenvolvimento do tecido adiposo do individuo, e tambem conforme o sexo a que elle pertence. Em sua area notão-se tres saliencias facéis de determinar, das quaes sómente uma, a que é formada pelo grande trochanter, é movel, correspondendo as outras duas, a espinha iliaca antero-superior e a tuberosidade ischiatica.

Além d'estas saliencias que apresentam uma importancia maior no diagnostico de certas affecções *coxofemurales*; n'esta região ainda se encontram as gotteiras ischio-trochanteriana e glutea, que são igualmente importantes para o diagnostico das mesmas molestias, quer pela sua ausencia, quer pelas suas substituições por saliencias mais ou menos volumosas.

A pelle d'esta região, bem que macia, é bastante espessa e provida de numerosos orificios de folliculos sebaceos, que dão frequentemente occasião a furunculos, que parecem aqui se desenvolver de preferencia.

A camada sub-cutanea, igualmente espessa, é formada de areolas fibrosas constituidas por tractus destacados da face profunda do derma e insertos na aponevrose. Estas areolas contêm tecido adiposo que parece achar-se, segundo o professor Richet, em um estado de compressão permanente, muito apropriada ao fim a que se destina. E' este mesmo tecido que, em alguns pontos, se transforma, despojando-se da gordura, em bolsas serosas, que têm por fim facilitar o escoregamento das partes.

A camada aponovrotica é representada por uma lamina cellulosa pouco densa que envolve o grande gluteo e que se torna fibrosa e assaz espessa nos pontos em que cobre o medio gluteo.

Os musculos d'esta região se achão dispostos em tres planos : o 1.º formado sómente pelo grande gluteo que é constituido por feixes distinctos, separados por intersticios cellulosos mais ou menos consideraveis, e dirigidos obliquamente para baixo e para diante, dos dous terços posteriores da crista iliaca e dos bordos do sacro e do coccis para a linha aspera do femur, sendo a sua face profunda separada da tuberosidade ischiatica e do grande trochanter por bolsas serosas das quaes a primeira é muito pouco desenvolvida. O 2.º plano muscular é composto pelos : médio gluteo, pyramidal, gemeos obturador interno, quadrado crural e pela parte superior dos : semi-membranoso e tendinoso, biceps, triceps e grande adductor que tomão suas inserções no limite inferior d'esta região. O 1.º d'estes musculos, envolvido por uma aponevrose nacarada e muito resistente, insere-se superiormente nos tres quartos anteriores da circumferencia iliaca, e inferiormente no bordo supero externo do grande trochanter. O 3.º plano, muito menos importante que o precedente, é unicamente constituido pelo pequeno gluteo, que da linha curva inferior do osso iliaco se dirige ao bordo antero-superior do grande trochanter.

As arterias d'esta região são representadas : 1.º Pela *arteria glutea* que nasce da face posterior da hypogastrica, sahe da bacia pelo ponto mais elevado da chanfradura sciatica e penetra entre o médio gluteo e o pyramidal, nutrindo tambem ao pequeno gluteo : 2.º Pela *ischiatrica* que é um dos ramos terminaes da hypogastrica ; ella emerge de entre o pyramidal e gemeos e se dirige principalmente aos musculos que se inserem na tuberosidade do mesmo nome : 3.º Pela *pudenda interna* que se acha separada da precedente apenas por alguns millimetros e se dirige a região perineal.

As *veias* d'esta região acompanhão as arterias, as quaes se achão intimamente unidas.

Os vasos *lymphaticos* superficiaes se dirigem, como já vimos, ao grupo de ganglios inguinaes externos, ao passo que os profundos se dirigem aos ganglios intra-pelviannos.

Os *nervos* da região são : alguns ramos do plexus lombar que se dirigem a pelle da parte superior ; outros do cordão lombo-sacro, que são musculo-cutaneos ; o nervo gluteo inferior, o pudendo interno, além dos pequeno e grande sciaticos dos quaes o ultimo, o mais importante de todos ahi encontrados, emergindo da bacia de entre o pyramidal e gemeo superior, se dirige para a base da espinha sciatica e depois para a gotteira ischio-trochanterianna.

Região ischio-pubianna ou obturadora

Esta região situada para dentro, da articulação coxo-femural, para fóra, do ramo ischio-pubianno, por detraz, do bordo inferior da arcada pubianna e por diante, da face anterior da tuberosidade ischiatica, é limitada: anteriormente pela saliencia do recto interno; para dentro e para traz, pela préga perinco-femural, e em baixo, por uma linha horizontal que passe a dous dedos transversos por baixo d'esta préga.

A pelle nada offerece de particular. Por baixo d'ella se encontra uma camada cellulo gordurosa mais ou menos espessa, que cobre a aponevrose femural, que é forte, resistente e se insere nos ramos ascendente do ischion e descendente do pubis, conjunctamente com as aponevroses do recto interno e do terceiro adductor, que constituem o primeiro plano muscular d'esta região. Por baixo d'elles se encontra o segundo ou pequeno adductor que nada offerece de particular, assim como o obturador externo que se acha para dentro d'este e por detraz, do qual, se vê o esqueleto, constituído, pelo pubis e pelo ischion, bem como tambem, pela membrana obturadora, que se insere, fóra, no rebordo de buraco sub-pubianno, e dentro, no labio interno do ramo ischio-pubianno.

As *arterias* da região são numerosas, mas pouco importantes, a excepção da obturadora que nasce, ora da hypogastrica, ora da iliaca externa. Esta arteria nutre aos diversos musculos da região, fornece um ramo as partes genitales externas e um outro a articulação coxo-femural.

O *nervo obturador*, que se encontra n'esta região, se ramifica pelos musculos: obturador externo, recto interno, adductores e ainda envia um ramo a articulação do joelho; circumstancia esta que tem sido invocada por alguns authores, que sem razão pretendem, por meio d'ellas explicar a dor que se manifesta n'esta articulação por occasião de diversa, das affecções que nos occupão. Elle sahe da bacia conjunctamente com a arteria obturadora pelo canal sub-pubianno, que é um conducto estreito, obliquo para baixo, para diante e para dentro, osseo em sua parte superior e fibroso em sua porção inferior, que é susceptivel de dilatação. Este canal, além da arteria e nervo que já assignalamos, tambem contém as veias obturadoras, assim como uma camada cellulo-gordurosa, que póde guiar a emigração de collecção purulentas intra-pelviannas para o centro da coxa; ou mesmo, segundo os autores, dar lugar a passagem de alças intestinaes, constituindo á hernia sub-pubianna ou obturadora da qual existem alguns exemplos na sciencia.

ESQUELETO DAS REGIÕES

Depois do estudo dos limites e das partes molles das diversas regiões que temos rapidamente descripto, diremos algumas palavras sobre o esqueleto em que ellas repousão, para encetarmos o estudo da articulação que é para nós muito mais importante.

A região inguino crural ou anterior repousa sobre a arcada-pubiana, sobre a face anterior do supescilio cotyloide, sobre a cabeça e collo do femur. Segundo Richet, é facil sentir-se, n'esta região, nos individuos magros, os movimentos da cabeça do femur em sua cavidade; assim como a semi-circumferencia da cabeça d'esse osso, em certos individuos, nos movimentos de extensão forçada com abducção do membro.

O esqueleto da região glutea é constituido; superiormente, pela porção mais ampla e adelgada do iliaco; inferiormente, pela face posterior do supescilio cotyloide e pela tuberosidade ischiatica.

Em sua porção superior, o esqueleto d'esta região, já pela sua fraqueza, já pela sua posição superficial, é muito sujeito a fracturas, que entretanto offerecem pouca gravidade, ao passo que as das columnas que sustentão a tuberosidade ischiatica, bem que raras, não só pela resistencia do osso, como pela protecção que elle recebe das partes circumvizinhas, offerecem uma gravidade pouco commum, sendo que só uma vez o Sr. Richet vio escapar um doente, que conservou dores vivas na região perineal e soffria grandes difficuldades de andar.

O esqueleto da região ischio-pubianna ou obturadora é simplesmente constituido por partes do pubis e do ischion, nada offerecendo de particular.

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

A articulação coxo-femural, typo das enarthroses, é constituida pelo contacto da cabeça do femur com a cavidade cotyloide e por ligamentos que se inserem em suas immedições.

A *cavidade cotyloide* situada immediatamente por baixo da espinha iliaca antero-inferior e da eminencia ilio-pectinea, que concorre para a formação do rebordo cotyloide, occupa o ponto de junção das partes, *ilion*, *ischion* e *pubis*, que primitivamente constituem o osso coxal. Na mulher ella é situada um pouco mais para fóra que no homem; e olha, em ambos os casos, para diante, para fóra e um pouco para baixo. Sua

fôrma é a de um segmento de sphaera, apresentando de $^{\circ}0,025$ a $^{\circ}0,035$ de profundidade, sobre $^{\circ}0,05$ á $^{\circ}0,06$ de diametro. Seo fundo, formado por uma lamina ossêa fina e pouco resistente, apresenta a terminação da fossêta que começa na chanfradura cotyloidianna, e é occupado por um coxim adiposo, que muito concorre para minorar a influencia das violencias que são dirigidas contra esta articulação. Seo rebordo espesso e resistente apresenta tres saliencias : uma superior, uma média e uma inferior, correspondentes : a 1.^a a espinha iliaca antero-inferior ; a 2.^a, a eminencia ilio-pectinea, e a 3.^a, ao ramo ascendente do ischion. Nos intervallos d'ellas se encontrão outras tantas chanfraduras, das quaes, a supero-inferior, (*ilio-pectinea de Malgaigne*) e a posterior (*ou ilio-ischiatica*) comprehendidas : a 1.^a, entre as saliencias superior e inferior, e a 2.^a, entre a superior e média, são pouco profundas, ao passo que a 3.^a, que é limitada pelas saliencias média e inferior, constitue uma verdadeira interrupção do rebordo ou superscilio cotyloidiano, por onde passam os vasos e nervos articulares. E' n'esta chanfradura que começa a fossêta, da qual já notamos a terminação ; e é igualmente em seus bordos, que toma inserção o ligamento inter-articular.

A profundidade, da cavidade cotyloide, que é augmentada pelas saliencias de que acabamos de fallar, as quaes muito concorrem tambem para a solidez da articulação, torna-se ainda muito maior pela addicção do burlete fibro-cartilaginoso, prismatico e triangular que adhire a todo o seu contorno, formando uma especie de ponte junto a chanfradura cotyloidianna, que é convertida em um pequeno canal.

O bordo livre d'este burlete é fino, como que cortante, o seo diametro é menor que o do rebordo ossêo, de modo que, sem ser nocivo aos movimentos da articulação, lhe empresta uma maior solidez, pela pressão circular da cabeça do femur; (*oppondo-se, como dizem os irmãos Weber, como o faria uma válvula, a que os liquidos ou tecidos membranosos exteriores penetrem na cavidade cotyloide*). Tal é tambem a opinião dos Srs. Longet, Cruveilhier, Richet, Martin et Collineau etc.

Em seu tratado de anatomia, o professor Richet divide a cavidade cotyloide em duas porções : uma, *extra-articula*, formada pela fossêta cotyloidianna, occupada pelo ligamento redondo, pelos vasos e nervos articulares, assim como pelo coxim adiposo de que já fallamos ; e outra, a que chama *articular*, situada em um plano inferior a aquella, provida de uma cartilagem de encrustação, liza, polida, da qual a espessura diminue da periphèria para o centro, ao contrario d'aquella que cobre a cabeça do femur na qual se nota a maior espessura no centro, por fóra da fossêta de inserção do ligamento redondo.

A cabeça do femur, arredondada e spheroidal, apresenta a mesma

extractura que as extremidades ossêas em geral, e se acha voltada para cima, para dentro e um pouco para diante.

Seus diâmetros sensivelmente iguaes aos da cavidade cotyloide correspondente, como o demonstrão as experiencias dos irmãos Weber, apresentão ordinariamente de $^m 0,05$ á $^m 0,06$.

Sua superficie articular é marcada por uma cartilagem diarthrodial que, como já dissemos, offerece uma disposição opposta a aquella da cavidade correspondente, apresentando a sua maior espessura no centro, onde sómente deixa de existir em um espaço de $^m 0,010$, em que se nota uma superficie rugosa, na qual toma sua inserção o ligamento redondo.

Esta fossêta acha-se mais proxima do bordo postero-inferior, que do antero-superior, e é também n'esta direcção, que a superficie cartilaginosa da cabeça do femur offerece maior extensão, indicando ser no sentido do diâmetro antero-posterior que a articulação apresenta os seus movimentos mais extensos.

O *collo do femur*, constituido pela porção intermediaria ao corpo e a cabeça d'esse osso, tem, segundo Richet, a forma de uma ampulheta achatada de diante para traz, e tendo o diâmetro vertical duplo, do antero-posterior, elle apresenta : uma face anterior, ligeiramente convexa, sendo todas as outras, (posterior, superior e inferior) mais ou menos concavas.

Em sua base, entre os trochanteres, elle offerece uma gotteira obliqua, que termina superiormente pela depressão digital do grande trochanter, onde se inserem muitos musculos.

A extractura d'esta porção do femur, é a mesma das outras extremidades de ossos longos. Formado de um tecido esponjoso de areolas resistentes por dentro, sua superficie exterior é constituida por um tecido compacto, que offerece na face inferior uma espessura e resistencia notaveis. E' em consequencia da reabsorpção d'este tecido areolar, que tem lugar nos velhos, e que determina a formação de um canal, e a diminuição da espessura da lamina compacta, que o collo torna-se mais fragil n'elles, dando lugar as frequentes fracturas d'esta parte, para as quaes concorre poderosamente a inclinação mais pronunciada do collo sobre o femur que igualmente n'esta idade se observa, como o provão as pesquisas de diversos autores.

Chassaignac, em sua these inaugural, distingue duas especies de obliquidades, o que o Sr. Richet considera como muito importante de baixo do ponto de vista das fracturas « porque permite comprehender como, em tal posição dada, o collo femural tem mais probabilidade de fracturar-se, segundo o angulo mais ou menos desfavoravel que elle forma com a bacia, »: A 1.^a especie de obliquidade, a que aquelle autor

chama de *direcção* ou *absoluta*, é constituída pelo angulo que o collo forma com o horizonte, quando o osso se acha em sua posição natural. Os Srs. Rodet e Richet que avalião o angulo formado pelo eixo do collo com o do corpo em 45° , acreditão que este angulo póde variar: não só, no mesmo individuo pelos progressos da idade, bem que, em limites muito restrictos; como sobretudo, de individuo para individuo. E' appellando para a maior obliquidade do collo no sexo feminino, e tambem para o affastamento d'esta parte do centro da bacia, em consequencia de sua amplidão, que o Sr. Richet explica ser mais frequentes as fracturas do collo nas mulheres que nos homens.

A 2.^a especie de obliquidade, a qual Chassaignac chama, de *posição*, nada tem de constante e varia não só, com o maior ou menor affastamento dos membros, mas tambem, com o seu estado de adducção ou de abducção que, segundo o Sr. Rolet, muito favorece as fracturas do collo nas quedas sobre os pés ou joelhos.

O *grande trochanter* composto de um tecido esponjoso muito fragil, cuberto por uma lamina compacta muito fina, o que explica a sua penetração pelo fragmento superior nas fracturas do collo, forma na base d'este, uma saliencia de $0,012$ á $0,015$, apresentando o seu vertice curvo para dentro, e sua base lançada para fóra. A distancia que separa aquelle vertice da espinha iliaca antero-superior, que varia com o gráo de abducção e de adducção do membro, não é tambem a mesma nos casos de luxação do femur ou nos de fracturas do collo.

O *pequeno trochanter*, que se acha situado na face interna do femur, constitue uma saliencia de $0,010$ á $0,012$, em que se inserem os musculos psoas e iliaco; e sómente apresenta de importante, segundo Richet, o embaraço que oppõe ao desprendimento da faca, na desarticulação coxo-femural.

Os meios que concorrem para a reunião e manutenção das superficies articulares são: um ligamento capsular, forrado por uma synovial; um ligamento inter-articular e grande numero de musculos, dos quaes já tratamos resumidamente.

O *ligamento redondo*, adherente ao femur pela depressão rugosa de que já fallamos, insere-se pela outra extremidade aos bordos da chanfradura cotyloidianna, e ao burlete fibroso, formando uma especie de funil por onde penetrão os vasos articulares, que se achão assim perfeitamente protegidos por este ligamento, que se aloja na fossêta que continúa a chanfradura onde se insere.

A sua inserção occupando todo o contorno do canal cotyloidianno, concorre grandemente para a occlusão da articulação d'este lado.

Bem que limitando até certo ponto a adducção do membro, o seu fim principal é a protecção dos vasos articulares, sendo inadmissivel,

segundo o Sr. Richet, que elle facilite a luxação expulsando a cabeça do osso na adducção forçada.

Ligamento capsular. A descripção d'este ligamento é para nós de uma importancia maior por ser em sua disposição que basearemos a divisão das affecções que nos occupão.

Apresentando a forma de uma manga conica da qual a extremidade mais ampla se acha voltada para cima e a menos ampla para baixo : ella se insere por aquella no contorno da cavidade cotyloide e tambem no burlete fibroso, no ponto em que este passa como uma ponte sobre a chanfradura cotyloidianna ; e por esta abraça o collo inserindo-se, adiante onde offerece maior extensão, na linha rugosa que se estende do grande ao pequeno trochanter, e atraz no ponto de junção do terço inferior do collo com os seus dous terços superiores.

Comprehendendo em sua cavidade o burlete cotyloidianno, que intercepta, a maneira de uma valvula, a interlinha articular, a capsula forma com este burlete, segundo os Srs. Martin et Collineau, uma especie de fundo de sacco circular, o qual póde ser a séde de derrames, que entretanto não penetrarão na articulação, que ficará tanto mais ao abrigo d'esta penetração, quanto maior fôr a pressão que o derrame exercer sobre o burlete.

Bem que suas paredes sejam continuas, ellas não offerecem a mesma resistencia e espessura em todos os seus pontos. E' assim que, nas partes em que a articulação é menos exposta ás violencias exteriores como : no espaço comprehendido entre o bordo da cavidade cotyloide e a gotteira do ischion ; no ponto correspondente a chanfradura cotyloidianna ; e em um terceiro situado mais anteriormente que o precedente, do qual é separado por um forte feixe de fibras longitudinaes, ella offerece muito pouca espessura, e se apresenta muito fraca, havendo mesmo n'ella algumas vezes uma interrupção n'este ultimo ponto : ao passo que em certos outros menos protegidos ella apresenta uma espessura e resistencia notaveis.

Em sua face anterior ella é dobrada por um espesso feixe ligamentoso, que se estende da espinha iliaca antero-inferior ao pequeno trochanter, ao qual Bertin chamava ligamento anterior e Weber superior, mas, que é geralmente conhecido pelo nome de ligamento de Bertin.

As fibras d'este ligamento se tornão tensas na extensão do femur, em que elle soffre uma especie de torsão, formando, segundo os Srs. Martin et Collineau um começo de espira dirigida de cima para baixo e de fóra para dentro, a qual se exagera si a extensão se junta a adducção. Si o membro é levado na meia flexão a tensão diminue ou cessa, assim como a torsão para de novo se apresentarem, si a flexão sendo completa se combina com a abducção, tendo, porém então, a torsão assim como a direcção das fibras um sentido opposto.

Em sua face posterior tambem a capsula é dobrada por feixes ligamentosos pouco espessos, dos quaes as fibras se dirigem de cima para baixo e de dentro para fóra, ao contrario do que tem lugar no ligamento de Bertin. Como n'este ligamento, a extensão produz a tensão das fibras, assim como a abducção combinada com a flexão forçada.

As fibras d'este ligamento se confundem superiormente com um feixe ligamentoso que se estende directamente do contorno da cavidade ao grande trochanter, pondo em relação o ligamento anterior com o posterior. Estes mesmos ligamentos ainda são reunidos por um outro feixe intermediario a seus bordos internos, o qual partindo da porção do rebordo cotyloidêo, correspondente ao ramo superior do pubis, expande as suas fibras que se confundem, com as do ligamento de Bertin adiante, e com as do ligamento posterior atraz.

A face superficial da capsula é cercada pelos musculos do plano profundo, dos quaes se acha separada por um tecido cellular que penetra mais ou menos no seu trama; sendo a sua face profunda forrada por uma superficie serosa, a qual se acha intimamente unida.

Synovial. A synovial, que depois de Bichat era descripta como um sacco sem abertura, formado de membranas distinctas continuas e isolaveis, deixou de o ser assim considerada, desde os trabalhos do Sr. Velpeau, que demonstrou, que ella constitue antes superficies serosas, formadas de tres folhas: a 1.^a superficial, composta de epithellio pavimentoso e parasitario; a 2.^a ou intermediaria, composta de um tecido cellular muito tenue e desprovido de vasos; e a 3.^a ou profunda, que é a parte fundamental da serosa, composta de uma rede arterial e venosa muito fina e delicada, mas, ao mesmo tempo muito rica.

Estas duas ultimas folhas não se encontram em todas as partes da cavidade articular, existindo sómente n'aquellas em que faltão, a folha superficial ou pavimentosa, que só, segundo o Sr. Richet, constitue uma membrana continua na articulação.

Depois de forrar a superficie cartilaginosa do femur e da cavidade cotyloide, onde sómente se encontra a folha superficial de que já fallamos, a synovial envolve o ligamento redondo e passa por diante do coxim adiposo, forrando depois grande parte da face interna do ligamento capsular, onde forma algumas prégas, mettendo-se pelos intersticios dos feixes ligamentosos.

Em alguns casos tem-se encontrado uma communicação da synovial articular com a do psoas que se lhe constitue n'estas circumstancias um volumoso appendice.

