

COXALGIA NA CRIANÇA

pelo

Prof. NOGUEIRA FLORES

Cathedratico de Clinica Pediatrica Cirurgica e Orthopedica e Membro
da Academia Nacional de Medicina

Considerações geraes, etiologia, anatomia-pathologica, estudo
clinico, complicações, evolução, diagnostico, para-coxal-
gias, coxalgia dupla e methodos de tratamento.

Senhores. Em lições anteriores já vos falamos das tuberculoses osteo-articulares em geral e seus methodos de tratamento; hoje iniciamos com o devido desenvolvimento o estudo da coxalgia e dos seus methodos de therapeutica, abordando-a em seus multiplos aspectos morbidos e citando observações de nossa clinica convenientemente documentadas. Assim realizamos nosso ideal de vos ter ministrado noções clinicas e praticas sobre assumpto de tanta utilidade e corrente na pratica diurna.

Devemos, pois, nos julgar, nos considerar satisfeitos de ter cumprido este programma e assim nos faz bem lembrar as palavras de Pasteur: "heureux qui a un idéal et qui lui obéit."

Defrontando, pois, com a dissertação sobre coxalgias na criança cuja importancia em clinica pediatrica cirurgica é sobremodo incontestavel conhecer-se.

Devemos, vos dizer que este termo foi designado outr'ora, pouco mais ou menos por todos os clinicos de — artrites do quadril.

Vem sido progressivamente reservado as de typo limitado, primeiramente, mal comprehendido na clinica, depois pela anatomia pathologica e bacteriologica, apesar de alguns esforços em sentido inverso. E hoje, é mistér, tomar como synonymo de coxo-tuberculose e não como um termo generico no fim do qual devemos collocar como fizeram nossos antepassados, apenas, como um epitheto caracterisante.

Além deste qualificativo existe outros empregados pelos mestres de diversos paises como sejam por exemplo, para citar apenas alguns — **morbus coxae, chronic articular osteitis of the hip (de Gibney), coxitis, coxo-tuberculose (de Lannelongue).**

Por necessidade didactica devemos definir a coxalgia exclusivamente uma tuberculose da articulação coxo-femural, que é pois a coxo-tuberculose de Lannelongue.

ETIOLOGIA. O Professor Frazer (de Edimburgo) diz: "An infection of the syno-

(*) Lição de 27 de Maio de 1931.

vial membrane of the hip-joint is designated hip-joint disease, but often term is somewhat looseley applied to tuberculous infection of the surrounding bones.”

Esta doença ataca individuos moços. Antes de dois annos de idade, é inteiramente excepcional; torna-se frequente entre 4 a 15 annos de idade com o seu maximo caracteristico entre 8 a 12 annos.

E' pois, o 2.º anno que representa o apice da curva de frequencia, seja o 5.º anno para o mal de Pott.

A coxalgia é de todas as tuberculoses dos membros a mais frequente; na ordem de frequencia das tuberculoses osteo-articulares a coxalgia occupa o segundo lugar, immediatamente ao mal de Pott e antes do tumor branco do joelho.

A frequencia é apreciada pelo Professor Joung (da Philadelphia) em mil (1000) casos, assim distribuidos:

Mal de Pott.....	416
Quadril	412
Joelho	123
Tornozelo	33
Espadua	2
Cotovelo	17
Punho	8

Segundo as idades:

Segundo as idades: 9 % de 10 annos — 50 % de 2 a 5 annos.

Segundo os sexos: Masculino mais frequente que o feminino.

Segundo o lado: em mil (1000) casos:

Do lado direito.....	506 casos
Do lado esquerdo....	483 "
De ambos os lados	
(dupla)	11 "

O Professor Lannelongue: em cem (100) casos.

Segundo as idades:

De 1 a 2 annos.....	5 casos
De 2 a 5 annos.....	20 "
De 5 a 10 annos.....	54 "
De 10 a 15 annos.....	21 "

Os Drs. Sorrel, Bufnoir e Melle. Fumet (de Berck-Plage) em interessante estatistica do Hospital Maritimo de Berck, reservado para os tuberculosos, registaram em um decennio (1920-1930) um total de 7.259 casos, sendo 3.430 de crianças com lesões osseas e osteo-articulares e assim discriminadas:

Mal de Pott..... 302

PERIODO	Mohr (72 casos)	Drachmann (161 casos)	Taylor (375 casos)	Joung (429 casos)
De 1 a 5 annos.....	29 %	41 %	60,3 %	41 %
De 6 a 10 annos.....	22 %	36 %	18 %	24 %
De 11 a 15 annos.....	20 %	13 %	64 %	12,1 %

O Professor Withman: em 15 annos nos apresenta um total de 784 casos abaixo especificados:

Mal de Pott.....	3.203
Coxalgia	2.230
Outras tuberculoses.....	2.412

Scapulalgia	26
Osteo-artrite do cotovelo.....	164
Osteo-artrite do punho.....	63
Coxalgia	670
Osteo-artrite do joelho.....	440
Osteo-artrite tibio-tarsica.....	121
Osteo-artrite médio-tarsica.....	28

Osteo-artrite sub-astragaliana.....	21
Pequenos ossos longos.....	649
Ossos chatos	118
Outros osteo-artrites e tuberculoses diferentes do pé.....	14
Osteo-artrites sacro-iliaca.....	4
Artrites dos grandes ossos longos.....	120
Ossos curtos	180

As percentagens são exclusivamente em relação as tuberculoses osseas e osteo-articulares:

Mal de Pott.....	23,3
Scapulalgia	1
Osteo-artrite do cotovelo.....	4,7
Osteo-artrite do punho.....	1,8
Coxalgias	19,5
Osteo-artrite do joelho.....	12,8
Osteo-artrite tibio-tarsica.....	3,6
Osteo-artrite médio-tarsica.....	0,8
Osteo-artrite sub-astragaliana.....	0,61
Outros osteo-artrites do pé.....	0,4
Sacro-iliaca	0,16
Grandes ossos longos.....	3,6
Pequenos ossos longos.....	18,9
Ossos chatos	3,5
Ossos curtos	5,2

Verificaram na criança que as tuberculoses osteo-articulares começavam com uma enorme frequência de 2 a 4 annos de idade. A frequência vai em seguida diminuindo bruscamente, depois de 5 annos e depois fica estacionaria. Uma nova ascensão muito menos importante se manifesta na puberdade.

ANATOMIA PATHOLOGICO. Senhores. Já viram no estudo da tuberculose osteo-articular em geral que fizemos em lições anteriores que parece verosimil ser o fóco tuberculoso de origem muito mais vezes osseo que synovial; é justo dizer que esta noção é bem difficil verificar pois que o tratamento não comporta operações sanguinolentas, precoces pelo menos.

O fóco osseo inicial tem séde na cabeça

femural ou no colo. Porém os exames radiographicos parecem indicar que as lesões cotyloideas são no começo mais frequentes que as lesões femurales, segundo a estatística feita pela grande autoridade na materia Professor Ménard.

E' no quadril que apparece com mais nitidez, talvez pela importancia do processo pathologico designado por Lannelongue.

ULCERA COMPRESSIVA. A cabeça, elevada do femur pela contractura muscular, comprime o bordo superior e posterior do supercillo cotyloideo, e é neste nivel que, no periodo de estado, as lesões destructivas são mais accentuadas; a cabeça, se seu lado, pouco a pouco se esvasia e se destróe, e no fim de evolução, póde não ficar pendurada neste lado interno do grande trochanter, senão por uma massa ossea representando a metade do volume do colo normal.

Os sequestros na coxalgia são raros; é sobretudo ao nivel do colo que os encontramos. O fundo do cotylo, por destruição progressiva, póde se perfurar; em um gráo de destruição menor, o rendimento da cabeça femural se insinua no anel cotyloideo augmentado: esta fórma anatomica das lesões da coxalgia é conhecida por pseudo artrose intra-cotyloidea, de Ménard.

PERTURBAÇÕES DA OSTEOGENESE.

Devido a acção provavel das toxinas microbianas, as cartilagens conjugaes, são influenciadas em sua funcção osteogenica; estas manifestações apparecem um anno ou dezoito mezes após ao começo da coxalgia.

O femur o mais das vezes se allonga e póde augmentar de 1, 2 e 3 centimetros, mesmo em relação ao lado são; este **allongamento atrophico**, como o chamamos, é muito mais notado que no tumor branco do joelho.

EVOLUÇÃO ANATOMICA DAS LESÕES.

A coxalgia se cura por **ancilose serrada ou frouxa**. Ha 2 fórmas anatomicas de **anci-**

lose serrada, curada. Ora, é uma ancilose **periphérica**, especie de manguito fibroso peri-articular que bloqueia respectivamente as extremidades osseas; o manguito pôde se ossificar rapidamente e terminar então por **ancilose ossea circunscrita**.

Ora, é uma **ancilose intersticial** que fica fibrosa ou definitivamente ou durante um tempo extremamente longo.

As **anciloses serradas** succedem-se ás forças anatomicas da coxalgia nas quaes a cartilagem de encrustamento foi mais ou menos destruida; neste caso, é uma verdadeira **artrodése pathologica** que realisa assim, o processo tuberculoso.

Si ao contrario, as destruições osseas são muito extensas na **cabeça** e no **cotilo**, o quadril conservará depois da cura, movimentos infinitamente mais extensos, contudo, não significa isto, no ponto de vista functional um valor superior ao do **quadril de ancilose serrada**. O **quadril movel**, deveis saber, tem certo inconveniente. A **pseudo-artrose intra-cotyloidea**, deixa persistir após a cura movimentos bastante simples, o que na verdade, parece vantajoso; porém não é, uma modalidade de cura, todo repouso; a junta fica mais expostas as recaídas que uma articulação ancilosada.

ESTUDO CLINICO

E' mistér, senhores, ter sciencia que no periodo inicial de evolução de uma coxalgia, a criança é conduzida, pela mão, caminhando ainda; a familia não suspeita do diagnostico, ou recusa-o crer. Neste momento, nossa pesquisa vai consistir, o mais das vezes, em convencer aos paes da existencia desta coxalgia, si nosso exame traz della provas clinicas.