Physiologia e movimentos. Agora que temos estudado todas as partes constituintes d'esta articulação, que é o typo das enarthroses, e que

tem sido comparada pelos physiologistas a disposição mechanica conhecida debaixo da denominação de *nox*; resta-nos sómente dizer algumas palavras, em relação a sua physiologia e movimentos, para darmos como concluida, esta primeira parte de nosso trabalho.

Suspenso ao tronco pela pressão atmospherica, como o provão as concludentes, experiencias dos irmãos Weber, o peso do membro inferior não se faz sentir em nenhuma das partes articulares, achando-se n'esta articulação reunidas as condições precisas, para a grande mobilidade de que goza e para solidez indispensavel a seus usos.

Typo das enarthroses, como a qualificação a maioria dos autores, a articulação coxo-femural goza de todos os movimentos, que « sem embaraço e sem fadiga, segundo Richet, a acção muscular imprime a esta alavanca oscilante; sendo sufficiente a mais ligeira contracção para a levar no sentido da potencia que a solicita. »

A *flexão*, que é produzida pelos musculos, recto anterior, psoas e iliaco, pectineo, médio e pequeno adductores e glutêos, dá lugar a projecção da extremidade inferior do femur para diante, escoregando a sua extremidade superior de cima para baixo. Este movimento que é muito extenso, e só limitado pelo encontro da parede abdominal pela face anterior da coxa, não determina deslocamento algum desde que não se ache combinado com algum dos outros movimentos.

O *movimento de extensão* muito menos amplo que o precedente é determinado pelos musculos grande glutêo, biceps, semi-tendinoso e semi-membranoso. Sua amplidão é marcada pela tensão e torsão extremas das fibras ligamentosas anteriores, que constituem o ligamento de Bertin. Não é porém sómente este ligamento que limita este movimento, durante o qual, não só se vê, segundo os Srs. Martin et Colli-neau, extremamente tensos os feixes posteriores, como o sacco inteiro da membrana capsular.

Na *adducção* a extremidade inferior do femur sendo levada para a linha medianna, pelos adductores, pectineo, recto interno e costureiro, a cabeça do osso escorega na cavidade cotyloide de dentro para fóra e de baixo para cima. A amplidão d'este movimento varia segundo elle coincide com a meia flexão ou com a extensão. N'este caso, a tensão extrema do ligamento redondo, e das fibras do ligamento supero-posterior sobrevindo logo, tornão impossivel o movimento sem seo despedaçamento: ao passo que, quando o membro tem sido levado primitivamente na meia flexão o relachamento das fibras d'estes ligamentos, lhes deixa uma maior liberdade, podendo a adducção exceder mais ou menos a linha medianna e ser mesmo exagerados, dando lugar a uma luxação para cima e para fóra, que é considerada por todos a mais frequente.

Na *abducção*, a coxa levada para fóra, pelos pequenos e médio glutêos, pelas fibras posteriores do grande glutêo, pelo tensor do *fascia-*

lata, pelo pyramidal, obturador, interno e gêmeos se affasta da linha medianna, ao passo que a cabeça do femur escorrega de fóra para dentro e de cima para baixo, fazendo uma saliência ao bolso formado no segmento inferior da capsula e repuxando o ligamento redondo.

N'estas circumstancias, sobretudo si o movimento é exagerado, póde ter lugar uma luxação para baixo e para dentro, porém raramente, segundo o Sr. Richet.

O movimento de *circumducção* que se produz pela contracção successiva de todos os musculos que movem o femur; póde ter lugar de fóra para dentro, ou de dentro para fóra. Segundo os Srs. Humbert et Jacquier, n'este movimento a alavanca da *circumducção* é representada por uma linha dirigida obliquamente da articulação coxo-femural ao meio dos codylos.

Os movimentos de *rotação* que, segundo o professor Cruveilhier, *parecem mais custar a natureza*, são aquelles em que a coxa volta sobre seu eixo, quer este se conserve ou não parallello ao do corpo.

Estes movimentos podem ter lugar para dentro, ou para fóra: no 1.º caso, a cabeça do femur rola na cavidade de diante para traz, pela contracção do tensor do *fascia-lata*, do semi-tendinoso e das fibras anteriores do grande glutêo: no 2.º ao contrario ella volta na cavidade de traz para diante, o grande trochanter descrevendo um arco de circulo de diante para traz.

Ao passo que, como já vimos, a rotação para dentro só é produzida pelos tres musculos de que já fallamos, a rotação para fóra, que é, segundo Cruveilhier, a mais natural d'esta articulação, é determinada pelos glutêos, (menos pelas fibras anteriores), pelo costureiro, recto interno, adductores, pectineo, psoas e iliaco sobretudo, segundo os Sr. Humbert et Jacquier, pelos gêmeos, obturadores interno e externo, pyramidal, e quadrado crural.

Limitados pela resistencia dos ligamentos capsulares anteriores e posteriores estes movimentos, sobretudo o ultimo, podem-se tornar muito extensos, nos individuos que se tenham exercitado desde a mocidade.

Muito mais fortes numerosos e bem dispostos, que os rotadores para dentro, que poderiam si predominassem, em certas circumstancias embaraçar a marcha, os rotadores para fóra, sómente pela sua tonicidade, annullão os effeitos desagradaveis d'aquelle predominio, e por um ligeiro gráo de abducção e rotação para fóra collocão o membro na posição propria, quer para *«augmentar, segundo os Srs. Martin et Collineau, a solidez da estação, quer para, manter o equilibrio do membro em estado de mobilidade»*.

SEGUNDA PARTE

DIVISÃO DAS AFFECÇÕES COXO-FEMURAES

As affecções coxo-femuraes são do numero d'aquellas que menos tem attrahido a attenção dos doutos e seo estudo se acha ainda bastante atrazado apesar de numerosas e importantes monographias que têm sido publicadas. A ausencia de uma classificação perfeita d'estas affecções é uma prova bem evidente d'este atrazo que ainda se faz sentir a muitos outros respeito.

Percorrendo diversas livrarias, sómente encontramos na Bibliotheca d'esta Faculdade, uma these apresentada em Paris pelo Sr. Dr. Nicaise, em 1869, que igualmente tem por objecto. «O diagnostico differencial das affecções coxo-femuraes. »

O autor d'este importante trabalho divide estas affecções em : *traumaticas ; inflammatorias ; nervosas ; deformidades e molestias raras*. Julgamos haver alguma vantagem em substituir esta divisão, algum tanto arbitraria, por outra que tenha sobretudo em vista a séde da affecção. Para isto conseguir, baseamos, na disposição especial que a capsula offerece, assim como em seus limites precisos e constantes, que já descrevemos cuidadosamente, a divisão que apresentamos no seguinte quadro.



Divisão das affecções coxo-femurales

TRA-CAPSULARES	TRAUMATICAS	- Fractura intra-capsular do collo - Disjunção epiphysaria - Fractura do fundo da cavidade
	NÃO TRAUMATICAS	- Agudas - Arthrite primitiva - Arthrites consecutivas - Chronica - Arthrites rheum. - Chronica simples - Chronica osteophytica - Hydarthrose - Coxalgias - Capsular - Ossea - Corpos extranhos articulares
EXTRA-CAPSULARES	TRAUMATICAS	- Contusão extra-capsular - Ferimentos não penetrantes - Fractura extra-capsular do collo - Fractura do grande trochanter - Fracturas da bacia
	NÃO TRAUMATICAS	- Agudas - Phlegmões - Anthrax - Inflamações de bolsas serosas - Myosite - Chronicas - Coxalgia hysterica - Rheumatismo muscular - Osteite do grande trochanter - Alterações kysticas do grande trochanter - Carie dos ossos da bacia - Hygromas - Aneurisma da crural - Lipomas
MIXTAS	TRAUMATICAS	- Contusões profundas - Ferimentos penetrantes - Entorse - Luxações (recente ou antiga) - Ilio-pubianna - Ischio-pubianna - Ilio-ischiatice - Iliaca
	NÃO TRAUMATICAS	- Osteite juxta-epiphysaria - Cancer da extremidade superior do femur - Luxações congenitas

SYMPTOMATOLOGIA DAS AFFECÇÕES COXO-FEMURAES

Muito variados os symptomas das affecções coxo-femuraes podem ser divididos em *geraes* e *locaes*. Trataremos em primeiro lugar d'estes, que subdividiremos em *subjectivos* e *objectivos*. Entre os primeiros estudaremos a dôr, o estalido, os movimentos voluntarios e a funcção da locomoção ; e entre os segundos os signaes fornecidos, pelo exame da pelle, pelos movimentos communicados, pelas deformações do membro e pelas do quadril.

CAPITULO I.

SIGNAES SUBJECTIVOS

§ 1.º *Dôr*. Nas affecções coxo-femuraes, a dôr constitue um dos phenomenos mais frequentes e ao mesmo tempo um dos mais constantes. Tendo a sua séde ordinaria no quadril, onde pôde occupar pontos diversos, conforme a lesão que a determine, as vezes ella tambem se estende ao joelho onde mesmo não é raro, em casos de molestias que nos occupão, ella em primeiro lugar se manifestar.

Apresentando uma intensidade variavel n'estas affecções, podendo ou não ser exagerada pela pressão e movimentos expontaneos ou communicados, ella pôde ora ser fixa, ora erratica, pode ser tensiva, gravativa, pulsativa, lancinante, pruriginosa, pungitiva, surda e profunda e finalmente intermittente ou continua.

Nas molestias traumaticas a sua intensidade, que é viva, a ponto de poder determinar uma syncope, na *entorse*, é ordinariamente variavel e se acha em relação, quasi sempre, com a extensão séde e gravidade da lesão.

Em geral é muito pouco intensa no repouso, em que pôde mesmo ser nulla nas affecções traumaticas intra-capsulares, nas quaes tem sua séde ordinaria na préga da virilha, ou junto do pequeno e principalmente do grande trochanter, no caso de *fractura do fundo da cavidade*.

Ella é mais ou menos intensa nas lesões extra-capsulares, e occupa o grande trochanter nas *fracturas* d'esta apophyse e na *contusão simples*, apresentando as vezes n'este ultimo caso, segundo os

autores, um character de rebeldia, que póde fazer crêr em uma inflamação articular, e que é attribuido, por Bonnet de Lyon, a penetração das cellulas do tecido esponjoso do grande trochanter por sua lamina externa deprimida. Ordinariamente muito intensa e geral, nas *fracturas extra-capsulares do collo* e nas da *bacia*, em que são grandemente augmentadas pela pressão e pelos menores movimentos; ella é de uma intensidade mediocre nos *ferimentos extra-capsulares*, salvo os casos em que elles se complicação de accidentes inflammatorios.

Geralmente muito viva nas traumaticas mixtas, menos nas *luxações antigas* que não a apresentam, ella quasi sempre se acompanha de sensação de ruptura interna nas *luxações* e *entorses*. Muitas vezes acompanhada de uma abollição temporaria das funcções do membro, nas *contusões profundas* em que é em muitos casos rebelde e sempre como nos precedentes, augmentada pela pressão e movimentos: offerece uma intensidade variavel nos primeiros instantes que seguem o *ferimento penetrante*, de surda e profunda que se torna mais tarde, attingindo depois, por occasião da inflamação da articulação, uma agudeza extrema.

Nas molestias não traumaticas intra-capsulares, ella se apresenta bruscamente muito intensa, continua, exagerada pelos menores movimentos, pela pressão e pelos sobresaltos do membro sobrevindos durante a noite, que podem arrancar gritos ao doente, e quasi sempre é precedida de calefrios, nas *arthrites agudas*, nas quaes ella occupa tambem os ganglios inguinaes correspondentes. Ella é viva, porém passageira e sobrevem sómente em certos movimentos especiaes, nos *corpos extranhos da articulação*.

As dores faltão completamente, nas *ankyloses*, que igualmente constituem symptomas. São limitadas ao quadril, vagas, passageiras e não provocadas pela pressão, nas *arthrites chronicas*. Ellas constituem antes um incommodo, na *hydarthrose*. E offerecem, finalmente, caracteristicos bastante notaveis nas *coxalgias*, para cujo diagnostico muito concorrem. N'estas molestias ordinariamente ellas precedem a claudicação e constituem o symptoma inicial. Quasi sempre obscuras no começo, ellas pódem ser despertadas, quer, pela pressão na região inguinal interna ou um pouco para cima e para traz do grande trochanter; quer, por meio da rotação de fóra para dentro, como indicão os autores. Podendo variar de character, ellas apresentam mais tarde, no periodo de estado, um typo continuo, uma grande intensidade e exacerbações que determinão perturbações da acção muscular, traduzidas por contracções spasmodicas e por sobresaltos do membro independentes da vontade do doente, os quaes ainda mais as exagerão e finalmente por contracturas

Estas dores do quadril são ligadas na maioria dos casos de *coxalgias*, a dores sympathicas que se manifestão no joelho, não sendo raros os casos em que, estas são primeiro sentidas pelo doente, que julga padecer da articulação correspondente, que se acha entretanto em perfeito estado physiologico.

Nas não traumaticas extra-capsulares, a dôr é muito intensa sobretudo, *in loco*, nas *alterações kysticas* do grande trochanter e na *osteite* d'esta apophyse, por occasião da qual, pode-se apresentar em outros pontos da região, nos quaes entretanto a pressão não a desperta.

Ella é de uma intensidade variavel e primitiva, nas *inflamações agudas das bolsas serosas*; ao passo que é ordinariamente tardia nas suas *inflamações chronicas* ou *hygromas*.

Ella é tensiva, pulsativa e augmenta pela pressão e movimentos nos *phlegmões circumscriptos*; ao passo que atroz, nos *phlegmões diffusos*, em que são igualmente exageradas pela pressão e movimentos, ellas seguem as direcções, já dos nervos superficiaes, já dos profundos, conforme a especie de que se trata.

Violenta e acompanhada de uma viva hyperesthesia cutanea durante o dia, na *coxalgia-hysterica*, em que a exasperação é maior ao ligeiro tocar em certos pontos, (falsas costellas, ilion e malleolos) que por fortes pressõesahi exercidas; ella não tem séde precisa na região que nos occupa, nem se manifesta durante a noite, nem produz contracções spasmodicas, que determinem a sua exaggeração.

Fixa em um musculo ou em um grupo de musculos, que se apresentão retrahidos, em alguns casos obscura, em outros bastante intensa para arrancar gritos ao doente, ella é ordinariamente no começo da molestia e em seo periodo de estado augmentada pela pressão ou movimentos, no *rheumatismo muscular chronico* e na *myosite aguda*.

De uma intensidade variavel na *carie dos ossos da bacia* em que augmenta pela pressão no ponto correspondente a lesão: ella é muito intensa, augmenta com os progressos do mal e torna-se por fim comparavel, no *anthraz*, ao ardor de uma braza applicada sobre a parte. Muito raramente observada nos casos de aneurisma da crural, ella falta completamente nos lipomas.

Nas molestias não traumaticas mixta: ella falta totalmente nas *luxações congenitas*; constitue o primeiro symptoma da *osteite juxta epiphysaria* da qual o começo obscuro passa quasi sempre desaperccebido; e é tambem um dos phenomenos mais importantes que acompanha ao

cancer do quadril, em que, como em muitos outros casos, offerece caracteristicos especiaes. Ora obscura, mais vezes viva e passageira no começo d'esta affecção, em que póde sobrevir expontaneamente, ou por occasião de uma fadiga ou de um movimento brusco, ellas mais tarde se tornão lancinantes. Em alguns casos augmentando para a noite, ellas são fixas, não sobrevêm por accessos regulares, nem se exacerbão pelo calor ou pela pressão.

Bem que muito importantes para o diagnostico das affecções que nos occupão, estas diversas variedades de dores, não têm um valor absoluto; já porque, nem sempre em clinica se poderá reconhecer bem claramente os seus caracteristicos, já porque ellas se podem manifestar, como o indicão os autores, em estados morbidos completamente independentes d'aquelles que se achão consignados. É assim que, nas epochas menstruaes, certas mulheres dysmenorrheicas podem apresentar dores n'esta região com irradiações para as coxas até os joelhos. Abernethy e Bell, (citados por Nicaise) tambem dizem que estas dores podem coincidir e desapparecer com certas molestias, taes como: desordens intestinaes, molestias do recto, dos rins e estreitamentos de urethra.

Certamente de pouco seria diminuido o seo valor diagnostico si ella sómente se manifestass: n'estas condições que referimos; mas acontece que além d'estes casos, nos quaes a poucos erros poderia levar o clinico, ella se apresenta em outros que não são tão facéis de distinguir, que são: 1.º *A sacro-coxalgia*; 2.º *A neuralgia sciatica*; 3.º *Os abcessos da bainha do psoas*, e 4.º finalmente as *arthropatias do joelho*.

No 1.º caso, podendo occupar todo o membro ou sómente o quadril e o joelho, em que de ordinario predomina, ella não se manifesta na articulação coxo-femural, da qual os movimentos não são dolorosos; si a bacia tem sido completamente immobilisada. Da mesma maneira podendo ser despertada ou exagerada na articulação sacro-iliaca por pressões exercidas, do lado interno d'esta articulação, ou ao nivel da espinha iliaca postero-superior ou pelo tocar rectal ou vaginal, ella não se manifesta na articulação coxo-femural si se comprime nos pontos de que já fallamos anteriormente.

No 2.º caso, além d'ella não se manifestar nem no joelho, nem no grande trochanter, nem na articulação, ella apresenta os 5 pontos; lombar, sacro-iliaco, iliaco, femural superior e inferior nos quaes ordinariamente é despertada ou exagerada pela pressão.

No 3.º caso, além de uma maior intensidade na região lombar, ella apresenta como distinctivo o augmento na estação vertical, assim como

nos movimentos espontaneos ou communicados de extensão e rotação para fóra.

No 4.º caso, finalmente, ella só poderia dar lugar ao diagnostico ou desconhecimento de uma affecção coxo-femural, pela ausencia de um exame cuidadoso, e pela precipitação do pratico.

§ II *Estalido*. O estalido sentido pelo doente ou ouvido pelos circumstantes no momento do accidente, constitue um signal muito importante, que deve ser tido em grande consideração, por se encontrar sómente em um pequeno numero d'estas affecções. Com effeito, é por occasião das *diversas fracturas* e mais especialmente d'aquellas que affectão o *collo*, assim como nos casos de *disjunção epiphysaria*, que elle se póde manifestar.

§ III. *Movimento voluntarios*. Os movimentos voluntarios são ordinariamente mais ou menos alterados nas affecções coxo-femurais, em consequencia de causas, que a seo tempo apontaremos. Estas alterações podem ser constituidas: 1.º Simplesmente por um embaraço em gráo mais ou menos forte; 2.º Por uma abolição total ou parcial de certos movimentos e 3.º Por uma abolição completa de todos elles.

Estudaremos resumidamente cada uma d'estas alterações nas diversas affecções que as apresentam, procurando ao mesmo tempo assignalar as causas a que podem ser attribuidas.

O simples embaraço dos movimentos voluntarios reconhece ordinariamente como causa, a dor experimentada pelo doente, e se encontra: 1.º Nas *fracturas intra-capsulares* e nas *disjunções epiphysarias*, quando estas lesões não são acompanhadas de deslocamentos dos fragmentos; 2.º Em alguns casos de *contusões profundas*; 3.º Em certas *entorses* algum tempo depois do accidente; 4.º Na *hyalarthrose*, em que são acompanhados de um ruido especial, característico, chamado pelos francezes de *clapotement*; 5.º Na *arthrite rheumatismal chronica simples*, na qual o exercicio traz uma grande diminuição do embaraço, que póde momentaneamente desaparecer; 6.º Na *arthrite rheumatismal chronica osteophytica*, em que póde mais tarde se tornar mui difficil, e ser acompanhados de um *stridôr* especial, que é sobretudo ouvido durante a marcha; 7.º Nos *corpos extranhos da articulação*, em que são muito passageiros; 8.º Nas *ankyloses consecutivas* e incompletas; 9.º No começo das *coxalgias*; 10.º Nos casos de *rheumatismo muscular*; 11.º Nos casos de *ph'ej nês* principalmente *diffusos profundos*, que podem mesmo trazer a immobildade completa; 12.º Nos casos de *anthraz*; e finalmente, 13.º em certas molestias extranhas a região que nos occupa, entre as quaes citaremos a *neuralgia sciatica*, a *sacro-coxalgia* e os *abcessos da bainha do psoas*.

A abolição parcial d'estes movimentos, reconhecendo quasi sempre

como causa a disposição especial das superficies articulares, depende em certos outros de solução de continuidade dos musculos, que são os agentes de sua producção, e em outros finalmente de dôres que provocam. Ella se encontra: 1.º Nas *fracturas da cavidade cotyloide* com penetração da cabeça do femur na pelvis, que traz a impossibilidade da extensão da coxa; 2.º Em certos casos de *ferimentos penetrantes ou não*; 3.º Nas *fracturas do grande trochanter* que impedem, pela dôr, os movimentos de flexão com adducção ou este ultimo isoladamente; 4.º Nos *deslocamentos*, quer traumáticos, quer consecutivos, quer congenitos, nos quaes a fixidade das posições impossibilitam os pascientes de certos movimentos, que são: a. A adducção e a rotação interna, na luxação *ilio-pubianna*; b. A extensão, adducção e rotação, interna na *ischio-pubianna*; c. A abducção e rotação externa, na *iliaca* e na *ilio-ischiatica*; 5.º Na *osteite do grande trochanter*, em que a dôr impede principalmente a adducção e a rotação interna; 6.º Nas *inflamações dos musculos*; e finalmente, 7.º Na *osteite juxta epiphysaria*, em que a mesma causa, a dôr, impede a extensão da coxa sobre a bacia.

A abolição completa dos movimentos voluntarios, pôde ser: temporaria e permanente.

A temporaria é ordinariamente devida a contracturas, que, segundo o Dr. Nicaise, podem ser: idiopathicas, reflexas, symptomaticas e simuladas; e em outros casos a soluções de continuidades do esqueleto, e se encontra: 1.º Nas *fracturas do collo*; 2.º Na *disjunção epiphysaria*; 3.º Em certos casos de *contusões* principalmente profundas; 4.º No periodo *inflammatorio* dos *ferimentos penetrantes*; 5.º Em certas *entorses*, algum tempo depois do accidente; 6.º Em certos casos de *fracturas da bacia*; 7.º Nas *arthrites agudas*; 8.º Na *coxalgia hysterica*, por occasião dos accessos; 9.º No periodo de estado das *coxalgias*, em que não é raro, segundo os Srs. Martin et Collineau, sobrevirem contracções spasmodicas dos musculos pelvi-femuraes, provocadas pelas dôres atrozes soffridas pelos doentes, as quaes mais exageram a estas, pela agitação da coxa e abalos da articulação que determinam. Estas desordens relativamente precoces na *coxalgia capsular*, são, segundo os mesmos autores, tardias nos casos de *coxalgia ossea*.

Além d'estas affecções que acabamos de enumerar esta abolição temporaria e completa dos movimentos voluntarios ainda pôde sobrevir em certas molestias *medullares* e *encephalicas*, que entretanto só em casos muito excepcionaes se poderiam confundir com aquellas das quaes o diagnostico los occupa.

Quanto a abolição permanente d'estes movimentos sómente se encontra nos casos de ankyloses perfectas.

§ IV. *Função da locomoção*. A função da locomoção offerece, em quasi todas as affecções coxo-femuraes alterações mais ou menos

notaveis dependentes de causas diversas, traduzidas ; já por um simples embaraço a progressão ; já pela impossibilidade ou ao menos extrema difficuldade d'ella. Em alguns casos, a impossibilidade da marcha, sobrevem bruscamente, em outros, sómente depois de um tempo mais ou menos longo. Em alguns casos, o simples embaraço é passageiro e mais ou menos doloroso, ao passo que, permanente, elle é sempre indolente em outros. Estudaremos em primeiro lugar, os casos em que a impossibilidade da progressão é primitiva, para depois passarmos aos em que ella sobrevem secundariamente, e por fim aos outros dous casos que figuramos.

A impossibilidade ou ao menos extrema difficuldade da marcha, sobrevem bruscamente : 1.º Em *todas as lesões traumaticas recentes*, a excepção das *contusões simples*, e das *feridas penetrantes* ou não pouco extensas ; 2.º Nas *arthrites agudas*, quer primitivas, secundarias ou consecutivas.

A impossibilidade da progressão sobrevem consecutivamente; 1.º Nas *femuro coxalgias*, em que as desordens da locomoção ordinariamente representadas no começo da affecção, simplesmente por uma diminuição na agilidade do membro, que entretanto não impede o andar, a carreira, ou o salto, segundo os Srs. Martin et Collineau, mais se accentuão pelos progressos da lesão constituindo a claudicação que, pouco notavel no principio augmenta progressivamente, em consequencia da exaggeração das dôres, e da accentuação da posição viciosa que o membro apresenta, chegando pouco a pouco, e por effeito d'estas desordens a impotencia pouco mais ou menos absoluta.

Além dos casos de *phlegmões diffusos profundos*, em que igualmente esta impossibilidade da marcha sobrevem no fim de pouco tempo, ella tambem póde depender de certas affecções extranhas á região, taes como : A sacro-coxalgia, a suppuração da bolsa serosa do psoas, certas affecções do joelho e outras ainda, que entretanto se distinguem, como estas por certos symptomas que mais tarde veremos.

O simples embaraço mais ou menos duradouro com claudicação mais ou menos notavel é dôr de gráo variavel, se nota 1.º Na *hydarthrose*, em que a marcha é acompanhada do ruido especial de que já fallamos, que, segundo Marjolin, se torna sobretudo notavel par esta occasião : 2.º Na *arthritis rheumatismal chronica simples*, em que o exercicio traz uma diminuição d'estes embaraços ; 3.º Na *arthritis rheumatismal chronica osteophytica* ; n'este caso, os caracteristicos offerecidos pela marcha são importantes. A principio muito pouco notavel, o embaraço, augmenta no fim de algum tempo, pela rigidez e entorpecimento que, igualmente, como no caso precedente, diminuem pelo exercicio. A planta do pé repousa, por sua occasião em totalidade sobre o solo e ouve-se então um

stridor especial muito característico : 4.° Nos corpos extranhos da articulação, em que estas desordens são muito passageiras; 5.° Nas inflamações agudas das bolsas serosas; 6.° Nos phlegmões circumscriptos e diffusos superficiaes; 7.° Na myosite aguda; 8.° No rheumatismo muscular chronico; 9.° Na osteite e nas alterações kysticas do grande trochanter 10.° Na coxalgia hysterica, em que o simples embaraço e a claudicação podem por occasião dos accessos ser substituidos pela abolição completa da funcção, e finalmente 11.° Na osteite juxta epiphysaria, em que igualmente nos casos graves a locomoção póde ser abolida.

O simples embaraço tambem póde ser observado em certas moles-tias independente da região, entre as quaes citaremos : a *nevralgia scia-tica*, na qual nunca ha abolição completa e os doentes parecem saudar andando. Este caracter especial, que apresenta a progressão, n'este caso, é muito importante para o diagnostico, e depende da falta de energia na contracção dos musculos pelvi-femuraes.

A claudicação ordinariamente notavel, é indolente : 1.° Nos casos de *fracturas intra-capsulares*, não consolidadas; 2.° Em certas *disjunções epiphysarias*; 3.° Nas *fracturas extra-capsulares* do collo que tiveram a mesma terminação; 4.° Nas *luxações traumaticas antigas*, não reduzidas; 5.° Nos *deslocamentos consecutivos*; 6.° Nas *luxações congenitas* e finalmente 7.° Nas *ankyloses* completas ou incompletas e consecutivas, nas quaes o gráo do embaraço a marcha, depende da posição mais ou menos vicio-sa que o membro apresentava por occasião de seo estabelecimento.

CAPITULO II.

SIGNAES OBJECTIVOS

§ I. *Exame da pelle.* O exame do tegumento externo poucos signaes diagnosticos distinctivos fornece ao pratico, no estudo das affecções coxo-femuraes, mas alguns d'elles são assaz importantes e não os deve-mos passar em silencio. Em primeiro lugar o examinaremos nas lesões *traumaticas* e depois nas *não traumaticas*

Nas primeiras elle offerece quasi constantemente echymoses mais ou menos extensas que faltam completamente nos casos de *feridas não contusas* e nas *luxações traumaticas antigas*. Estas echymoses que, nos casos de violencias directas se manifestão, em geral, pouco tempo depois da applicação da causa, levam nos casos contrarios um tempo mais

ou menos longo a se mostrarem. Acompanhadas ordinariamente de contusões mais ou menos profundas nas primeiras, em que não raras vezes se manifestam descollamentos e derrames sanguineos sub-cutaneos ou sub-aponevroticos ; ellas são na maioria dos outros casos simples expressão da ruptura de pequenos vasos por effeito da distensão mais ou menos violenta que supportarão.

Nas affecções não-traumaticas este exame é muito mais importante e demonstra que : normal, no começo da maioria das molestias que nos occupão, a pelle não offerece em geral, ou sempre, alteração alguma durante a evolução da affecção, nos casos de : *arthrites chronicas*, *hyarthrose*, *corpos extranhos*, *hygromas*, *aneurismas*, *lipomas*, *luxações congenitas*, *rheumatismo muscular chronico* em que é séde, em muitos casos de uma sensação de frio, a qual se acrescentão alternativas de calor na *coxalgia hysterica*.

Rubra, com uma temperatura superior a normal e em alguns casos luzidia nos *arthrites agudas*, nas *inflammaciones de bolsas serosas* e na *myosite*, nas quaes se mostram algumas vezes fistulas ou cicatrizes dependentes da suppuração. Ella é pallida, oedemaciada e offerece mais tarde aberturas para o escoamento do pús, nos *phlegmões circumscriptos* e *diffusos profundos*.

Rubra tumefacta e quente, ella offerece ulteriormente fistulas ou cicatrizes mais ou menos numerosas ; 1.º Nas *coxalgias*, em seus periodos de estado e terminal; 2.º Nos casos de *phlegmões superficiaes* ; 3.º No *anthraz*, em que se torna mais tarde luzidia e de cores carregadas, offerecendo vesiculas que rompendo-se deixam sahir o carnicão e pús fetido ; 4.º Nos casos de *osteite e alterações kysticas do grande trochanter* ; 5.º Na *carie dos ossos da bacia* em que a fistula occupa o centro de uma fungosidade e deixa correr um pús seroso ; 6.º Na *osteite juxta epiphysaria* ; e finalmente 7.º No *cancer da extremidade superior do femur*, em que a principio normal, como na maioria dos casos que temos estudado, deixa mais tarde vêr por transparencia veias flexuosas e dilatadas, pelo desenvolvimento do tumor que a tornou liza, lusidia e adelgada, o que provocando a manifestação de uma erysipela gangrenosa, da lugar a sua ulceração e a exposição do tecido canceroso, do qual o succo apresenta o cheiro e os demais característicos que lhe são proprios.

§ II *Movimentos communicados*. Pouco mais ou menos normaes em certos casos, estes movimentos são em outros, já limitados, já exagerados e já abolidos quer parcial, quer totalmente.

Elles são pouco mais ou menos normaes, nos casos de : *ferimentos penetrantes* ou não, nos de *corpos extranhos articulares*, nos de *hygromas* e tambem nos de certas affecções extranhas á região ; taes como : a sacro-

coxalgia, certas affecções do joelho e outras, quando são tomadas certas precauções, como por exemplo : a immobilisação completa da bacia, no primeiro d'estes casos.

Elles são limitados pelas dores que despertam : Em certos casos de *contusões* ; nas *fracturas do grande trochanter*, nas da *bacia* ; nas *arthrites chronicas*, na *inflamação aguda das bolsas serosas*; nos *phlegmões circumscriptos e diffusos superficiaes*, na *myosite aguda*, no *rheumatismo muscular chronico*; na *osteite* e nas *alterações kysticas do grande trochanter* ; na *osteite juxta epiphysaria* e em certas molestias extranhas, taes como : os abscessos da bainha do *psoas* e de sua bolsa serosa.

Elles são exagerados e ordinariamente acompanhados de dores mais ou menos vivas e de um ruido secco ou de uma sensação especial, que constituem a crepitação, na *disjunção epiphysaria*, nas *fracturas do fundo da cavidade cotyloide* com penetração da cabeça do osso no pelvis e nas *fracturas intra e extra-capsulares* sem engrenagem ou penetração dos fragmentos.

A abolição parcial ou de certos movimentos, póde depender de causas diversas. E' assim que ella é devida : ora, a novas relações da cabeça do osso, como acontece nas *luxações*, quer *congenitas*, quer *consecutivas*, quer *traumaticas* recentes ou antigas; ora, a adherencias mais ou menos perfectas que se têm estabelecido, como nos casos de *ankyloses incompletas* ; ora, é devida as dores que elles despertam e as contracturas que então sobrevêm ; como nos casos de *coxalgias*, e ora, finalmente, ella póde reconhecer como causa, simplesmente uma accumulação de liquidos na capsula articular, como o demonstrão as experiencias de injeções forçadas do Sr. Bonnet (de Lyon) e como tem lugar nas *hydarthroses*. N'este ultimo caso, é por meio da compressão brusca da cabeça do osso contra a cavidade cotyloide, aconselhada por Ollier, que se obtem o choque cotyloidianno, um dos symptomas mais importantes da affecção.

Os movimentos communicados são, finalmente, abolidos em totalidade, quer em consequencia de dôres muito intensas e de contracturas, como tem lugar : nas *arthrites agudas*, no periodo de estado das *coxalgias*, nos *phlegmões diffusos profundos* e na *coxalgia hysterica* ; quer em consequencia de adherencias intimas e perfectas, como succede nas *ankyloses completas*.

§ III *Desvios na direcção do membro*. Dividiremos, para maior facilidade de comprehensão e sobretudo de exposição, os desvios de direcção do membro em : *traumaticos ou instantaneos* e *não traumaticos ou lentos*.

(A.) *Desvios de direcção traumaticos ou instantaneos*. Estas especies de desvios produzidos, como o seu nome o indica, por traumatismos mais ou menos violentos, acompanham mais frequentemente as *fractu-*

ras, as luxações e as contusões profundas. Elles são mais ou menos facilmente corrigidos ; em alguns casos, não mais se reproduzem; em outros esta reprodução tem lugar, desde que o membro é abandonado a si mesmo. Tenão em geral uma duração muito curta, estes desvios, salvo os casos de luxações antigas e de fracturas não consolidadas, nunca trazem modificações de igual natureza no esqueleto da bacia ou da columna vertebral, pelo que nada diremos aqui a respeito dos seus effeitos, nem tão pouco de seo diagnostico, que nada differe do dos outros desvios que depois estudaremos, passando desde já á apreciação de seo valor diagnostico que é assaz importante.

Elle é ordinariamente constituido pela rotação para fóra nas lesões traumaticas *intra-capsulares*, menos nas *fracturas do fundo da cavidade*, que sendo acompanhadas de penetração da cabeça do osso na bacia, dá lugar a uma flexão com rotação externa ou interna.

Apresentando em geral aquella mesma direcção na *fractura extra-capsular do collo*, o membro se colloca em flexão com abducção e rotação para fóra nos casos de *fracturas da bacia* ou do *grande trochanter*.

Collocado em flexão com uma ligeira rotação para fóra, nas *contusões profundas*, assim como na *luxação ischio-pubianna* ; o membro se acha, na *ilio-pubianna* em extensão, abducção e rotação para fóra, e em adducção e rotação interna nas *iliaca* e *ilio-ischiatica*, havendo n'aquella flexão ligeira e n'esta uma flexão forçada.

[B.] *Desvios não traumaticos*. Bonnet, de Lyon, reduz a tres especies as differentes posições viciosas affectadas pelo membro inferior nas molestias coxo-femuraes.

O Dr. Nicaise, em sua these de concurso, abstrahindo dos casos que acabamos de estudar, dos quaes nada diz, acceita esta classificação que igualmente adoptaremos.

Segundo aquelle autor, a coxa pôde apresentar-se : 1.º Em flexão directa sobre a bacia ; 2.º Em flexão com a abducção e rotação externa ; e 3.º Em flexão com adducção e rotação para dentro.

O 1.º d'estes casos é, segundo o mesmo autor, muito raro, sendo ao contrario o 2.º e o 3.º mais ou menos frequentemente encontrados na pratica.

Determinados em certos casos, simplesmente pelo decubitus dos doentes, e pelo instincto que os leva a procurar a posição em que menos soffrem, ou por uma contractura muscular ; elles são segundo os Srs. Martin et Collineau, devidos em outros, ou a retracção do grupo de fibras ligamentosas mais fortes e espessas da capsula ; ou finalmente a contracção physiologica dos musculos, que apressa as desordens deter-

minadas pelo estado phlegmasico da porção supero-posterior do superscilio cotyloidêo. Sobrevindos lenta ou rapidamente, estes desvios, que se apresentam em um gráo mais ou menos pronunciado, podem se tornar permanentes em consequencia, quer de uma retracção dos musculos tornados fibrosos, quer de uma ankylose; quer de um derrame de liquidos no interior da capsula, que póde, quando não ser a causa d'elles, ao menos exageral-os e mantel-os mais ou menos fixamente, como o demonstrão as curiosas experiencias do Sr. Bonnet, de Lyon.

Flexão. Quando pouco pronunciada, poucas são as desordens que acarreta, e constitue, segundo este professor, a melhor posição a desejar-se; porque, a capsula articular não sendo distendida em nenhum sentido, e a cabeça do femur não comprimindo a cavidade cotyloide em nenhum de seus pontos mais que em outros, não ha tendencia alguma a luxação expontanea, e no caso de ankylose, os movimentos se execução com pouca difficuldade, e a progressão é mesmo mais facil então, que quando a coxa se acha em extensão sobre a bacia.

Si porém a flexão se aproxima mais ou menos do angulo recto, a capsula é distendida para traz, o que produz uma grande saliencia da nadega, com projecção mais ou menos exagerada do tronco para a parte posterior, sobretudo durante a marcha e quando o doente se deita com os membros na extensão; e si então sobrevem a ankylose, o andar é extremamente difficil. e o doente só pouisa no chão a ponta do pé, concorrendo tambem para este resultado a flexão do joelho, que n'estas circumstancias é muito frequente.

Flexão com abducção e rotação para fóra. N'este caso, além dos inconvenientes que acabamos de assignalar na posição precedente, ainda se encontrão outros taes como: 1.º a distensão do lado interno da capsula, com saliencia da cabeça do femur para dentro e um pouco por diante da articulação, o que favorece as *luxações expontaneas* para este lado; 2.º inclinação do tronco para o lado são; 3.º inclinação da bacia para fóra, sobre a coxa, com projecção da espinha iliaca antero-superior correspondente mais para diante que a do lado opposto; 4.º maior saliencia da nadega do lado são; 5.º curvatura do rachis para o lado são, além de um certo gráo de torsão, e de curvatura para diante de que já fallamos; e 6.º finalmente, tendencias a deformação do joelho, onde tem lugar a distensão do ligamento lateral externo e mesmo em certos casos, segundo o Sr. Bonnet, *luxações do tibia para fóra e para traz.*

Flexão com adducção e rotação interna. Apresentando em commum com a precedente os inconvenientes proprios da flexão directa, esta posição tambem apresenta effeitos proprios, que são justamente oppostos aos da abducção com rotação externa.

E' assim que : 1.º a capsula se apresenta distendida para a parte postero-superior da articulação sobre a qual se apoia a cabeça do osso, da qual a luxação para ahi é muito favorecida ; 2.º o tronco se inclina para o lado doente, as costellas se approximando da crista iliaca correspondente ; 3.º a bacia soffre uma rotação, que a leva para traz e para dentro da extremidade superior do femur do lado doente, de modo que a espinha iliaca antero-superior correspondente é levada para dentro e um pouco para traz da espinha iliaca antero-superior opposta ; 4.º ha maior saliencia da nadega correspondente ; 5.º torsão do rachis que se acrescenta á curvatura de concavidade posterior devida a flexão, e a aquella determinada pela adducção na qual a concavidade olha para o lado doente ; e 6.º finalmente, posição viciosa do joelho.

Diagnosticos das posições. No diagnostico das posições Bonnet considera sempre, o caso em que a coxa se acha em flexão sobre a bacia ; e aquelle em que esta se acha em flexão sobre aquella. Tanto em um como em outro caso, porém, segundo este autor, os resultados são sempre identica e mathematicamente os mesmos, e por isto sómente entraremos n'esta distincção em relação ao diagnostico da flexão, tanto mais que esta sempre faz parte de qualquer das outras posições.

Flexão. O diagnostico da flexão é facil, quer ella seja dependente do movimento da coxa sobre a bacia, quer do da bacia sobre a coxa, contanto que o cirurgião não se limite, sobretudo no ultimo caso, a um exame superficial. Com effeito ; si no 1.º caso, logo á primeira vista se reconhece que o membro não repousa em toda a sua extensão sobre o leito, e por conseguinte se acha em flexão : no 2.º, mesmo pela sua extensão em tudo semelhante a do membro sã, ella poderia passar despercebida, si o cirurgião não nõtasse a curvatura posterior do rachis, a saliencia das nadegas e a proeminencia do abdomen.

Abducção e rotação para fóra. O diagnostico d'estes desvios tambem é facil, não podendo ser desconhecidos, todas as vezes que fôr necessario levar o membro para dentro, para que elle fique paralelo ao eixo prolongado do corpo, e que seja preciso voltar-o de fóra e de traz para diante e para dentro afim de ficar a sua face anterior dirigida para o mesmo ponto que o plano anterior da bacia.

Adducção e rotação interna.. E' justamente por signaes oppostos aos dos precedentes, que estes desvios serão reconhecidos. Com effeito, o membro aqui precisa ser affastado do eixo prolongado do corpo, e voltado de dentro para fóra, afim de achar-se em sua posição normal.

Si a estes signaes diagnosticos juntarmos aquelles que são proprios da flexão, que como já o dissemos, sempre coincide com estas posições, e dos quaes tratamos em primerio lugar, se achará completo o diagnostico das tres especies de desvios que, com Bonnet (de Lyon) e com o Dr.

Nicaise admittimos, os quaes affectando ao mesmo tempo o membro inferior, a bacia e a columna vertebral, em differentes molestias da região que estudamos, já por terem sido desconhecidos, já por terem sido desprezados, têm dado origem a erros nas mensurações, assim como a theorias e a asserções falsas, em relação a factos plenamente explicaveis pelo seu conhecimento perfeito.

Valor diagnostico das posições. Bem que podendo se manifestar em molestias extranhas a região coxo-femural taes como, entre outras : a nevralgia sciatica, a sacro coxalgia e a suppuração da bolsa serosa do psoas, os desvios do membro constituem signaes muito importantes no diagnostico das affecções que nos occupão.

A flexão, abducção e rotação para fóra, é constante nos casos de : *arthrites agudas, coxalgias capsulares e hydarthrose*. No primeiro d'estes casos, esta posição que segue de perto o começo da affecção, é mantida mais ou menos fixamente por contracções que as dores despertão ao menor movimento.

Sobrevinda em uma época mais ou menos distante do começo da molestia nos outros dous casos ; ella é precedida nas *coxalgias* de modificações características da attitude vertical do doente. Mantida mais ou menos fixamente n'esta affecção, pelas mesmas causas que nas arthrites e também pela retracção de certos ligamentos da capsula e pelo liquido derramado em seu interior, estes desvios se tornam muitas vezes permanentes por sua occasião.

A flexão, adducção e rotação interna, igualmente constantes na *coxalgia ossea* se apresentão de ordinario lentamente e se accentuão pouco a pouco, reconhecendo, segundo os Srs. Martin et Collineau, como causa primitiva a contracção physiologica dos musculos.

Inconstantes, estes desvios que se manifestão indifferentemente nas mesmas molestias, sobrevêm em uma época mais ou menos afastada do começo d'ellas, e *transitorios* ou *permanentes*, são mantidos mais ou menos fixamente em certos casos, taes como : os de *arthrites chronicas* (em que mais vezes se observa a 1.^a d'estas posições); de *myosite aguda, de inflammaciones agudas das bolsas serosas, de rheumatismo muscular chronico*; de *coxalgia hysterica*; de *osteite* e de *alterações kysticas do grande trochanter*; de *deslocamentos congenitos ou consecutivos*; de *osteite juxta epiphysaria*, de *cancer do quadril* e de *ankyloses*.

Em outros casos finalmente estes desvios faltão quasi sempre ou constantemente, constituindo por isto mesmo um signal, bem que negativo, importante no estudo de seu diagnostico differencial. Estas affec-

ções são : os corpos estranhos articulares, os hygromas, as caries dos ossos da bacia, os phlegmões, os aneurismas ; os lipomas e o anthraz.

§ IV. *Diferenças de longura do membro inferior.* Estas diferenças, que são : ora *apparentes* ora *reaes*, consistem em um *allongamento* ou em um *encurtamento do membro*, e merecem ser cuidadosamente estudadas, não só, por constituírem signaes muito frequentes e importantes das molestias da região que nos occupa, como também pela difficuldade de as demonstrar e de as interpretar, que tem muitas vezes dado origem a erros de diagnostico. De accordo com esta divisão, que accetamos, estudaremos em 1.º lugar, o *allongamento* e o *encurtamento apparentes* ; e em 2.º o *allongamento* e o *encurtamento reaes*

(A.) *Allongamento e encurtamento apparentes.* Devidos pura e simplesmente as diversas attitudes que estudamos, que sempre se acompanham de desvios da bacia e da columna vertebral, o *allongamento* e o *encurtamento apparentes* se observão em certas condições resumidas pelo Dr. Nicaise nas proposições seguintes :

«1.º L'abduction des membres produit, par l'abaissement du bassin l' allongement apparent á la vue. La flexion et l'inclinaison laterale du bassin qui accompagnent l'abduction donne un raccourcissement apparent á la mensuration.

«2.º L'adduction du membre s'accompagnant de deviations inverse du bassin, produit le raccourcissement apparent á la vue, et l'allongement apparent á la mensuration. »

E' considerando os membros inferiores como duas columnas iguaes, das quaes as extremidades superiores se inserem ás extremidades de uma linha horizontal que passe pelo centro das cavidades cotyloides, que este autor explica o *allongamento* e o *encurtamento apparentes* a vista. Com effeito facilmente comprehende-se que : si uma das extremidades d'esta linha baixa, e a outra se eleva, o membro também baixando no 1.º caso, parecerá *allongado*, ao passo que o outro se elevando parecerá ao contrario, mais curto.

E' também no importante trabalho, do mesmo autor, que encontramos uma explicação clara e precisa do *allongamento* e do *encurtamento apparentes* á mensuração. Suppondo no centro da articulação, um angulo formado pelo encontro de duas linhas partidas, uma da espinha iliaca antero-superior, e outra, do condylo externo do femur, sem difficuldade pode-se comprehender que este angulo, que é aberto para fóra e para diante, diminuindo na abducção, e augmentando na adducção a distancia que separa estes dous pontos de partida das linhas

deve ser menor na primeiro caso, e maior no segundo, que na extensão do membro; produzindo-se em consequencia d'isto o encurtamento e o allongamento apparentes á mensuração.

O abaixamento da bacia, porém, não é sufficiente para explicar toda a differença para mais que apresenta o membro doente, e Bonnet attribue o excesso de allongamento, que não é devido ao abaixamento da bacia, a propulsão para diante da espinha iliaca antero superior correspondente.

Como prova da influencia d'este adiantamento da espinha sobre o allongamento apparente, este autor apresenta a seguinte experiencia que vamos transcrever e nada deixa a desejar: « Remarquons toutefois que lorsqu'on est assis, on ne peut porter une épine iliaque en avant sans que le jenou correspondant ne dépasse celui du côté opposé, de la même étendue que l'épine iliaque la plus antérieure dépasse celle qui est restée en arrière. Il est de même lorsque la cuisse est légèrement flexie sur le bassin. Or, comme tous les malades affectés de coxalgies dont la cuisse est allongée ont cette cuisse flexie sur le bassin, on voit qu'ils se trouvent précisément dans le cas où la position plus antérieure de l'épine iliaque devient la cause d'un allongement apparent. »

O diagnostico do allongamento apparente á vista, assim como do encurtamento apparente á mensuração é em geral facil, bastando para isto collocar o membro são, na mesma posição apresentada pelo doente, isto é, em uma flexão, abducção e rotação para fóra igual a d'aquelle membro e a mesma distancia que elle, do eixo-prolongado do tronco, de que já fallamos, e depois medil-os comparativamente, devendo-se em todos os casos encontrar a mesma extensão em ambos.

A mesma facilidade, porém, não se encontra no diagnostico do encurtamento e do allongamento, o 1.º á vista, e o 2.º á mensuração; porque então, a posição do membro doente, impede a posição symetrica do lado são, e é sómente procurando levar o 1.º, á posição natural (o que nem sempre é possível) que poderemos comparal-os e demonstrar a sua igualdade.

Estas differenças apparentes de comprimento não offerecem importancia alguma no diagnostico das affecções que nos occupão e se encontram em todos os casos de posições viciosas que estudamos no parographo antecedente.

(B) *Allongamento real*. Objecto do estudo de grande numero de autores, diversas são as causas a que tem sido attribuido; passaremos porém em silencio o maior numero d'ellas, por serem puras hypotheses, inteiramente gratuitas, reservando-nos para dizer algumas palavras, só em relação aquellas que têm tido maior curso na sciencia. Assim trata-

remos; 1.º Da accumulação de um liquido na capsula articular, considerada como causa de allongamento do membro; 2.º Da tumefacção do coxim cellulo adiposo; 3.º Da tumefacção das cartilagens; 4.º Da tumefacção da cabeça do femur: e 5.º Do relaxamento muscular.

1.º *A accumulação de um liquido na capsula da articulação coxo-femural pôde ser considerada como causa de allongamento do membro?*

Desde a mais alta antiguidade, desde Hyppocrate, tem sido esta hypothese apresentada para a explicação d'este phenomeno. J. L. Petit tendo-a formulado em termos precisos, foi ella adoptada por diversos autores, Brodie, Lesauvage e outros: e pareceu perfeitamente justificada em 1840, depois do conhecimento dos resultados das injeções forçadas praticadas no interior da articulação pelo Sr. Bonnet, de Lyon, e sobretudo depois de 1842, época da publicação de um importantissimo trabalho do Dr. Parize a este respeito.

Estudando cuidadosa e minuciosamente os argumentos apresentados por este ultimo autor a favor da theoria que sustenta, os Srs. Martin et Collineau demonstrão do modo o mais cabal:

1.º Que os resultados das injeções forçadas, quer *intra-cotyloidiannas*, quer *intra-capsulares* nada provão a favor da theoria que combatemos.

Com effeito: no 1.º caso, sendo necessario para que tenha lugar a injeção, que se perfure algum ponto das paredes cotyloidiannas, a pressão atmospherica sendo equilibrada, completamente annullada, as experiencias dos irmãos Weber, já citadas, provão que n'estas circumstancias, o pezo do membro é sufficiente para produzir esta disjunção das superficies articulares, que não pôde ser attribuida a penetração do liquido, que é ao contrario um de seus effeitos.

No 2.º caso, como os resultados obtidos pelo Sr. Parize não são constantes, e se achão, antes, em divergencia, quanto a este ponto, com aquelles notados pelo Sr. Bonnet, de Lyon, em identicas circumstancias, não podem ser attribuidos, senão a defeitos do processo empregado, e nenhum valor podem ter como prova da theoria em questão, servindo pelo contrario a mesma experiencia para mais firmar a opinião de Boyer, pois que mesmo o Sr. Parize confessa que « n'estes casos (de não penetração) a entrada do liquido é impedida pelo burlete que actua como uma válvula » circumstancia esta que já fizemos notar, tratando da Anat. da região.

2.º Que as observações citadas pelo Sr. Parize são passivas de objecções, que ellas demonstrão a sua má interpretação, e servem antes para impugnar, que para demonstrar a verdade da sua theoria. N'este caso se achão:

1.º A observação de Paletta que foi mal interpretada, e não seria certamente, segundo os Srs. Martin et Collineau, citada pelo defensor

v.8/119v

d'esta theoria, si elle tivesse lido com cuidado o autor d'ella, que a apresenta justamente para demonstrar : que a articulação póde ser a séde de um derrame abundante, sem que tenha lugar a *luxação do femur*.

Ella foi mal interpretada : porque o Sr. Parize acredita que a séde do derrame fosse a interlinha articular ; o que não se póde, como dizem aquelles Srs., çeprehender da phrase : « *In articulari cavo hærebat synovia multa subflavi colores* » de Paletta, que além de tudo parece perfeitamente indicar que este derrame occupava a cavidade capsular dizendo que : « *Partes ossæ illæ sæ nulla inflammatione aut corruptione tentatæ*.

2.º Da mesma maneira, pelo exame da propria observação do Sr. Parize, se vê que o liquido que distendia a capsula não foi a causa da sub-luxação que o femur apresentava : 1.º porque elle não se oppunha a redução do femur, que se fazia por um simples movimento de flexão e rotação externa ; 2.º porque este deslocamento só se reproduzia por um movimento em sentido opposto.

Finalmente o exame de duas observações, citadas pelos Srs. Martin et Collineau; a 1.ª, do professor Cruveillier, e a 2.ª de Nattalis Guillot, ainda mais nos confirmão a falsidade d'esta theoria. Com effeito estas observações demonstrão que o *allongamento* não póde ser verificado, nem durante a vida, nem depois da morte dos doentes, apesar da distensão extraordinaria que apresentavão as capsulas articulares; no 1.º caso, por uma materia branca amarellada, cremosa, granulosa e caseiforme, e no 2.º por um pús concreto, applicado por camadas superpostas sobre as superficies ossæas e synoviales, e apesar da presença de liquidos entre as superficies articulares, liquidos que, no 2.º caso, erão constituídos por uma massa purulenta que apresentava em seo centro um detritus cinzento, inodoro, analogo ao carnicão de um anthraz.

Assim, attendendo as justas objecções que têm sido formuladas contra esta theoria, que escudada por nomes eminentes, tem por tanto tempo subsistido na sciencia, e tantas vezes sido invocada para a explicação do phenomeno que estudamos e attendendo sobretudo aos factos, que ainda são mais positivos, não poderemos consideral-a mais, como o fazião Sabatier, Boyer e outros, do que como uma pura hypothese, a favor da qual nada milita.

2.º *A tumefacção do coxim cellulo adiposo não poderá determinar este allongamento?* Esta opinião que data de Asclepiades e que foi sustentada, entre outros, por Vasalva, Morgagne, Paletta, Boyer etc, tambem não póde ser admittida, porque estas massas fungosas, molles e amarelladas, que enchem a cavidade cotyloide e que estes autores considerão como productoras da expulsão da cabeça do femur, podem segundo o Sr. Bonnet ser a consequencia da luxação, como o prova o caso em que elle a encontrou pela autopsia de um individuo que havia

sido victima de uma *luxação traumatica*. Considerando mesmo o caso em que este desenvolvimento possa ter lugar, o Sr. Bonnet acredita que o *allongamento* que é duvidoso, no caso em que a articulação tenha conservado a sua disposição normal, será evidentemente impossivel, si este desenvolvimento fungoso coincidir, como de ordinario acontece, com o amollecimento dos ossos, e com a ulceração do rebordo cotyloide, pela tendencia que tem a cabeça do femur á se elevar, sendo soliciitada pelos musculos contra a parede superior da cavidade.

3.^a *Tumefacção das cartilagens*. Admittida por Paletta, Bichat, Boyer etc, como constituindo uma causa de *allongamento do membro*, esta theoria é igualmente uma pura hypothese, que não póde ser acceita, porque estes orgãos não gozando de vitalidade propria, como o provão os trabalhos de Gendrin, Cruveillier, Veipeau, Virchow etc, não podem ser a séde de tumefacção.

4.^a *Tumefacção da cabeça do femur*. E' ao professor Rust de Vienna, que é devida esta theoria, que não se apoia, segundo os professores Cruveillier e Nelaton em nenhum facto e contra a qual ao contrario se levanta a observação de Berard, que demonstra a ampliação da cavidade cotyloide determinada pela hyopertrophia da cabeça do femur.

5.^a *Relaxamento muscular*. Esta theoria devida a Larrey e Freeke não tem tambem, segundo Bonnet razão de ser, não só, porque este relaxamento nunca se dá, como tambem, porque não é a contracção muscular só, mas principalmente a pressão atmospherica que mantém as superficies em contacto, como o provão, as experiencias, já citadas, dos irmãos Weber.

Não ha pois, como acabamos de ver, nenhuma causa que determine um *allongamento* real do membro inferior, a não ser a *luxação sobre o buraco oval*, e certos casos de *degenerescencia cancerosa do femur*, nos quaes, segundo o professor Nelaton, se encontra ordinariamente este symptoma, que constitue um dos mais importantes para o estabellecimento do diagnostico d'estes tumores.

(C.) *Encurtamento real*. Em certos casos o membro na *coxalgia* soffre alterações de longura e de posição diametralmente oppostas. Assim, vê-se o encurtamento e a adducção e rotação interna substituirem ao *allongamento* (apparente) com abducção e rotação para fóra. A maioria ou grande numero de clinicos em consequencia d'isto, têm considerado estes phenomenos oppostos como ligados por uma necessidade de successão imprescindivel de que tem provido alguns males ao estudo da *coxalgia*, sendo tambem por isso que muitos praticos, têm consideraço como causa do encurtamento, todas, ou ao menos muitas d'aquellas, que têm sido

apresentadas para explicar o allongamento, as quaes não podem entretanto n'aquelle como n'este caso ser admittidas, por constituirem puras hypotheses sem o menor fundamento.

O encurtamento não é sempre dependente de luxação ; com effeito o membro póde perder muitos centímetros de sua extensão sem que esta tenha lugar.

Maisonneuve tratando do mechanismo do encurtamento se exprime do modo seguinte : « Toute lésion qui aura pour effet d'élever le centre de la tête femorale au-dessus de la ligne bicotyloïdienne, produira necessairement un raccourcissement réel du membre. »

Podendo se manifestar sem deslocamento, o encurtamento deixa de ser seo signal certo, e a luxação não póde segundo os Srs. Martin et Collineau ser considerada como sua causa determinante ; bem que um pequeno encurtamento seja um passo dado para esta, ella só sobrevém excepcionalmente.

Sabatier attribue o encurtamento e o deslocamento da cabeça do femur, a *carie* d'esta extremidade ossea, ou do rebordo cotyloïdêo.

A esta theoria tem sido objectado a impossibilidade de determinar-se qual d'estas lesões, *deslocamento* ou *destruição* das superficies articulares, é mais antiga, por estas desordens serem muito consideraveis, e se observarem em molestias de longa data.

E' appellando para uma *osteite* que os Srs. Martin et Collineau explicão este phenomeno do encurtamento na *coxalgia*, na qual o considerão com a adducção e rotação interna, como consequencias obrigadas d'aquella lesão.

Elles partem do principio :—As extremidades osseas que compõem uma articulação são primitivamente expostas a osteite—que é comprovado por numerosas observações e geralmente admittido. Invadidos pela affecção, o osso ilíaco mais abundantemente provido de vasos, que a cabeça do femur, é mais apto a inflamação, e apresenta primeiro alterações notaveis, taes como : abundante vascularisação, rarefacção da substancia ossea e amollecimento ; como o provão as observações, que indicão sempre n'estes casos, o excesso de amplidão e deformações diversas da cavidade, sobretudo notaveis no bordo postero-superior do supescilio.

Quer o processo inflammatorio tenha invadido sómente este ponto, quer elle se extenda a toda a cavidade, é sempre no bordo supero-posterior do supescilio cotyloïdêo, que as desordens, segundo aquelles autores, se apresentam em um grão mais adiantado, concorrendo para isto principalmente duas causas que são : 1.^a a fraca espessura d'esse ponto em relação aos outros do rebordo cotyloïdêo ; 2.^a a sua exposição a pressão frequentes, provocadas pela sustentação, e sobretudo pela contracção

muscular incessante, que continuando a actuar como no estado physiologico sobre as superficies articulares, que agora se achão amollecidas, constituem a causa primordial e permanente de suas deformações.

Estas pressões porém não são iguaes em todos os pontos do contorno cotyloideó, a resultante das potencias compressivas, desenvolvidas pelos musculos pelvi-femuraes, cahe precisamente sobre este ponto, como o demonstrarão os Srs. Martin et Collineau, e é por isso principalmente, que a destruição do bordo postero-superior do superscilio cotyloideó são constantes nos casos de *osteites*, quer parcial, quer total da cavidade cotyloide.

Pouco a pouco perdendo as suas relações normaes, a cabeça do femur se colloca cada vez em uma posição mais viciosa, que dá em resultado um certo gráo de encurtamento, ao qual se junta a adducção e a rotação interna, até que o femur reagindo sobre os musculos psoas e iliaco, obturadores interno e externo, pyramidal, gemeos e 1.º adductor, dos quaes as fibras são distendidas pela posição viciosa que o osso tem tomado, estes se contracturão e exagerando a adducção e rotação interna, por se achar já inutilisada a resistencia dos seus antagonistas, e terminão assim a projecção da cabeça do osso para a fossa iliaca, completando a luxação começada pela influencia de contracções physiologicas. Tal é o mechanismo assignalado pelos Srs. Martin et Collineau ao encurtamento do membro nas *coxalgias osseas*, o qual além de perfeitamente de accordo com a razão, é ainda confirmado por factos que nenhuma duvida deixão ao espirito mais exigente.

Além d'esta causa, muitas outras, taes como : 1.º A absorpção da cabeça do femur, que foi observada, em diversos grãos, até a sua destruição completa, pelo professor Rust ; 2.º A reabsorpção da cabeça e do collo do femur ; que foi observada por Tilleaux ; 3.º A destruição mais ou menos completa do fundo da cavidade cotyloide, observada por Eduard Ford ; 4.º A perfuração d'esta cavidade com penetração da cabeça do femur mais ou menos destruida no pelvis, citadas por Larrey ; 5.º As fracturas do collo do femur ; 6.º A disjunção epiphysaria ; 7.º Certas luxações traumaticas ou congenitas e 8.º Finalmente, a direcção do collo (que assignalamos na 1.ª parte d'este trabalho) pôdem igualmente determinar uma diminuição na extensão do membro.

Diagnostic. O diagnostico do encurtamento real, assim como, o do apparente, que já vimos, é difficil por ser a todo o tranze necessario, para que possa ser feito com certeza, salvo a applicação de processos especiaes, que o membro doente seja levado na extensão, o que nem sempre é possível. No caso, porém, mesmo em que seja reconhecida a existencia do encurtamento, ainda as difficuldades não terminarão, porque

elle póde depender de causas diversas, e é no conhecimento da causa que lhe deo origem que reside sobretudo o seo valor diagnostico.

Em grande numero d'estes casos, poderemos certamente sem difficuldade reconhecê-las por outros symptomas concumittantes, mas ha tambem casos, como um citado por Bonnet, em que o pratico precisa recorrer a uma analyse rigorosa, e mesmo assim, nem sempre poderá chegar ao conhecimento exacto d'esta causa.

Nos casos em que o encurtamento do membro é determinado por algumas das quatro primeiras causas que aqui apontamos, segundo o Sr. Bonnet, ao contrario do que tem lugar nos casos de *coxalgia ossea*, o membro se colloca na abducção e rotação para fóra, e tem lugar um allongamento apparente, que desaparece, sendo elle levado a posição natural do membro são, e é substituido por um encurtamento mais ou menos notavel.

E' talvez referindo-se a casos d'esta ordem que Malgaigne diz que : « ordinariamente o membro allongado á vista, é encurtado á mensuração e vice-versa. »

Nos casos em que é dependente de uma *luxação consecutiva* a uma lesão grave da articulação, as difficuldades são maiores ainda, porque o encurtamento póde ser devido a posição do doente, que em todos os casos sempre concorre para elle, e deve ser tida em consideração todas as vezes que não fôr possivel collocar o membro symmetricamente.

Diversos são os processos, propostos pelos autores, para a mensuração dos membros inferiores.

Entre estes citaremos : 1.º O processo classico ; 2.º O de Malgaigne ; 3.º O de Giraud-Teulon ; 4.º O de Parize ; e 5.º O de Martim et Collineau. Não descreveremos porém todos elles, limitando-nos aos tres primeiros, que mais vezes são empregados na pratica, os quaes podem, sendo bem executados, dar resultados relativamente exactos.

Processo classico. Para se praticar a mensuração por este processo, deve-se primeiro dispôr os membros em uma symetria perfeita, o que se obtem, collocando a bacia em uma rectidão absoluta e extendendo os membros parallelamente, em um plano horizontal.

Feito isto, deve-se marcar com um traço de penna, os pontos correspondentes as espinhas iliacas antero-superiores e os malleolos ou os condylos externos dos femures ; e então praticar, por meio de um fio inextensivel, a mensuração comparativa de ambos, tendo tido, antes, o cuidado de verificar que as espinhas iliacas se achem na mesma linha horizontal.

Processo de Malgaigne. O processo de mensuração proposto por este autor, differindo do precedente, apenas, quanto aos cuidados preliminares, é tambem de uma execução facil, e fornece ordinariamente bons re-

sultados. Se o autor aconselha, que : 1.º se colloque a bacia em uma posição horizontal, e depois se reuna as duas espinhas iliacas antero-superiores por uma fita, da parte media da qual se baixe uma segunda que lhe seja perpendicular, e que representará a continuação do eixo do corpo, aos lados do qual os membros devem ser collocados symmetrica parallelamente, medindo-se então a ambos como no caso precedente.

Processo de Giraud-Teulon. O processo aconselhado por este autor consiste em tomar as distancias que separão, a espinha iliaca antero-superior de cada lado, da parte mais declive da tuberosidade ischiatica correspondente, o que se obtem, por um compasso de espessura, e depois, por meio de um fio medir tambem as distancias que separão, cada um d'estes pontos, em ambos os membros, dos condylos internos.

Com estas medidas forma-se dous triangulos, dos quaes as bases são representadas pelas linhas ilio-ischiaticas e os vertices pelo encontro das linhas ilio e ischio-condyloidiannas.

Si do vertice de cada um d'esses triangulos, se fizer baixar uma linha ao meio da base, estas representarão, segundo o autor d'este processo, as distancias que separão os centros das articulações dos condylos correspondentes, bastando medil-as e comparar os resultados, para se conhecer a extensão do encurtamento, que é representado pelas diferenças obtidas n'esta comparação.

Podendo ser empregado em todas as posições do membro, sem nada perder de sua exactidão, este processo é sem duvida um dos melhores que têm sido apresentados. Infelizmente a sua applicação é difficil pelo embaraço que oppõe a espessura das partes molles, a determinação da linha ilio-ischiatica. Além d'isto accresce que as relações d'esta linha não sendo as mesmas em todas as idades e em ambos os sexos, os resultados fornecidos por elle, só são exactos, segundo o Dr. Nicaise, quando se trata de homem adulto.

§ V.º *Mudanças de volume dos membros.* As mudanças de volume dos membros nas molestias do quadril, consistem : em um *augmento*, ou em uma *diminuição*.

(A.) *Augmento de volume.* O augmento de volume, o mais das vezes local, estende-se em alguns casos, porém raros, a todo o membro, constituindo sempre um symptoma importante para o diagnostico differencial d'estas affecções, bem que podendo manifestar-se em um caso especial de que trata Trelat, de hypertrophia unilateral. N'este caso, apesar dos desvios da bacia e do rachis e da claudicação, o erro não poderia persistir, porque : esta hypertrophia é congenita, progressiva depois do nascimento, coincide com a hypertrophia do resto da metade do corpo, e porque finalmente, estes desvios desaparecem pela flexão do joelho correspondente.

O augmento do volume da parte superior da coxa, pouco mais ou menos constante nas lesões traumaticas, tambem se manifesta : 1.º Nas *arthrites agudas primitivas* e na maioria das *consecutivas* nas quaes é devido a propagação da irritação inflammatoria e ao œdema; 2.º No *começo das coxalgias* nas quaes elle se manifesta igualmente no joelho, em que se mostra, muitas vezes, antes do quadril parecer affectado; 3.º Nas *osteites e alterações kysticas do grande trochanter*. N'este ultimo caso, esta tumefacção que se manifesta tardiamente, pôde persistir até a cura ou desaparecer antes d'ella; 4.º Na *coxalgia hysterica*, em que é devido a um œdema determinado pela turgescencia dos vasos; 5.º Em certos casos de *inflammções agudas das bolsas serosas e de myosites* de igual natureza, em que pôde ser mais ou menos extenso; 6.º Na *osteite juxta epiphysaria*; 7.º No *cancer da extremidade superior do femur* em que se manifesta tardiamente; e nas *luxações congenitas* nas quaes depende, puramente, das disposições anatomicas.

O augmento de volume de todo o membro, é observado mais raramente, e se mostra : 1.º Em alguns casos de *arthrites agudas consecutivas*; 2.º No periodo de estado das *coxalgias*, nas quaes os Srs. Martin et Collineau têm algumas vezes observado um œdema inflammatorio geral; e 3.º finalmente, nos casos de *phlegmões diffusos*.

(B.) *Atrophia*. A atrophia muito mais frequentemente observada, segundo o Dr. Nicaise, quasi sempre, ao contrario do augmento de volume affecta o membro inteiro, que forma, nas *inflammções*, nas *coxalgias*, com o quadril engorgitado, um verdadeiro contraste, que desaparece depois da cura, conjunctamente com a *infiltração*. Esta atrophia do membro que pôde manifestar-se em alguns casos de *fracturas e luxações*, quando, como nas *molestias chronicas*, o membro é condemnado por muito tempo ao repouso, se mostra tambem, mas sómente na coxa, em certos casos de *arthrites rheumaticas*, constituindo então, um signal de muito valor diagnostico para os praticos Ingleses.

Ella, porém, não se observa só nas molestias do quadril, e tem sido encontrada, não só em consequencia de *paralysis do membro*, que pôde ser acompanhada de encurtamento atrophico, como tambem, segundo Brodie, *ser congenita*, o que muito diminue a sua importancia para o reconhecimento das molestias que nos occupão.

§ VI.º *Deformações do quadril*. Muito variadas e importantes para o estabelecimento do diagnostico, estas deformações, que consistem na modificação do aspecto da região, da qual a harmonia do contorno se acha mais ou menos alterada, devem ser estudadas nas *lesões traumaticas* e nas *não traumaticas*.

(A.) *Deformações do quadril nas lesões traumaticas*. N'estas affecções as deformações não são as mesmas em todas as epochas da molestia em

que os doentes são examinados, e por isso julgamos dever dividil-as em : *primitivas e consecutivas ou secundarias*.

As primitivas são constituídas pelas modificações das saliências e depressões normaes, e pelas saliências e depressões anormaes que o exame cuidadoso, pela palpação, pressão ou tocar, pôde fazer reconhecer na região. Estas deformações primitivas muito mais importantes para o diagnostico que as consecutivas, não se encontram como ellas na : *contusões, ferimentos e entorses* que podem, só por este facto, ser excluidas do quadro, no diagnostico, todas as vezes que é possível o exame do doente, logo, ou pouco tempo depois do accidente.

Ellas tambem podem em alguns casos faltar nas *fracturas intra-capsulares do collo*, na *disjunção epiphysaria*, nas *fracturas da cavidade*, nas do *grande trochanter* e nas dos *ossos da bacia*, quando não existem deslocamentos, nem penetração da cabeça do osso no pelvis.

As saliências normaes podem ser *exageradas, diminuidas ou substituidas* por depressão anormaes.

Estudaremos estas diversas modificações, sómente em relação a saliência do grande trochanter, em que podem ser facilmente apreciadas, nas diversas lesões em que se manifestão.

A exaggeração da saliência d'esta apophyse se encontra raramente e por occasião das *fracturas extra-capsulares do collo com penetração*.

A sua diminuição ou substituição, mais commun, tem lugar nos casos : 1.º de *lesões intra-capsulares*, em que é sempre acompanhada de uma diminuição do arco de circulo descripto por esta apophyse nos movimentos de rotação do membro ; 2.º nos de *fracturas extra-capsulares do collo*, em que o arco de circulo é quasi nullo ; 3.º nos casos de *fractura d'esta apophyse* com deslocamento e 4.º nos de *luxações recentes ou antigas*.

As depressões normaes podem ser *elevadas abaixadas, ou substituidas* por saliências anormaes, que podem igualmente occupar pontos diversos.

As modificações da prega inguinal se mostrão : nas *fracturas do collo*, na *disjunção epiphysaria* e nas *luxações*, principalmente na *ilio-pubianna*, em que é substituida, pela saliência ahi formada pela cabeça do osso

A prega glutea ordinariamente normal ou ligeiramente exagerada por occasião das diversas *fracturas*, é elevada nas *luxações ilio-pubianna e iliaca*; abaixada na *ischio-pubianna* e substituida na *ilio-ischiatica*, em que a cabeça do osso forma um tumor facilmente apreciavel por cima do ischion.

As saliências anormaes são constituídas pela cabeça do osso ou por fragmentos deslocados. No 1.º d'estes casos ella occupa sempre posições

determinadas : ora, na prega da virilha e por cima do ischion, nos casos que já referimos: ora, na fossa iliaca externa ou na parte superior e interna da coxa nas *luxações iliaca e ischio-pubianna*, nas quaes facilmente se póde reconhecer-a pela palpação só ou combinada com movimentos executados no membro ; ora, finalmente o tumor póde occupar a cavidade pelvianna, nos casos de *fracturas do fundo d'esta cavidade* com penetração da cabeça, que então só póde ser reconhecida pelo tocar rectal ou vaginal.

Quando constituida por fragmentos deslocados, estas saliencias occupão posições variadas e sempre em harmonia com a direcção das forças das potencias que determinão os deslocamentos.

São estas diversas modificações que produzem nas lesões que as apresentam a desharmonia no contorno da região, que se traduz em algumas d'ellas (*fracturas e luxações*) pela ampliação da parte superior da coxa ; em outras, (*luxações para traz*), pela saliencia da nadega, que é ao contrario achatada nas *luxações para diante*.

Quanto as deformações secundarias ou consecutivas, que são constituidas pela tumefacção inflammatoria mais ou menos pronunciada que sobrevem mais ou menos rapidamente nas diversas *lesões traumaticas*, em vez de concorrerem para esclarecer as duvidas do pratico, pelo contrario ainda mais as augmentão embaraçando o reconhecimento das saliencias e depressões normaes ou anormaes que podem passar desapercibidas ao exame mais cuidadoso, d'onde erros de diagnostico, que só mais tarde podem ser corrigidos.

(B.) *Deformações do quadril nas affecções não traumaticas*. Muito importantes e variadas estas deformações podem igualmente ser divididas em : *primitivas e consecutivas*.

Entre as primeiras estudaremos ; 1.º os tumores que se manifestão primitivamente na região ; e 2.º as saliencias e depressões normaes e anormaes, que se observão nos casos de *luxações congenitas* e nos *deslocamentos consecutivos*.

Entre as segundas consideraremos todas as causas de desharmonia do contorno da região, que sobrevem em uma epocha mais ou menos affastada do começo da molestia, as quaes são : 1.º a tumefacção geral ou local ; 2.º os tumores duros ; 3.º os abscessos e as fistulas das quaes o exame fornece dados importantes para o diagnostico ; e 4.º finalmente as cicatrizes da região que podem igualmente ser de algum auxilio em algumas circumstancias determinadas.

Deformações primitivas. As molestias que offerecem deformações primitivas do quadril, antes da manifestação de qualquer outro phenomeno, são muito raras e só julgamos dever considerar entre ellas : os *hygro-*

mas, aneurismas, lipomas. as luxações congenitas e os deslocamentos consecutivos, porque os symptomas pelos quaes são reconhecidos se manifestão por occasião de sua producção.

Podendo se formar lentamente os *hygromas, aneurismas e lipomas*, só são em geral descoberto, quando já têm attingido um volume mais ou menos consideravel que desperta a attenção do doente, ou simplesmente por um accaso. Este mesmo facto pôde tambem, segundo os autores, ter lugar em relação ao *cancer da extremidade superior do femur*, porém só em casos muito raros, porque: para isto é necessario que o tumor já tenha attingido um volume bastante consideravel, e n'estas circumstancias é raro que a attenção do doente não seja antes attrahida pela dôr. Nenhuma d'estas affecções ordinariamente acarreta, uma tumefacção geral ou local.

Os *hygromas* se distinguem pela sua séde ao nivel de uma bolsa serosa; pela raridade de uma fluctuação franca; pela mobilidade relativa do tumor; pela especie de crepitação que as vezes se observa, quando existem concreções, e sobretudo pela punção exploradora, que levanta todas as duvidas.

Os *aneurismas*, se reconhecem: pela localisação do tumor no triangulo de Scarpa; pelas pulsações isochronas com o pulso, acompanhadas de expansão do tumor; pelo fremito especial fraco e intermittente, chamado vibratorio; pelo ruido de sopro, o mais das vezes sómente ouvido durante a systole cardiaca, e pelo seo augmento ou diminuição pela compressão da arteria acima ou abaixo de seo nivel.

Os *lipomas*; se reconhecem: pela regularidade da forma, uniformidade da consistencia, mobilidade, volume mais ou menos notavel e pela molleza do tumor, assim como, pela sua formação de lobulos separados por septos, que podem ser reconhecidos por um exame cuidadoso; pela falsa fluctuação que fornecem e tambem pela sua séde constante na nadea, que não o deixão desconhecer.

Quanto as saliencias e depressões normaes ou anormaes são sómente observadas nas *luxações congenitas* e nos *deslocamentos consecutivos*, e só offerecem differenças minimas d'aquellas que caracterisão as *luxações traumaticas*, em especies ou variedades correspondentes.

Deformações consecutivas. Muito mais frequentes que as primeiras, se manifestão em todas as outras *affecções não traumaticas*.

A tumefacção geral do quadril se encontra, e é frequentemente acompanhada de abscessos: nas *arthrites agudas consecutivas*, nas *coxalgias*, na *osteite juxta epiphysaria* e nos *phlegmões diffusos*.

Ella nunca ou quasi nunca é acompanhada de collecções purulentas: nas *arthrites agudas primitivas*, na *hydarthrose*, nas *arthrites chronicas* e na *coxalgia hysterica*.

A tumefacção local é constantemente acompanhada de suppuração ou de fistula : 1.º Nos *phlegmões superficiaes* ; 2.º No *anthraz* ; 3.º Na *osteite* e nas *alterações kysticas do grande trochanter* ; 4.º Na *caries dos ossos da bacia* e finalmente 5.º No *cancer da extremidade superior do femur*.

Ella é algumas vezes acompanhada de suppuração, de abscesso e fistula : 1.º Na *inflamação aguda das bolsas serosas* ; e 2.º Na *myosite aguda*.

Ella nunca é acompanhada da suppuração : no *rheumatismo muscular chronico*.

Os tumores duros e não fluctuantes, podem ser : *persistentes* e *transitorios*.

Elles são *presistentes* e formados por endurecimentos de musculo ou musculos retrahidos ; no *rheumatismo muscular chronico*, e em alguns casos de *myosite aguda* não suppurada, que são os mais frequentes. No 1.º d'estes casos as contracções além de essencialmente chronicas, cessão pelo emprego da faradização, o que as distingue das que acompanhão a *myosite*, as quaes continuão apesar d'aquella.

A dureza do tumor é puramente *transitoria* e substituida no fim de um tempo mais ou menos longo pelo amollecimento e tal ou qual fluctuação : na *osteite* e *alterações kysticas do grande trochanter*, no *cancer da extremidade superior do femur* ; e no *anthraz*.

Nos casos de *osteites do grande trochanter* a fluctuação sobrevêm mais rapidamente e o pús que corre, pelo troccater ou abertura expontanea ou artificial do tumor, é *phlegmonoso* : ao passo que nas *alterações kysticas* a palpação demonstra crepitação *papyracea* e interrupção no osso, e o liquido que corre primitivamente é fluente, transparente e só mais tarde, 2 ou 3 dias depois da abertura, toma o caracter purulento.

No *cancer*, o allongamento do membro, a marcha da molestia, a irregularidade da superficie do tumor, a molleza fluctuante que as vezes se observa em certos pontos, alternados com outros que se conservão duros, a crepitação que a palpação demonstra em muitos casos, a qual cessa por algumas horas, para de novo manifestar-se mais tarde ; as pulsações *isochronas* com o pulso, que as vezes se percebe ; o ruido de sopro mais ou menos notavel, e mais tarde, a destruição da pelle, a formação da ulcera cancerosa, e a alteração do estado geral do doente, não deixão a menor duvida ou confusão com os outros tumores que poderião, por certos symptomas, com elle parecer.

Os abscessos do quadril têm sido divididos em : 1.º *migradores* ; 2.º *articulares* e 3.º *extra-articulares*.

Não é no reconhecimento do abscesso, quando elle se tem tornado superficial e é accessivel aos nossos meios de exploração, que reside, no caso vertente, a difficuldade : offerecendo no quadril os mesmos ca-

racteres que em qualquer outra região, o diagnostico d'estes abscessos, é em geral facil, e nos casos de duvidas a punção exploradora, feita com as cautelas convenientes, pelos diversos meios de que hoje dispõe a sciencia, as faz desaparecer.

Aqui sómente temos por fim, considerando-os como symptomas das diversas affecções em que, como já vimos, elles se podem apresentar, reconhecer o seu ponto de partida, e em consequencia a natureza ou especie de lesão que lhe deo origem, o que sempre é difficil, mormente quando não se tem ainda evacuado, em que é mesmo, muitas vezes, impossivel.

Em primeiro lugar procuraremos separar os primeiros d'estes abscessos, os *migradores*, dos outros, que depois igualmente nos esforçaremos por distinguir, por meio de dados colhidos nos autores.

Dependendo de lesões extranhas á região, os *abscessos migradores* são sempre ou quasi sempre precedidos dos symptomas proprios d'estas lesões, aos quaes se acrescentando em muitos casos a reductibilidade do tumor o diagnostico é facil. Em muitos outros porém este symptoma não se manifesta, e o pratico deve, como aconselham os autores, recorrer a exploração cuidadosa da cavidade pelvianna, facilitada pela punção pelos meios apropriados e com as devidas cautelas, e a percussão dos ossos da bacia, que podem fazer reconhecer, pela dor em um ponto determinado a origem da suppuração; que é grandemente exclarecida pela exploração dos tractos fistulosos que mais cedo ou tarde se estabelecerão, occupando na região anterior, na maioria dos casos, um ponto superior a arcada crural; e na posterior pontos diversos e identicos aos que apresentam as fistulas dependentes de causas puramente locais.

Os abscessos *articulares* se distinguem, em geral, dos *extra-articulares*; 1.º pela preexistencia de dores anteriores; 2.º pela tumefacção geral e uniforme da articulação; 3.º pelos signaes proprios da affecção que o precedeo ou lhe deo origem; 4.º pelos desvios do membro; 5.º pela resistencia que a posição viciosa ou as dores oppõem aos movimentos communicados, que em outros casos, possiveis, são acompanhados, segundo o illustre Bonnet, de Lyon, de sensação de rugosidades na articulação; 6.º pelo exame das fistulas, si existem; e finalmente 7.º pelos symptomas geraes, mais ou menos graves, que precedem e seguem a sua abertura, sobretudo, segundo os autores, quando ella é praticada artificialmente.

O conhecimento da séde, e algumas vezes da natureza da lesão que produziu o abscesso extra-articular, que é em geral facil quando existem fistulas, das quaes o exame fornece signaes muito valiosos; offerece em muitos casos, em ausencia d'estas, difficuldades insuperaveis mesmo aos praticos os mais consummados.

Quanto as cicatrizes mais ou menos numerosas, só servem ao diag-

nostico, quando se trata de decidir da natureza de um *deslocamento antigo*, que é ordinariamente consecutivo a uma lesão grave da articulação, sempre que as apresenta.

CAPITULO III.

PHENOMENOS GERAES

O exame do estado geral dos doentes é muito importante para o estabelecimento do diagnostico, quer pela ausencia completa d'estes phenomenos, que se observa em grande numero d'estas molestias: *luxações congenitas* ou *traumaticas antigas*, *arthrites chronicas*, *corpos extranhos articulares*, *aneurisma*, *lipoma*, e *rheumatismo muscular chronico* que poderão por este facto ser eliminadas, todas as vezes que se trate de uma affecção acompanhada de um estado febril; quer pelos caracteristicos especiaes que apresentam em outros estados morbidos, que vamos circumstanciadamente enumerar.

Nas *fracturas extra-capsulares do collo* existe sempre um movimento febril mais ou menos intenso, que podendo igualmente apresentar-se nas outras lesões de igual natureza que com ellas se confundem, faltam entretanto em alguns d'estes casos, pelo que se póde, em presença de um estado apyretico, infirmar a existencia de uma *fractura extra-capsular*.

Sempre muito intensos nas *arthrites agudas*, nos *phlegmões diffusos* e no *anthraz*, em que se manifestão desdo começo da affecção, que tem lugar ordinariamente por calefrios mais ou menos violentos e repetidos; elles se acompanhão no *anthraz*, em muitos casos, de phenomenos adynamicos, e sempre da formação de um tumôr que apresenta caracteristicos especiaes, já descriptos. Constituidos no começo dos *phlegmões diffusos*, principalmente *profundos*, por uma prostração consideravel, anorexia, sede, estado saburral, constipação, pulso cheio, duro e frequente, é alguns dias depois, pela seccura e enegrecimento da lingua, pela diarrhéa, pela pequenez e frequencia do pulso, callor abrazador da pelle e delirio com somnolencia e cõma.

Characterisados nos casos de *arthrites agudas*, pela acceleração da respiração e do pulso, que é cheio e frequente, pela seccura da lingua e pela sede mais ou menos intensa, quando não ha suppuração e principalmente nos casos de *arthrites primitivas*; quando aquella sobrevêm, ou nos casos de *arthrites consecutivas*, estes phenomenos se aggravão, sobrevêm

calefrios irregulares mais ou menos violentos e repetidos, o calor se torna abrazador, é ou não seguido de transpiração abundante, as féses se tornão muito fetidas; depois os doentes apresentam accessos perniciosos que se repetem, segundo os autores, algumas vezes, dous ou tres dias, tornando-se então a febre continua e arrastando o doente ao tumulo.

Rarissimos, no começo das *coxalgias*, que sempre insidioso passa despercebido e tem lugar, segundo os Srs. Martin et Collineau, por um estado congestivo da articulação, os phenomenos geraes são pouco mais ou menos constantes no periodo de estado, por occasião dos abscessos circumvizinhos, e no terminal, por occasião, quer da formação, quer da abertura dos abscessos articulares. No 1.º caso, a febre que é mais ou menos intensa, offerece um typo continuo ou remittente, mas raramente toma, segundo os autores, proporções assustadoras. No 2.º, assim como no 3.º casos, ordinariamente muito viva, ella se acompanha de calefrios, nauseas, vomitos mais ou menos rebeldes, e é sempre de um prognostico grave, pelas alterações que presagião, que são na maioria d'elles, seguidas de febre hetica ou de accidentes septicemicos.

Constantes, igualmente, no periodo de estado da *osteite juxta epiphysearia*, da qual o começo obscuro é desconhecido, estes phenomenos, que constituem symptomas importantes para o diagnostico, apresentam quasi sempre uma gravidade extrema, e se caracterisão por um estado typhoide com phenomenos adynamicos.

Tardios, nas *alterações kysticas do grande trochanter*, em que se manifestão por occasião da transformação purulenta do conteudo do kysto, o que tem lugar do 2.º ao 3.º dia depois de sua evacuação; e nos casos de *cancer da extremidade superior do femur*, em que são constituídos, pelos phenomenos proprios da infecção do organismo, pela cachexia.

Elles são precosses, e muitas vezes mesmo precedem a manifestação da molestia, na *coxalgia hysterica*, na qual consistem em perturbações nervosas hysteriformes.

Com o estudo que acabamos de fazer dos phenomenos geraes temos concluido o que propriamente diz respeito a symptomatologia das affecções coxo-femuraes; em muitas circumstancias, porém, o exame das *complicações*, da *marcha*, *duração e terminação*, e sobretudo, o conhecimento das *causas d'estas affecções*, póde ser de grande auxilio ao pratico para o estabelecimento do diagnostico, e por isto vamos resumidamente dizer, a proposito de cada um d'estes factos, aquillo que mais de perto se liga ao nosso assumpto.

CAPITULO IV.º

§ 1.º *Complicações*. Só consideraremos as complicações em relação

as *lesões traumáticas*, nas quaes ellas offerecem realmente uma importancia maior, já pela sua frequencia, já pela sua natureza e já pela gravidade excepcional que em alguns casos apresentam.

Elas são muito frequentes : 1.º Nas *fracturas do fundo da cavidade*, principalmente com penetração, que se acompanham de despedaçamentos dos órgãos pelviannos, que dão lugar a vastas infiltrações urinosas, a suppurações profundas, a peritonites, muitas vezes, em pouco tempo, mortaes, e tambem, segundo Vidal de Cassis, em alguns casos a commoções medulares; 2.º Nas *fracturas extra-capsulares do collo*, que são acompanhadas quasi sempre de uma forte contusão, e em alguns casos de penetração dos fragmentos que acarretão accidentes inflammatorios mais ou menos graves; 3.º Nas *fracturas da bacia*, das quaes são, segundo os autores, inseparaveis e constituidas por despedaçamentos e compressões dos órgãos pelviannos, que se traduzem por desordens funcionaes, graves na maioria dos casos, por infiltrações de urinas, por suppurações profundas, sempre graves, por peritonites e tambem pela paraplegia dependente de commoções medulares; e 4.º Nos *ferimentos penetrantes*, nos quaes as vezes primitivas e constituidas pela existencia de corpos extranhos, ellas sobrevêm ordinariamente do 4.º ao 6.º dia e consistem nos phenomenos proprios da arthrite traumatica.

Raras nas outras *lesões traumáticas*, principalmente nas *luxações antigas*, que nunca as apresentam; ellas são quasi constantemente observadas por occasião da *luxação ischio-pubianna*, que se acompanha ordinariamente de retenção de urinas.

§ II.º *Marcha, duração e terminação*. A marcha, a duração e a terminação das affecções coxo-femurales são muito variadas, o que extraordinariamente difficulta o seo estudo synthetico. Julgamos, para este fim, dever dividir estas affecções em seis grupos caracterisados por um pequeno numero de circumstancias, o que até certo ponto satisfaz as nossas necessidades, bem que nada tenha de absoluto.

1.º A marcha é aguda, regular, mais ou menos rapida e a terminação pela cura completa, na maioria dos casos de : *contusões, ferimentos não penetrantes, entorses, luxações reduzidas, arthrites agudas primitivas, phlegmões circumscriptos, anthraz, inflamação aguda de bolsas serosas e myosites*.

2.º Ella é mais ou menos demorada, regular e termina pela cura completa ou pela morte : nos *phlegmões diffusos*.

3.º Ella é mais ou menos rapida, e irregular e termina ordinariamente pela cura incompleta : nas *luxações não reduzidas, nos ferimentos penetrantes e nas arthrites suppuradas*.

4.º Ella é mais ou menos longa, regular e termina, na maioria dos casos, pela cura completa : na *disjunção epiphysaria, nas fracturas do gran-*

de trochanter e extra-capsular do collo, na *hyarthrose*, na *coxalgia hysterica* e no *hygroma e lipoma* que o mais das vezes ficão estacionarios.

5.ª Elle é mais ou menos longa, regular ou irregular, apresentando quasi sempre remissões e a terminação pela cura completa, na maioria dos casos de : *osteites e alterações kystica do grande trochanter* e na *carie dos ossos da bacia*.

6.ª Ella é finalmente, quasi sempre, muito longa, regular ou irregular, termina pela morte ou pela cura incompleta : na *fractura intra-capsular do collo*, na *do fundo da cavidade* com penetração da cabeça do osso no pelvis ; nas *fracturas dos ossos da bacia*, nas *arthrites chronicas*, nas *coxalgias*, em que é, sobretudo, insidiosa, no *rheumatismo muscular chronico* em que a cura póde ser completa, no *aneurisma*, na *osteite juxta epiphysaria* e no *cancer da extremidade superior do femur*.

§ III.º *Causas*. O exame das causas occupa em relação ao diagnostico das affecções de que tratamos, uma hierarchia assaz elevada entre as diversos signaes que temos passado em revista, pela importancia dos esclarecimentos que ellas fornecem ao pratico, junto ao leito dos doentes, quando são devidamente apreciadas. Em consequencia lhes consagraremos algumas considerações, nas quaes não podem entretanto ser tratadas com os desenvolvimentos que merecem, em razão da natureza do trabalho, e tambem em maxima parte, da insuficiencia de nossos conhecimentos.

Em primeiro lugar examinaremos as causas *predisponentes* e depois as *occasionaes* ou *determinantes*.

Causas predisponentes. A idade dos doentes é muito importante para o diagnostico de certas affecções, que se tornão provaveis dadas certas circumstancias, em que a sua consideração póde de certo modo decidir da especie de lesão. E' assim que : a *disjunção epiphysaria* e a *osteite juxta epiphysaria* pertecem ao periodo de crescimento, sendo que a 1.ª nunca se manifesta em individuos maiores de 18 annos; as *coxalgias* são mais frequentemente observadas na infancia e na puberdade ; a *coxalgia hysterica* alguns annos depois d'esta ultima idade ; os *phlegmões diffusos* e os *aneurismas* são mais communs nos adultos, assim como o *cancer da extremidade superior do femur*, que ordinariamente se observa em individuos maiores de 30 annos. As *arthrites chronicas* se manifestão em idades mais ou menos avançadas, sobretudo, a *rheumatismal simples*, que frequentemente affecta a individuos maiores de 50 annos : e bem assim as *fracturas intra-capsulares do collo*, que mais vezes têm lugar em individuos maiores d'esta idade, em consequencia das alterações que tornão mais fragil o tecido osséo do collo. Estas fracturas têm entretanto sido observadas em epochas mais proximas do nascimento, como o provão as observações de diversos autores, e sobretudo uma, pertencente ao nosso illustrado pro-

fessor de Clinica, o Sr. Dr. Saboia, em que a idade do doente não excedia de 39 annos.

A influencia dos sexos é o mais das vezes nulla : ella deve entretanto ser tomada em consideração em alguns casos : *Os phlegmões diffusos* e o *aneurisma* são mais frequentes no sexo masculino, assim como a *myosite*, segundo o Dr. Fano. Ao contrario, as *luxações congenitas* são mais frequentemente observadas no sexo opposto, bem como, a *coxalgia hysterica* que é quasi d'elle exclusiva, e a *fractura intra-capsular do collo*, em consequencia de sua maior obliquidade, que já notamos na primeira parte d'este trabalho.

A influencia da herança é, segundo os autores, manifesta nas *luxações congenitas* e sobretudo nas *affecções cancerosas*, no diagnostico das quaes ella entra como elemento muito importante.

Certas lesões anteriores, *entorses* e *luxações*, predispõem os individuos a novos accidentes de igual natureza.

Certos estados morbidos, actuaes ou anteriores, igualmente predispõem os individuos ou mesmo n'elles determinão certas affecções : E' assim que : as febres graves, o estado puerperal, a diathese purulenta, as blenorrhagias, as osteites simples etc, da cabeça do femur, os diversos traumatismos, predispõem, e mesmo são sempre as causas das *arthrites secundarias*, que são frequentes sobretudo, segundo Bonnet, em consequencia das disposições anatomicas da articulação, que já assignalamos anteriormente. A diathese rheumatismal predispõe para : as *arthrites chronicas*, *hydarthrose* e *coxalgias*. A diathese escrofulosa para : a *hydarthrose*, *coxalgias*, *osteite do grande trochanter* e *carie dos ossos da bacia*.

O temperamento lymphatico, a constituição fraca ou enfraquecida e as más condições hygienicas predispõem para : a *hydarthrose*, *coxalgias* e *anthraz*. Finalmente as alterações das tunicas das arterias predispõem para o *aneurisma*, que então se produz em consequencia de qualquer esforço violento.

Causas occasionaes. As causas occasionaes ou determinantes devem ser estudadas : nas *lesões traumaticas* e nas *não traumaticas*.

Entre as causas que determinão as primeiras especies de lesões : umas actuão *directa* e outras *indirectamente*.

Entre aquellas temos : 1.º as quedas ou pancadas violentas dirigidas sobre o grande trochanter, que produzem mais frequentemente : as *contusões das partes exteriores*, a *fractura extra-capsular do collo* e a do *grande trochanter*, que muitas vezes subsistem no mesmo individuo ; e raramente, a *fractura do fundo da cavidade*; assim como as *contusões profundas* e a *fractura intra-capsular* ; 2.º as quedas, pancadas ou pressões violentas levadas sobre uma grande superficie do quadril, que determinão as *fracturas da bacia*.

Entre estas temos : As quedas sobre os pés ou joelhos, que determinão frequentemente : a *fractura intra-capsular*, a *disjunção epiphysaria* e as *contusões profundas*, e mais raramente as *luxações*, em virtude de movimentos forçados, que podem simplesmente determinar uma *entorse*, e dos quaes o clinico deve, no 1.º d'estes casos, para o reconhecimento da especie de luxação, procurar cuidadosamente, inquerindo ao doente, reconhecer a direcção.

Entre as affecções *não traumaticas*, algumas se desenvolvem, ordinariamente, com toda a apparencia de expontaneidade, taes são : Os *corpos extranhos articulares*, a *coxalgia hysterica*, o *anthraz*, o *aneurisma*, o *lipoma*, as *alterações kysticas do grande trochanter*, a *osteite juxta epiphysaria* e o *cancer da extremidade superior do femur*. Outras succedem, o mais das vezes, a causas ligeiras, a resfriamentos, a humidade, a fadiga etc, taes são : As *arthrites agudas primitivas*, que em certos casos se manifestão pela supressão de uma funcção physiologica; as *arthrites chronicas*; certas *coxalgias*, *hyderthroses*, *phlegmões*, *myosites*, *rheumatismo muscular chronico*, *osteites do grande trochanter*, *hygromas* e *carie dos ossos da bacia*. Outras podem ser produzidas por traumatismos diversos : as *arthrites consecutivas*, as *hydarthroses*, as *coxalgias*, os *phlegmões*, as *inflammacões de bolsas serosas*, a *myosite*, a *osteite do grande trochanter*, o *aneurisma da crural* e a *carie dos ossos da bacia*.

Outras finalmente podem succeder a estados morbidos anteriores ou concomitantes. Entre as primeiras mencionaremos : as *arthrites chronicas*, as *coxalgias*, as *inflammacões de bolsas serosas*, a *myosite* e a *carie dos ossos da bacia* : e entre as segundas : as *arthrites agudas consecutivas*, que podem depender de uma blenorragia, de uma febre grave, do estado puerperal, da diathese purulenta e de osteites simples ou tuberculosas.



TERCEIRA PARTE

DIAGNOSTICO

Depois do estudo que fizemos da symptomatologia das diversas affecções que nos occupão, devíamos agora encetar a discussão do diagnostico de cada uma d'ellas; isto porém nos levaria muito longe, e obrigaria a frequentes repetições, sem vantagem para a clareza do assumpto, acrescendo as difficuldades da exposição em materia d'esta ordem. Tomando por base a divisão que adoptamos d'estas affecções, e o estudo que fizemos dos symptomas, organizamos seis quadros synopticos, que podem ser facilmente comparados e melhor que uma longa descripção, mostram as differenças, as vezes, pouco apreciaveis em clinica, que existem entre muitas d'estas numerosas affecções, das quaes algumas passam, em muitos casos, desapercibidas e outras só são reconhecidas pela autopsia.

Ajuntaremos a estas synopsis algumas considerações proprias a differenciar as duas especies de *arthrites agudas* e concluiremos transcrevendo, do importante trabalho dos Srs. Martin et Collineau, o quadro que apresentação, dos signaes distinctivos da *coxalgia capsular* e da *ossêa*.



A

Lesões traumáticas intra-capsulares

	DOR.	ESTALIDO.	MOVIMENTOS VOLUNTÁRIOS.	FUNÇÕES DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	MOVIMENTOS COMUNICADOS.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO.	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GERAES.	COMPLICAÇÕES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Fractura intra-capsular do collo.	A dor occupa a prêga da verilha e tambem se manifesta junto do pequeno trochanter. Ella é pouco intensa, sempre supportavel e augmenta pelos movimentos do membro.	Em alguns casos é sentido pelo doente ou ouvido pelos circumstantes.	Quando não ha deslocamentos, os doentes podem flexionar a perna e arrastar o calcanhar até mais ou menos próximo da nadega. No caso contrario os movimentos voluntarios são impossiveis.	A marcha é impossivel, salvo casos excepcionaes citados pelos autores. Depois da cura se nota claudicação.	A pelle é ordinariamente normal: a echymose só se manifestando dias depois.	Salvo excepções, são exagerados e determinam a crepitação que é sempre obscura.	O membro se acha em rotação para fora e apresenta um encurtamento real que, segundo Vidal de Cassis, augmenta ulteriormente.	A saliência do grande trochanter é deprimida, e o arco de circulo por elle descripto diminuido. Em alguns casos o fragmento inferior faz saliência na prêga inguinal. Em muitos casos não se observa tumefacção inflammatoria.	Os phenomenos geraes são raros.	Muito raras.	A marcha é chronica e a duração muito longa. A terminação quasi sempre pela cura incompleta.	Predisponentes: A idade avançada, o sexo feminino. Determinantes: As quedas sobre os pés ou joelhos.
Disjunção epiphysaria.	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	A marcha e a duração regulares. A terminação pela cura completa.	Predisp. Idade menor de 18 annos. Occasionaes. As mesmas da fractura intra-capsular.
Fractura do fundo da cavidade.	A dor se manifesta um pouco por baixo do pequeno trochanter ou ao nível do grande. Ella é pouca intensa sempre supportavel e augmenta pelos movimentos.	Idem	Estes movimentos são modificados, mas quasi nunca completamente abolidos.	E' impossivel a marcha.	O exame da pelle demonstra no fim de pouco tempo uma echymose que occupa principalmente o grande trochanter.	Alguns dos movimentos são exagerados outros são limitados. A crepitação é mais facilmente de obter-se, mas os movimentos são perigosos.	Ordinarimente o membro se colloca em flexão e rotação para dentro, e apresenta um encurtamento mais ou menos notavel.	O grande trochanter é deprimido; seo arco de circulo diminuido. O tocar rectal ou vaginal demonstra na cavidade pelviana um tumor duro e arredondado. A tumefacção é sobretudo notavel no grande trochanter.	Os phenomenos geraes são mais ou menos intensos.	As complicações são muito frequentes e variaveis.	A cura é rara e sempre incompleta. A morte é a terminação frequente.	Quedas violentas sobre o grande trochanter.

B

Lesões traumáticas extra-capsulares

	DOR.	ESTALIDO.	MOVIMENTOS VOLUNTARIOS.	FUNÇÃO DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	MOVIMENTOS COMUNICADOS.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO.	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GERAES.	COMPLICAÇÕES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Contusão extra-capsular.	A dor occupa a sede da violencia: é mais ou menos intensa, quasi sempre desaparece no fim de alguns dias; em alguns casos é rebelde.		Na maioria dos casos são simplesmente embaraçados. A paralyisia é muito rara.	A dor perturba a marcha que se acompanha de claudicação.	Pouco tempo depois do accidente se manifesta uma echymose mais ou menos extensa. Quasi sempre ha descolamentos.	Alguns destes movimentos são limitados pelas dores que despertão.		O quadril offerece consecutivamente uma tumefacção que é mais consideravel na sede da lesão.	São muito raros.	São raras.	Ordinariamente a cura completa tem lugar em poucos dias.	São sempre violencias directas.
Ferimentos não penetrantes.	A dor variavel, é ordinariamente mediocre e occupa a sede da lesão.		São abolidos os movimentos dos musculos seccionados.		So ha echymose quando a ferida é contusa no caso contrario tem lugar um corrimento de sangue.			A tumefacção depende da extensão da lesão.	Só se manifesta em geral quando o ferimento offerece certa extensão.	São as mesmas das feridas em geral.	A duração varia. A cura é a terminação ordinaria.	São as diversas especies de instrumentos vulnerantes.
Fractura extra-capsular do collo.	A dor se manifesta em todo quadril, na parte superior da coxa, e um pouco por baixo do pequeno trochanter. Ordinariamente muito intensa, ella augmenta pela pressão e movimentos, sobretudo comunicados, que a tornão, segundo Vidal de Cassis, insupportavel.	E' algumas vezes sentido pelo doente ou ouvido pelos circumsstantes.	São abolidos, menos nos casos de penetração dos fragmentos. O doente pôde entretanto flexionar a perna e arrastar o calcanhar até mais ou menos proximo da nadega.	A marcha é impossivel. Nos casos de penetração os doentes têm podido dar alguns passos. A claudicação é insignificante depois da cura.	A echymose é extensa e se mostra em pouco tempo. No periodo inflammatorio a temperatura da pelle é elevada.	Salvo os casos de penetração são exagerados e acompanhados de crepitação facil de obter-se e muito clara.	O membro se acha em rotação para fóra e apresenta um encurtamento menos pronunciado que na fractura intra-capsular.	Salvo o caso de penetração o grande trochanter é deprimido, aproximado da cista iliaca e parece girar sobre seu proprio eixo. O fragmento inferior faz saliência para cima e para traz. A tumefacção é sobretudo notavel no grande trochanter que é sede de contusão.	Sempre se nota um movimento lebril mais ou menos violento.	Esta fractura é sempre acompanhada de contusões.	A duração é regular. A terminação ordinaria a cura completa.	Violencias dirigidas contra o grande trochanter.
Fractura do grande trochanter.	A dor occupa o nivel da lesão, é ordinariamente intensa, as vezes, rebelde, e augmenta pela pressão e movimentos de adducção e rotação para dentro.	Raramente se manifesta.	A flexão com adducção, ou somente esta, são impedidos pelas dores que despertão.	A marcha é impedida pelas dores.	A echymose é mais ou menos extensa. A contusão mais ou menos profunda.	A dor impede os mesmos movimentos que a vontade não executa. Acrepitação é difficil de obter-se.	O membro se colloca em flexão abducção e rotação para fóra.	Quando ha deslocamento, o fragmento é arrastado para cima e para traz, e a saliência da apophyse é substituida por uma depressão. A tumefacção é mais ou menos notavel. Quasi sempre se formão abscessos.	Os phenomenos geraes são pouco notaveis e faltão em muitos casos.	E' quasi sempre complicada de contusões.	Termina ordinariamente pela cura, depois de uma suppuração mais ou menos longa.	Idem. . . .
Fractura dos ossos da bacia.	A dor occupa todo quadril principalmente o ponto fracturado. Ella é ordinariamente muito intensa e augmenta pela pressão e menores movimentos.	Em alguns casos.	Ha de ord. abolição dos movimentos voluntarios, e em muitos casos paraplegia.	E' ordinariamente impossivel a marcha.	A echymose quasi sempre extensa indica a contusão que se faz sentir nos orgãos pelvianos, por desordens functionaes mais ou menos notaveis.	São limitados pelas dores. A crepitação é ordinariamente difficil de obter-se, e muitas vezes falta.	Idem.	O exame pôde reconhecer os fragmentos deslocados. A tumefacção é muito notavel. Quasi constantemente se formão abscessos.	os phenomenos geraes são constantes e dependem sobretudo das complicações.	As complicações mais ou menos graves são, segundo os autores, quasi inseparaveis destas fracturas.	Em alguns casos a duração é muito longa. A morte é a terminação ordinaria: a cura pôde sobrevir raramente.	A causa actua directamente, com grande violencia e sobre uma superficie muito extensa.

Lesões traumáticas mixtas

	DOR.	MOVIMENTOS VOLUNTÁRIOS.	FUNÇÃO DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	MOVIMENTOS COMUNICADOS.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GERAES.	COMPLICAÇÕES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Contusões profundas.	A dor que occupa a articulação, é muito intensa, mais ou menos duradoura, e sempre exagerada pela pressão da parte anterior da articulação e pelos movimentos.	Em muitos casos o doente pôde por um esforço levantar o membro e apoiar ligeiramente o calcâneo sobre o solo. Em outros são completamente abolidos pelas dores ou por uma parysia muscular.	A marcha quando não é impossível, offerece ao menos extrema dificuldade.	A epocha do aparecimento da echymose, depende da causa e sobretudo, da intensidade da contusão.	São limitadas ou mesmo insuportáveis pelas dores que despertão.	O membro se colloca as vezes em flexão e rotação interna outras em rotação para fora com um certo grão de abdução.	O quadril offerece uma tumefacção notavel.	Os phenomenos geraes, são quasi sempre moderados.	As complicações são raras.	A terminação tem lugar o mais das vezes pela cura completa, depois de uma duração mais ou menos longa.	Ordinariamente as quedas sobre os pés ou joelhos; e raramente as violencias dirigidas contra o grande trochanter.
Ferimentos penetrantes.	A dor apresenta uma intensidade variavel no momento do accidente; depois torna-se pruriginosa, surda e profunda e finalmente de uma agudeza extrema por occasião da inflamação articular.	A abolição dos movimentos voluntarios tem lugar 5 ou 6 dias depois do accidente.	Sempre que sobrevem a arthrite traumática a marcha é impossível.	Pela ferida corre sangue e synovia, sobretudo quando a uma posição conveniente do membro se jantão movimentos. O estilete só deve ser empregado nos ferimentos por armas de fogo.	São, na maioria dos casos, pouco mais ou menos normaes.		A tumefacção do quadril, que se manifesta dias depois, é muito notavel e acompanhada de afastamento dos labios da ferida.	As manifestações locais são acompanhadas de phenomenos geraes que, segundo os autores, são mais frequentes por occasião das feridas estreitas.	São muito frequentes.	Ordinariamente termina pela cura que muitas vezes incompleta. Em alguns casos a morte tem lugar.	Estes ferimentos são relativamente raros. Reconhecem as causas communs a todos os ferimentos.
Entorse.	A dor é muito intensa e acompanhada de sensação de ruptura interna. Em alguns casos pôde determinar uma syncope.	Durante algumas horas são simplesmente embaraçados; elles porém são temporariamente abolidos no fim de 24 horas em consequencia das dores e da rigidez articular.	A marcha é ordinariamente impossível.	A echymose que pôde ser mais ou menos extensa se manifesta em epochas variaveis.	Algumas vezes exaggerados logo depois do accidente, são mais tarde limitados e finalmente abolidos pelas dores e rigidez.		A tumefacção inflammatoria que deende do maior affluxo de liquidos e do derrame sanguineo sobrevem no fim de 12 ou 24 horas.	São raros.	E' raro que esta affecção se complique.	Termina ordinariamente pela cura completa depois de um tempo mais ou menos curto.	Uma entorse predispõe para outras da mesma articulação. Suas causas são os movimentos forçados.
Luxação ilio-pubianna.	A dor é de ordinario muito intensa e se acompanha de sensação de ruptura interna.	O doente não pôde executar os movimentos de adducção e rotação interna.	Idem	A echymose se manifesta mais ou menos tardiamente.	São igualmente abolidos os movimentos de adducção e rotação interna.	O membro se colloca em abdução e rotação para fora, e apresenta um encurtamento real.	A nadega é achatada e a prega glutea elevada. A palpação demonstra na prega da verilha um tumor duro e arredondado. A tumefacção inflammatoria é mais ou menos notavel.	Os phenomenos geraes são pouco intensos.	Idem	A marcha é de ordinario rapida. A terminação pela cura, completa ou incompleta conforme teve ou não lugar a redução.	Predisp. Uma luxação ou entorse anterior. Determ. Os movimentos forçados.
Luxação ischio-pubianna.	Idem	O doente não pôde executar os movimentos de: extensão completa, adducção e rotação para dentro.	Idem	Idem	Não se pôde levar o membro na extensão completa, na adducção e rotação interna.	O membro se colloca em abdução, rotação externa e flexão mais ou menos pronunciada. A mensuração demonstra um allongamento real de $\approx 0,03$ a $\approx 0,05$.	A nadega é achatada; a prega glutea é abaixada. A saliencia do grande trochanter é substituida por uma depressão. A cabeça do osso forma um tumor duro e arredondado na parte interna e superior da coxa. A tumefacção inflammatoria é mais ou menos notavel.	Idem	Frequentemente esta especie de luxação se complica de uma retenção de urinas.	Idem	Idem
Luxação ilio-ischiatrica.	Idem	O doente não executa a extensão completa e os movimentos de abdução e rotação para fora.	Idem	Idem	Não se pôde levar o membro na extensão completa, na abdução e rotação para fora.	O membro se acha em adducção, rotação para dentro e flexão fletida. A mensuração demonstra encurtamento real.	A nadega é saliente: a prega da verilha é deprimida. A cabeça do femur forma um tumor duro e arredondado na parte postero-inferior da nadega. A tumefacção inflammatoria é mais ou menos notavel.	Idem	As complicações são raras.	Idem	Idem
Luxação iliaca.	Idem	O doente não executa os movimentos de abdução e rotação para fora.	Idem	Idem	Não se pôde levar o membro em abdução e rotação para fora.	O membro se acha em adducção, rotação para dentro e ligeira flexão. A mensuração demonstra encurtamento real.	A nadega é saliente: a prega glutea elevada; a verilha deprimida; ha alargamento da anca, e um tumor duro e arredondado na fossa iliaca externa. A tumefacção inflammatoria é mais ou menos notavel.	Idem	Idem	Idem	Idem

Lesões não traumáticas intra-capsulares

	DOR.	MOVIMENTOS DO MEMBRO.	FUNÇÃO DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO.	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GENERALES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Arthritides agudas.	A dor, que occupa a articulação e os ganglios inguinaes, é precedida de calafrios e se caracteriza: pela sua intensidade, continuidade, pela exageração aos menores movimentos ou pressões, etc.	Os movimentos, quer voluntarios, quer communicados, são abolidos, em consequencia das dores que exaço e das contracturas que despertão.	A marcha é desde logo impossível.	A pelle rubra, ordinariamente apresenta uma temperatura superior a normal, e é em muitos casos, mais tarde, a sede de fistulas dependentes dos abscessos.	O membro se colloca sempre em flexão com abducção e rotação para fóra. Ha allongamento apparente. Em alguns casos, sómente a parte superior da coxa, em outros, todo o membro se acha augmentado de volume.	A propagação da irritação inflammatoria determina a tumefacção do quadril, desfarçando as saliencias normaes, e exagerando as depressões de igual natureza. O exame tambem demonstra a tumefacção dos ganglios lymphaticos e a fluctuação quando existe pús.	Estes phenomenos são sempre muito intensos desde o começo da molestia.	O começo tem lugar por um ou mais calafrios logo seguidos de febre. A marcha é mais ou menos regular e rápida. A terminação se faz: pela resolução, pela passagem ao estado chronico, ou pela suppuração, seguida de luxação, ou ankylose ou mesmo de morte.	Segundo Bonnet as arthritides são muito frequentes em consequencia das disposições anatomicas da articulação. Suas causas são: os resfriamentos, a suppressão de uma função physiologica, febres graves, estado puerperal, traumatismos etc.
Arthr. rheum. chron. simples.	A dor, ordinariamente pouco intensa occupa a articulação; ella não augmenta pela pressão da cabeça do osso contra a cavidade, e diminue pelo exercício moderado da junta.	Sempre algum tanto embaraçado quando se começa a exercê-lo, se tornão momentaneamente mais facéis por um exercício moderado.	Simplemente embaraçada, a marcha que se acompanha de claudicação, é mais facil depois de um moderado exercício, mas, os movimentos mais extensos da articulação são menos solidos que normalmente.	O exame da pelle nada apresenta.	O membro se colloca quasi sempre em flexão com abducção e rotação para fóra. A coxa e a perna são atrophiadas no fim de algum tempo: a atrophía é menos pronunciada n'esta.	O grande trochanter proemina ligeiramente. O quadril augmentado de volume contrasta com a atrophía da coxa. O exame da região demonstra algum engurgitamento dos ganglios inguinaes.	Não existem phenomenos geraes.	Esta molestia, muitas vezes, succede a uma arthrite aguda. A marcha é longa. Em muitos casos se torna estacionaria.	E' mais commum em indivíduos maiores, de 50 annos, que já soffrerão de rheumatismo em uma epocha anterior.
Arthr. rheum. chron. osteophytica.	Em alguns casos, vagas e passageiras no quadril, as dores que as vezes fallão completamente, nunca são observadas em pontos distantes, nem provocadas pela pressão.	Em alguns casos se nota uma rigidez articular, que desaparece algum tanto por um exercício moderado. Em outros são limitados por produções osteophyticas. Em outros, ao contrario, os movimentos da articulação são mais extensos que normalmente. E' finalmente, quasi sempre difficil a flexão do corpo para diante.	A marcha que nunca é completamente abolida, se acompanha de um ruído especial, e de claudicação, repousando a planta do pé em totalidade sobre o solo.	Idem	Ordinariamente o membro se colloca em flexão, abducção e rotação para fóra. Em alguns casos, são retracções musculares invencíveis que mantêm estes desvios. A coxa se apresenta atrophiada mas a perna conserva seu volume normal.	O grande trochanter é mais proeminente. O quadril volumoso, esse exame demonstra em um periodo adiantado da molestia, produções ossæas, que invadem principalmente o grande trochanter e tambem o interior da bacia, onde podem ser reconhecidas.	Idem	A marcha é longa e algumas vezes progressiva e inevitavel. A terminação varia: ora forma-se uma falsa ankylose, ora têm lugar luxações, que os doentes reduzem por simples movimentos de adducção ou de abducção.	Sobrevém em indivíduos rheumaticos. Se manifesta ordinariamente de ambos os lados; mas tambem se pôde apresentar em um só d'elles, muitas vezes acompanhando-se então de manifestações semelhantes para os membros superiores.
Hydarthrose.	A dor, que é as vezes nulla, é sempre pouco intensa, e se manifesta tambem, em alguns casos, no joelho.	Ordinariamente ha grande difficuldade e mesmo impossibilidade de levar o membro na adducção e rotação interna. E' por meio da compressão brusca da cabeça do osso contra a cavidade, que se obtém o choque cotyloideo, symptoma importante d'esta affecção.	A marcha é acompanhada de claudicação mais ou menos notavel, e de um ruído especial que pôde ser ouvido a distancia.	Idem	O membro se colloca sempre em flexão, abducção e rotação para fóra.	O quadril mais ou menos volumoso, nunca é sede de abscessos. A pré-gluéa é elevada. Em alguns casos, em vez de uniformidade e resistencia depressivel, a palpação demonstra na região inguinal, ou para cima do grande trochanter, um tumor molle e fluctuante, que poderia se impor por um abscesso e que é devido a distensão da synovial.	E' raro que se manifeste algum movimento febril, que em todo o caso é insignificante.	Começa quasi sempre por dores surdas na parte superior da coxa, na virilha ou no joelho. Em outros casos o começo pôde ser brusco. A marcha é chronica. A terminação tem lugar as vezes pela reabsorção do liquido. Em alguns casos, a hydarthrose pôde ser o ponto de partida de outras molestias, sendo a luxação, segund o Dr. Nicaise, muito favorecida pelo relaxamento da capsula.	Suas causas predisponentes são: a escrofulose, o temperamento lymphatico, a diathese rheumatica, a blenorragia, o estado puerperal etc. As occasionaes são: a acção do frio, uma contusão, uma fadiga consideravel e mesmo a blenorragia, segundo Cloquet.
Coxalgias.	Ordinariamente precede a claudicação que é as vezes primitiva. No começo em geral obscura e despertada pela pressão em certos pontos ou por certos movimentos, e se acompanha na maioria dos casos de dores no joelho, que igualmente podem ser primitivas, e fazer crêr em uma affecção d'esta articulação. No periodo de estado ellas augmentão de intensidade, tomão um typo continuo e se exacerbão facilmente perturbando a acção muscular.	Ao passo que os movimentos voluntarios são simplesmente embaraçados no periodo inicial, pôde-se n'esta epocha por meio de um movimento de adducção com rotação para dentro despertar as dores articulares, que são muito importantes para o diagnostico. No periodo de estado, não só estas dores, como as contracturas tornão completamente impossiveis todos os movimentos.	A' principio sómente se nota diminuição na agiliade do membro e uma attitude especial; depois claudicação que augmenta progressivamente com a exageração das dores e da posição viciosa, e mais tarde abolição completa da função, que pôde ter lugar em um tempo mais ou menos curto.	Ordinariamente normal no começo da molestia, torna-se em seu periodo de estado, rubra, tumefacta e quente, sendo então, e tambem no periodo terminal, a sede de cicatrizes e de tractos fistulosos mais ou menos numerosos.	O membro se colloca; já em flexão, abducção e rotação para fóra; já em flexão, adducção e rotação para dentro, conforme a especie de coxalgia. Ha tambem, ora allongamento, ora encurtamento apparentes. Ordinariamente no começo e no periodo de estado, a parte superior da coxa é augmentada de volume, assim como o joelho. Em alguns casos todo o membro é edemaciado. No periodo terminal o membro se atrophia e contrasta com a tumefacção do quadril.	Além de grandemente tumefacto, o quadril apresenta, no periodo de estado, abscessos aos quaes os Srs. Martin et Collineau chamão circumsvizinhos; e no terminal, outros abscessos, que se acompanhaõ as vezes, dos signaes proprios do deslocamento das superficies articulares.	Faltão ordinariamente no começo da affecção, que é sempre insidioso; e se manifestão nos periodos de estado e terminal, por occasião dos abscessos, offerecendo caracteristicos especiaes, sobretudo graves, no ultimo caso.	A duração é ordinariamente muito longa: a marcha mais ou menos irregular, offerece em certos casos remissões enganadoras. A terminação mais frequente é a morte. Quando a cura tem lugar, é quasi sempre incompleta.	A infancia, a puberdade, a constituição fraca, e o temperamento lymphatico, predispoem para a molestia. A escrofulose, certos traumatismos, estados morbiõs anteriores e o resfriamento favorecem ou determinão a sua manifestação.
Corpos extranhos articulares.	A dor, que se manifesta raramente e em movimentos ou posições especiaes, é passageira e mais ou menos intensa.	São ordinariamente livres e normaes, salvo os momentos, em que determinão as dores.	A marcha, igualmente, só é impedida no momento das dores, que algum movimento provocou.	A pelle é sempre normal.	O membro não offerece deformação.	O quadril apresenta suas saliencias e depressões normaes.	Faltão completamente.	Quasi nunca a molestia é reconhecida durante a vida. Nunca determina a morte.	Esta molestia é muito rara. Suas causas são em geral desconhecidas.

Lesões não traumáticas extra-capsulares

	DOR.	MOVIMENTOS DO MEMBRO.	FUNÇÃO DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO.	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GERAES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Phlegmão circumscripto.	A dor, a princípio obtusa, é depois tensiva, pulsativa, augmenta pela pressão e movimentos, diminuindo no 3.º ou 4.º dia quando o pus se acha formado.	São ordinariamente mais ou menos embaraçados pelas dores que despertão.	Póde ser muito penosa.	A pelle é quente, apresenta um rubor que desaparece pela pressão. Mais tarde se adelgaça e rompe para deixar correr o pus.	O membro ordinariamente não offerece deformação.	A sede da affecção é tumefacta, a palpação demonstra, nos tres primeiros dias endurecimento, e no 4.º fluctuação.	Os phenomenos geraes faltão ordinariamente.	A marcha é regular e rápida; o começo brusco; e a terminação ora pela resolução; mais vezes pela suppuração.	As causas são: as contusões e outros traumatismos ou a propagação de uma inflamação.
Phlog. diffusos superficial.	A dor, é excessiva, augmenta pela pressão e movimentos, seguindo a direcção dos nervos superficiaes.	São ordinariamente impossiveis em consequencia da exaggeração das dores.	A marcha é ordinariamente impossivel.	A pelle é quente, offerece um rubor intenso que desaparece pela pressão, que reconhece o empastamento, e determina depressões, que se conservão por algum tempo.	A tumefacção se estende sempre a uma maior ou menor porção do membro.	A tumefacção deforma a região, na qual a palpação demonstra o empastamento do 1.º periodo; as pulsações arteriaes do 2.º; assim como, o amolecimento e a fluctuação que indicão com as phlyctenas, o pus, e a proximidade da eschara.	Os phenomenos geraes ordinariamente muito intensos, são as vezes precedidos das manifestações locais.	A marcha da molestia se divide em 3 periodos que são bem caracterisados. A duração varia de tres semanas á 1 1/2 ou mais mezes. A terminação tem lugar muitas vezes pela morte.	São mais communs em indivíduos adultos do sexo masculino. As contusões, pancadas simples, escoriações e a propagação de inflamações vicinias são as causas mais frequentes, parecendo as vezes dependentes de uma causa geral.
Phlog. diff. profundo.	Adór, que é atroz, augmenta pela pressão e movimentos, segue a direcção dos nervos profundos, e depende da compressão violenta dos tecidos determinada pela inflamação.	Idem	Idem	A pelle pallida e oedemaciada, conserva a depressão determinada pelos dedos, que reconhecem, no começo, um empastamento profundo.	O membro conserva a posição natural; mas apresenta um edema assaz pronunciado dependente da compressão dos vazos.	A tumefacção do quadril faz desaparecer as saliencias e depressões normaes. A palpação demonstra fluctuação profunda no fim de algum tempo.	Muito intensos e graves, são constituídos, no fim de alguns dias, por um estado typhoide com delirio, somnolencia e coma.	O começo tem lugar ordinariamente por um calafrio violento. A marcha também apresenta 3 periodos. A morte é a terminação mais frequente.	
Anthrax.	A dor que é muito intensa e augmenta com os progressos do mal, occupa a nadeiga, e é mais tarde comparavel ao ardor de uma brazã.	As dores embaraço algum tanto aos movimentos.	A marcha é penosa.	A pelle é rubra, torna-se mais tarde lúzida e de cores carregadas, e offerece, no centro do rubor, vesiculas amareladas.	O membro não offerece deformação.	A nadeiga offerece um tumor de base larga, duro e muito doloroso a pressão, apresentando as vesiculas centrais, que mais tarde se rompem deixando a principio correr pus fetido, e depois sahir o carnição.	O tumor é precedido de calafrios, perda de appetite e lassidão, e acompanhado de febre ordinariamente intensa, que apresenta, em muitos casos um caracter adynamico.	A marcha da molestia póde ser modificada por muitas circunstancias. A sua duração é ordinariamente de 15 dias á 3 semanas. A terminação pela cura, quando não ha complicação, e pela morte em muitos d'estes casos.	Esta molestia affecta de preferencia aos individuos debilitados, que se achão em más condições hygienicas, e aos diabeticos.
Infl. aguda das bolsas serosas.	A dor varia quanto a intensidade, e constitue, um dos primeiros, ou o primeiro, symptoma da molestia.	Ordinariamente augmentão a intensidade da dor que os limita, ou mesmo impede a produção de alguns.	Idem	A pelle em pouco se torna rubra, tumefacta e quente, sendo mais tarde fendida, em alguns casos, para dar sahida ao pus. O exame do tracto fistuloso fornece, n'este caso, dados importantes.	Os desvios do membro varião, e faltão completamente em muitos casos. Não é raro encontrar-se a parte superior da coxa mais volumosa que normalmente.	A palpação da região demonstra, ao nivel de uma das bolsas serosas, um tumor mole, do qual a fluctuação obscurece e sempre difficil de perceber-se.	Sempre que a inflamação se propaga ao tecido celular circumvizinho, se nota, um movimento febril mais ou menos intenso.	A marcha da molestia é ordinariamente muito rápida. A terminação se faz: ora pela resolução; em alguns casos, pela suppuração e em outros pela passagem ao estado chronico.	Muitas vezes é devida a uma angioleucite da perna ou da coxa. Em outros depende, de uma contusão, de uma pressão violenta ou de um resfriamento.
Myosite aguda.	Em geral intensa, a dor, que occupa o tracto de um ou mais musculos, se exaggera pela pressão e certos movimentos, e é acompanhada, em certos casos, de sensação de peso.	São embaraçados os movimentos que põem o musculo doente em jogo, quer pelas dores, quer pela retracção que elle soffrã.	Ha claudicação e embaraços dependentes principalmente da retracção.	Frequentemente normal, em muitos casos, ao tumor do qual a base é então menos movel.	Os desvios varião com o musculo ou musculos affectados. Em alguns casos se observa um edema devido á compressão dos vazos, o qual se estende mais ou menos longe.	Muito frequentemente tem lugar uma tumefacção circumscrita, e o exame demonstra, nos limites do musculo ou musculos doentes, um endurecimento.	Ordinariamente sobreveio um movimento febril mais ou menos vivo.	A marcha é rápida a terminação mais frequente é a resolução; a suppuração é muito rara.	Esta molestia, que é rara, é mais frequente no homem. As fadigas musculares, os traumatismos, os resfriamentos súbitos são suas causas.
Osteite do grande trochanter.	A dor, que é muito intensa occupa a sede da lesão, onde é despertada pela pressão. Em alguns casos ella também se póde manifestar espontaneamente em outros pontos da região.	São penosos principalmente os de adducção e rotação para dentro.	A marcha é sempre embaraçada, e acompanhada de claudicação mais ou menos notavel.	Normal no começo, é mais tarde rubra, tumefacta, adelgada e fendida para dar sahida ao pus do abscesso, que é sempre phlegmonoso. O exame do tracto fistuloso é muito importante.	O membro é ordinariamente levado em flexão abducção e rotação para fóra.	A tumefacção, que quasi sempre se limita a região trochanteriana, póde em alguns casos, como no de Marjolin, citado por Nicaise, determinar uma ligeira deformação da região inguinal e da prega glutea. A palpação póde demonstrar a fluctuação.	Em alguns casos se nota uma reacção febril mais ou menos intensa, principalmente no começo.	Esta molestia quasi sempre começa por dores surdas e intermitentes. A marcha, ordinariamente lenta, offerece remissões mais ou menos longas. A duração varia de muitas semanas a annos. Termina, pela resolução, supp. cario ou necrose.	São as contusões, as feridas principalmente por armas de fogo, e as pressões repetidas. Um vicio escrofuloso ou um resfriamento também a podem produzir.
Coxalgia hysterica.	A dor é violenta, e acompanhada de uma viva hyperesthesia cutanea durante o dia, em que mais se exaspera pelo ligeiro tocar de certos pontos, (falsas costellas, ilion e malleolos), que por fortes pressões ali exercidas.	São completamente abolidos durante os accessos, em consequencia das dores e das contracturas idiopathicas, que cessão pelo emprego dos anestesicos ou espontaneamente durante a noite.	A marcha que é impossivel durante os accessos, se acompanha fóra d'elles de claudicação mais ou menos notavel.	A pelle constantemente normal, e sede de uma viva hyperesthesia e de alternativas de calor e de frio.	O membro ordinariamente se conserva em extensão, mas também póde affectar alguma das posições viciosas que descrevemos. A parte superior da coxa apresenta um augmento de volume devido a turgencia dos vazos.	O quadril é sede de uma tumefacção oedematosa igualmente devida á turgencia dos vazos.	Os phenomenos geraes são constituídos por perturbações nervosas hysteriformes, que ordinariamente procedem de muito a molestia.	A marcha é ordinariamente lenta. Em alguns casos a molestia termina bruscamente. Em outros gradualmente pelo esgotto do estado nervoso. Nunca traz as desordens graves das coxalgias.	Esta molestia é quasi exclusiva do sexo feminino, e sobreveio alguns annos depois da puberdade.
Rheum. muscular chron.	A dor, ora obscura, ora muito intensa, a ponto de arrancar gritos ao doente, se fixa em um ou muitos musculos que se apresentam retrahidos. Ella augmenta pela pressão e movimentos, mas desaparece pelo emprego da faradisação, o que é muito importante.	Em alguns casos, simplesmente embaraçados, são em outros limitados ou completamente abolidos pelas dores que despertão e pela retracção muscular permanente, que, segundo o Dr. J. Guerin succede a retracção activa primitiva.	A marcha é ordinariamente permitida, bem que acompanhada de dor, e de claudicação mais ou menos notavel.	A pelle constantemente normal, e muitas vezes a sede de uma sensação de frio.	O desvio varia com a sede da affecção. O membro se atrophia quando por muito tempo tem sido conservado em repouso.	O exame da região demonstra um endurecimento mais ou menos volumoso devido aos musculos retrahidos, e a ausencia de fluctuação.	Faltão completamente.	A marcha chronica, por vezes muito longa póde, segundo o Dr. Nicaise, persistir semanas e mezes. A terminação tem lugar muitas vezes, por uma retracção permanente dos musculos.	São as mesmas do rheumatismo em geral.
Alterações kysticas do grande trochanter.	A dor é constantemente muito intensa, si se comprime sobre o grande trochanter em que se manifesta. Mais tarde ella se torna lancinante, o cessa com a evacuação do conteúdo do kysto.	Os grandes movimentos são embaraçados.	A marcha é pouco perturbada.	Normal no começo, é mais tarde fendida para a sahida do conteúdo do kysto, e forma-se uma fistula, que se conserva por mais ou menos tempo, e que sendo explorada fornece dados importantes para o diagnóstico.	Os desvios faltão ordinariamente. No fim de algum tempo a coxa se tumefaz até ao terço medio. Em alguns casos esta tumefacção diminui, se conservando somente no trochanter.	A tumefacção do quadril de crece á partir do grande trochanter, apresenta um empastamento profundo e desaparece, em alguns casos, restando só o tumor d'aquella apophyse. Quando as dores se tornão lancinantes, a palpação d'este tumor reconhece: uma fluctuação franca, crepitação papyracea e interrupção do osso. Então sua abertura deixa correr um liquido fúente e transparente que se torna purulento no fim de 2 ou 3 dias.	A febre, mais ou menos intensa, só se manifesta por occasião da transformação purulenta do conteúdo do kysto.	A marcha da molestia é em alguns casos irregular; quasi sempre offerece remissões, e as vezes accidentes septemicos. A terminação tem ordinariamente lugar pela cura.	As causas são desconhecidas.
Carie dos ossos da bacia.	A dor, ordinariamente obscura, é fixa, continua e augmenta as vezes para a noite. Ella é sempre provocada pela pressão no ponto correspondente a lesão.	Os movimentos do membro são quasi sempre conservados.	A marcha pouco ou nada penosa.	A pelle normal no começo da molestia, torna-se mais tarde rubra, adelgada e rompe-se para sahir o pus dos abscessos, que é fúoco e fetido. As suas aberturas se tornão fistulosas, occupão o centro de fungosidades e deixão correr um pus seroso. A exploração d'ellas por um estilete dá, por um ligeiro esforço, a sensação de penetração e despedaçamento das cellas osseas, e um pequeno corrimento de sangue pela sua retirada.	Os desvios faltão ordinariamente.	O quadril é sede de uma tumefacção, sobretudo notavel no ponto correspondente a lesão, onde mais tarde, se nota fluctuação.	Faltão ordinariamente.	A marcha da molestia é lenta e offerece muitas vezes remissões. A terminação varia: as vezes sobrevem a cura; as vezes sobreveio a cura, espontanea, que póde ou não ser o resultado de uma necrose. Outras finalmente ella póde determinar uma coxalgia, ou desordens graves para o lado do pelvis.	A syphilis, a escrofulose a gotta, o rheumatismo, o escorbuto predispõem, segundo os autores para esta affecção, que é quasi sempre determinada por violencias exteriores, pelo resfriamento etc.
Hygrommas.	A dor, que póde ser nulla, só se manifesta no começo, quando o tumor se formou rapidamente, ou mais tarde, quando sobrevem a inflamação.	São muitas vezes normaes.	Idem	Torna-se ordinariamente rubra e quente, quando ha inflamação.	Idem	O tumor que occupa o nivel de uma das bolsas serosas, offerece caracteristicos especiaes já descriptos (pag. 45.)	Idem	A marcha é chronica. A molestia póde ficar estacionaria, mais ou menos frequentemente termina pela cura.	Suas causas são: as contusões, os altritros frequentemente repetidos e o exercicio prolongado.
A neurisma da crural.	O doente sente as vezes, de tempos á tempos, dores lancinantes na região.	Raramente embaraçados.	Quasi sempre é normal.	Nenhuma alteração apresentada.	Idem	No triangulo de Scarpa a palpação demonstra um tumor que igualmente offerece caracteristicos já descriptos (pag. 45.)	Idem	O tumor cresce as vezes insensivel e outras bruscamente e fica estacionario. Terminação quasi constante a morte.	A idade adulta; o sexo masculino; as alterações das tunicas arteriaes são predisponentes. Os traumatismos, são determinantes.
Lipomas.	Aurencia absoluta de dor.	Movimentos normaes.	Normal.	Idem	Idem	O tumor que occupa a nadeiga já foi descripto (pag. 45.)	Idem	Desenvolvimento lento até atingir certo volume que não é excedido. Póde permanecer indefinidamente.	São desconhecidas.

F

Lesões não traumáticas mixtas

	DOR.	MOVIMENTOS DO MEMBRO.	FUNÇÃO DA LOCOMOÇÃO.	EXAME DA PELLE.	DEFORMAÇÕES DO MEMBRO.	DEFORMAÇÕES DO QUADRIL.	PHENOMENOS GENERAES.	M. D. TERMINAÇÃO.	CAUSAS.
Osteite juxta epiphysaria.	A dor, que é mais ou menos intensa e variavel, tem sua sede no quadril, e constitue quasi sempre o primeiro symptoma da molestia, da qual o começo obscuro passa de ordinario desaperecebido.	São parcialmente abolidos na maioria dos casos.	A marcha mais ou menos embaraçada se acompanha ordinariamente de claudicação.	Normal por muito tempo, a pelle é mais tarde comprometida para o escoamento do pus dos abscessos por congestão, e se formão fistulas das quaes o exame é muito importante.	Os desvios do membro varião: ora, se nota a flexão com adducção e rotação para dentro; ora a flexão abducção e rotação externa. A parte superior da coxa é mais volumosa que normalmente.	A palpação do quadril, igualmente volumoso, demonstra a tumefacção do femur que pôde extender-se a articulação,ahi produzindo um derrame. Si o doente é magro, e este exame é cuidadoso, se pôde reconhecer que a tumefacção começa de um pouco para dentro do grande trochanter, segundo o Dr. Nicaise, e se estende até mais ou menos longe na diaphyse.	Os phenomenos geraes faltão no começo da molestia, que é insidioso e obscuro; mas sobrevêm depois das dores e são caracterizados por um estado typhoide com phenomenos adynamicos, e pela sua extrema gravidade.	A marcha da molestia é mais ou menos irregular. A duração varia. A terminação tem lugar mais vezes pela morte.	Esta molestia é rara, segundo o Dr. Nicaise, e pôde sobrevir espontaneamente no periodo de crescimento, como as periostites das diaphyses dos outros ossos n'esta idade.
Cancer da extremidade superior do femur,	A dor, ora obscura, ora viva e passageira no começo, em que pôde sobrevir espontaneamente, ou por occasião de um movimento brusco, ou de uma fadiga; se torna mais tarde lancinante. Em alguns casos augmenta para a noite, mas não sobrevêm por accessos regulares, é fixa, e não exacerba pelo calor ou pela pressão.	São algumas vezes embaraçados pelo volume do tumor.	No periodo terminal é impossivel ao doente andar.	A pelle se conserva normal por muito tempo. Depois deixa ver por transparencia veias flexuosas e dilatadas. Mais tarde torna-se lisa, luzidia e adelgada pela distensão que tem soffrido, e offerece a ulcera cancerosa, que clareia o diagnostico que é facil então.	E' raro que o membro apresente desvios em uma epocha pouco adiantada da molestia. Observa-se, ordinariamente um allongamento real do membro, quando o tumor tem adquirido um grande desenvolvimento.	O exame da região demonstra um tumor, que offerece caracteristicos especiaes já descriptos. E' raro que este tumor seja descoberto antes da manifestação das dores.	São constituídos pelos signaes proprios da cachexia.	E' talvez, segundo Vidal de Cassis, em consequencia do começo obscuro d'esta molestia que depende, a rapidez da marcha que lhe assignão alguns autores. A terminação tem lugar pela cachexia e pela morte.	Esta molestia é rara. A herança, a idade do doente, a existencia anterior ou actual de tumores suspeitos ou reconhecidamente cancerosos, em outras regiões, são importantes para o diagnostico. As causas são desconhecidas.
Luxações congenitas.	Ausencia absoluta de dor.	O embaraço ou a abolição dos movimentos dependem da especie de luxação.	A claudicação é muito notavel e depende principalmente da mobilidade da cabeça do osso.	A pelle é constantemente normal.	O membro se acha: ora em flexão abducção e rotação externa, o que é mais frequente, ora em flexão adducção e rotação interna. Ha ordinariamente encurtamento real, augmento de volume da parte superior da coxa, e atrophia do resto do membro	O quadril é mais volumoso e offerece as mesmas deformações que nas variedades correspondentes das luxações traumáticas.	Faltão completamente	Estas luxações se tornão, segundo os autores, irreductiveis no fim de algum tempo.	Muitas, vezes são hereditarias. São tambem mais frequentes no sexo feminino e reconhecem como causa uma parada de desenvolvimento.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DAS ARTHRITES AGUDAS PRIMITIVAS E DAS CONSECUTIVAS.

As *arthrites agudas primitivas*, começam bruscamente por um calefrio mais ou menos violento, seguido de febre e das dôres articulares ; reconhecem como causa um resfriamento ou a suppressão de uma função physiologica ; offerecem, de ordinario, uma marcha rapida, regular e terminão, na maioria dos casos, pela resolução ou pela passagem ao estado chronico, sendo muito rara a suppuração. Ao passo que as *arthrites agudas consecutivas*, começam por calefrios irregulares, sobrevêm sempre em consequencia de estados morbidos anteriores, taes como : febres graves, estado puerperal, diathese purulenta, blenorragias, traumatismos diversos etc ; offerecem, ordinariamente uma marcha irregular e demorada, e terminão quasi constantemente pela suppuração, exceptuando-se, todavia, aquellas que são consecutivas a blenorragias, das quaes a terminação mais frequente é a resolução.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DAS COXALGIAS

Coxalgia capsular.

Coxalgia ossêa.

1.º Desvios e alterações de longura do membro.

Allongamento apparente. Semi-flexão. Abducção.
Rotação externa.

Encurtamento real. Semi-flexão. Adducção.
Rotação interna.

2.º Dôr.

Viva desde começo.
Martyrisante.
Predominando no joelho durante um lapso de tempo mais ou menos longo.

Com ou sem exacerbações noturnas.

Sobresaltos, contracções espasmodicas.
Prompta impossibilidade da marcha.

Surdas no começo ; muitas vezes nulla, profunda sem ser violenta, predominando no joelho, em uma epocha assaz distante do começo, e podendo encobrir completamente a dôr do quadril.

Exacerbações nocturnas, sobretudo, quando a molestia se acha ligada a syphilis.

Contracções espasmodicas, somente, quando as desordens têm adquirido um grão adiantado. Claudicação embaraçando o andar por muito tempo antes que elle seja impossivel.

3,º *Mudança no volume da nadega.*

No começo. Empastamento; apóz um tempo variavel: Magreza. Achatamento. Flaccidez. Allongamento apparente.	No começo. Aspecto normal; apoz um tempo variavel: Magreza. Achatamento. Flaccidez. Elevação da prega glutea.
---	---

4,º *Abscessos.*

Abscessos circumvizinhos frequentes des- dos primeiros tempos, independentes das lesões profundas.	Suppuração muito tardia devida a lesões. muito adiantadas. Abscessos migradores.
--	---

5,º *Reacção febril.*

Ordinaria no começo, e ligada a um esta- do inflammatorio agudo, cede para dar lu- gar a uma meia-chronicidade, e para reappa- cer no periodo de suppuração. Póde ser extremamente violenta desdos primeiros dias.	Nulla. Faz-se esperar até o momento em que as lesões compromettem a integridade de to- das as partes constituintes da articulação Apparece com a elaboração do pús.
---	---



PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

SECÇÃO ACCESSORIA

(CADEIRA DE MEDICINA LEGAL)

ABORTO CRIMINOSO

I

Chama-se *aborto criminoso* a expulsão prematura e violentamente provocada do producto da concepção.

II

O *aborto criminoso* é cada vez mais frequente entre os povos civilizados.

III

As estatísticas de Tardieu demonstrão, que o algarismo dos accusados quasi excede de dous terços aquelle das accusações, e que o maioria d'elles são celibatarios e pertecem ao sexo feminino.

IV

A presença do *corpo de delicto* não é indispensavel para a condemnação dos criminosos.

V

O *aborto criminoso* é mais frequente do terceiro ao quinto mez da prenhez.

VI

Os meios de que se servem para provocar o aborto podem ser divididos em : *internos* e *externos*.

VII

O alóes, a arruda, o esporão do centeio, a sabina, o teixo etc, são as substancias mais vezes escolhidas para a provocação do aborto.

VIII

As contracções uterinas se apresentam, pelo emprego de algumas d'estas substancias, como manifestações do envenenamento, ao qual muitas vezes a mulher succumbe.

IX

Os meios externos : pediluvios, fumigações, sanguesugas, as sangrias etc. não têm, segundo Legrand du Saule, acção abortiva.

X

A perfuração das membranas torna o aborto inevitavel, e é de todos os meios, o que mais vezes empregão mãos criminosas.

XI

A demonstração do *aborto criminoso* é facil : 1.º Quando se póde examinar o producto da concepção, e elle offerece certas lesões dependentes das manobras empregadas : 2.º Quando além dos signaes proprios do aborto, offerecidos pela exame da mulher, se encontra em sua casa instrumentos manchados que podessem servir para a perfuração das membranas, ou restos de alguma das substancias reputadas abortivas, principalmente, si a estes indicios se juntarem outros, dependentes das substancias ingeridas, e das condições especiaes em que ella se achar : 3.º Quando a mulher tendo succumbido, se encontrar no tubo digestivo substancias suspeitas ou uma phlegmasia consideravel, coincidindo com um aborto recente ; ou quando os meios empregados tenham determinado traumatismos caracteristicos.

XII

A demonstração do *aborto criminoso* é difficil, ou mesmo impossivel: quando o facto já data de muitos dias, e tanto mais difficil é, n'este caso, quanto menos adiantada se achar a prenhez.

TERCEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA

(CADEIRA DE PARTO)

DO EMPREGO DOS ANESTHESICOS DURANTE O TRABALHO DO PARTO.

I

O emprego dos *anesthetics* durante o trabalho do parto é devido a Simpson e data de 1847.

II

As observações têm demonstrado, á maioria dos autores, que em doses moderadas, os anesthetics não trazem, salvo casos excepcionaes, perturbações na contractilidade uterina.

III

Si porém, as doses são elevadas, ou a anesthesia é completa, as contracções podem diminuir de frequencia e intensidade, ou mesmo cessar completamente,

IV

Segundo Simpson, as contracções uterinas adquirem a energia primitiva, em alguns minutos, suspendendo-se as inalações.

V

Si a anesthesia não ultrapassa os limites da prudencia, as contracções dos musculos abdominaes necessarias no ultimo tempo do trabalho, persistem.

VI

A influencia benefica dos agentes anesthesicos sobre a dilatação do collo, e sobre a resistencia do perineo, não se acha demonstrada.

VII

A saude da mulher ou do fœto nada soffre pelo emprego d'estes agentes, que annullão as dôres, previnem a sideração nervosa e favorecem as operações obstetricas.

VIII

As observações clinicas demonstrão que as *hemorrhagias por inercia*, só se manifestão, quando a influencia do chloroformio se tem feito sentir na ultima parte do trabalho, ou a anesthesia é completa.

IX

Longe de provocar a *eclampsia* a anesthesia é um dos meios mais heroicos, que contra ella se póde empregar.

X

O emprego dos anesthesicos não é sufficientemente justificado nos casos de *partos naturaes*. Ao contrario, as suas vantagens são incontestaveis nos *partos laboriosos* e em muitos casos de *dystocia*.

XI

O chloroformio é hoje quasi exclusivamente empregado.

XII

Salvo o caso em que a operação á praticar só tenha de durar alguns minutos, nunca se deve administrar este agente até a anesthesia completa.

QUARTO PONTO

SECÇÃO MEDICA

(CADEIRA DE THERAPEUTICA)

PURGATIVOS INDIGENAS DO BRAZIL.

I

O Maririçó. *Poarchon Fluminensis* (Fr. Alemão) pertence a familia das Iridaceas e é frequentemente empregado entre nós, na medicina das crianças.

II

A parte empregada é o rhizoma que abunda em uma fecula laxativa, que se obtem ordinariamente contundindo-os, pondo de maceração n'agua, expremendo em um panno e deixando depositar.

III

O Anda-assú é uma arvore pertencente a familia das Euphorbiaceas, é o *Johannesia Princeps* (Vell).

IV

Suas sementes fornecem um oleo que muito se approxima do oleo de ricino quanto as suas propriedades chemicas, mas do qual a acção purgativa é mais energica.

V

Emprega-se ordinariamente a emulsão feita com as amendoas, em numero de 1 á 6, conforme a idade do individuo.

VI

Na preparação da emulsão deve-se ter a precaução de retirar o embrião e o episperma, que são dotados de acção emeto-cathartica.

VII

O oleo póde ser administrado na dose de oito á dez grammas quando se quizer obter apenas o effeito cathartico.

VIII

O cabacinho, *bucha de caçador*, *buchinha* é uma planta pertencente á familia dos Cucurbitaceas, parece ser a *Luffa purgans* (L).

IX

A parte empregada é o fructo, cujo extracto hydro-alcoolico, comparado por Martius a colocintidas, produz effeitos drasticos muito pronunciados, administrado em pilulas de 5 centigrammas de 2 ou de 3 em 3 horas.

X

O cozimento feito com a 4.^a parte de um fructo constitue um clyster excessivamente energico.

XI

A batata de purga, —*Operculina Convolvulus*. (Manso), — Familia das Convolvulaceas—póde substituir a jalapa em seus effeitos drasticos,

XII

As raizes d'esta planta fornecem, segundo o Dr. Peckolt, duas resinas : uma soluvel no ether e outra no alcool ; esta póde ser empregada em doses superiores a 30 centigrammas, ao passo que, 2 da primeira já produzem effeito purgativo.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Quibuscumque a coxendicum morbo diuturno vexatis coxa excidit, his crus tabescit et claudicant, si non usti fuerint,

Sect. I, Aph. 6.º

II

Quibus coxendicis dolore conflictatis coxendicis articulus suo loco excidit, ac rursus recipitur, iis mucrores innascuntur.

Sect. VI, Aph. 59.º

III

Quibus diuturno coxendicis dolore conflictatis femoris caput suo excidit, iis crus tabescit et claudicant, nisi urantur.

Sect. VI, Aph. 60.º

IV

Quibus adsunt febres longuæ, iis tubercula, vel ad articulos dolores, innascuntur.

Sect. IV, Aph. 8.º

V

Quibus suppuratum aliquod in corpore existit, neque de se significationem edit, iis ob puris aut loci crassitudinem sui indicium non exhibet.

Sect. VI, Aph. 41.º

VI

Quibus tubercula aut ad articulos dolores post febres longas oriuntur, ii copiosioribus cibis utuntur.

Sect. IV, Aph. 7.º



Esta These está conforme os estatutos.

Rio, 4 de Setembro de 1877.

DR. BENJAMIM FRANKLIN RAMIZ GALVÃO

DR. PEDRO AFFONSO FRANCO.

DR. JOÃO JOSÉ DA SILVA.



Typographia — *Esperança* — Rua de S. José n. 14.