Em periodo mais tardio, no fim de alguns mezes de evolução e ás vezes 1 anno, podemos ser chamados para examinar uma criança deitada, com diagnostico de **coxalgia** e tratada como tal; neste momento, nossa preocupação, primeiramente, será outra; será mistér, logo nos assegurar, si

existe de facto uma coxalgia, si ha alguma lesão juxta-coxal, si ha alguma deformidade osteogenica que levasse a este diagnostico inexacto; e em tal caso, todo papel do clinico seria em convencer a familia da não existencia de coxalgia.

Trez são os periodos que o clinico deve considerar na coxalgia:

1.º PERIODO. EXAME DA CRIANÇA QUE CAMINHA. Senhores, antes de todo interrogatorio, os paes se apressam em nos contar que a criança, ha algumas semanas ou alguns mezes cahiu ou recebeu uma pancada. Procuremos em precisar o traumatismo: não obtemos senão informações vagas. Sua data é indeterminada; o tempo escoado entre o accidente incriminado e os primeiros symptomas é impossivel em precisar: muito depressa, reconhecemos que a relação entre este accidente hypothetico e a affecção de que a criança é atingida, não existe senão na imaginação da mãe.

Porém, contudo, a criança se inquieta porque desde algum tempo puxa da perna, no fim do dia. A tarde, procura evitar a attitude de pé e pede para assentar-se. De pé, se mantem sempre na mesma perna. Em fim, a criança se queixa do joelho. Si é maior a criança para nos responder, localisa a dôr no lado interno do joelho, porém, sem poder determinar com precisão um ponto fixo.

Exploramos este joelho: nem os movimentos, nem as pressões despertam dor alguma.

“O que é pois, esta **dôr do joelho**, tão constante da coxalgia? a questão quasi não está elucidada. E' uma dôr muito analoga a que provocam as injecções modificadoras intra articulares no quadril; porém, aqui não se explica como esta dôr se propaga no joelho.

Dôr reflexa tem-se dito: só é uma palavra. Nevralgia do nervo obturador? Conservemos esta explicação a **título de mne-motechnica**; servirá apenas, para vos lembrar que tem séde no joelho, sobretudo

na face interna: é seu unico merito (Ombredanne).”

EXAME DA CRIANÇA. — No caso excepcional em que se trata de **uma criança de 18 mezes a 2 annos**, suspendamos a criança pelas axilas: a criança grita, agita os braços, dobra energicamente o membro inferior são, conserva em posição immutavel de flexão o membro cujo quadril é doloroso; é a unica conclusão que se pôde tirar deste symptoma.

O mais das vezes estamos diante de uma criança de 1 dezena de annos. Colloquemol-a defronte de nós completamente despida e observemol-a.

Notamos algumas vezes magreza relativa de uma das côxas.

Porém, esperamos alguns instantes. Ao cabo de pouco tempo a criança leva todo peso do corpo para o membro são; o membro doente se flexiona ligeiramente ao nivel do joelho, e o pé deste todo se colloca em posição de pé equino, não levando ao sólo senão pelo seu talão anterior: é o signal do “**hópital Trousseau**”, que não devemos pois desprezar pela sua importancia clinica e muito lembrado pelos mestres.

Façamos caminhar a criança; claudica, porém ligeiramente e muitas vezes, esta claudicação não é facil definir. Fechemos os olhos emquanto a criança calçada caminha no mosaico, um dos tempos de apoio é mais breve e menos forte, um olhar rapido nos permite então verificar que este tempo corresponde ao apoio unilaterial do membro doente.

E’ o signal de **maquignon**, lembrado por Broca, e assim denominado pelos negociantes de cavallos que conhecem bem este meio pratico para apreciar um grão de claudicação do animal affectado do quadril ou do membro.

Façamos deitar sobre todo comprimento a criança. Muitas vezes fica inquieta, assustada, tomemos a precaução de imprimir primeiramente no membro são, os movimentos que vamos experimentar no membro

doente; asseguramos e lhe fazemos comprehender em que vai consistir nosso exame; resistirá menos e os resultados que obteremos, serão mais nitidos.

Primeiramente, a criança em decubito dorsal e completamente em extensão, fazemos rodar o membro inferior no seu eixo longitudinal, imprimindo na rotula movimentos alternativos de lateralidade.

Do lado doente existem uma rigidez, resistencias involuntarias que não se acham no lado são — é o **signal de Lannelongue**.

A prova da extensão do membro consideramos tambem um signal precoce e precioso.

Exploremos a flexão, levando contra o thorax o joelho flectido: a flexão é limitada no lado doente e mais depressa que do lado são.

Depois, collocamos a criança em decubito abdominal. Tomamos a perna no seu terço inferior e flexionamos em angulo recto sobre a côxa. Depois, uma mão a chato na nadega, mantendo a bacia applicada na mesa, exploremos a extensão possivel da côxa. Vejamos que do lado são, nossa manobra chega a descollar o joelho do plano da mesa e eleva-o um pouco, cousa absolutamente impossivel do lado doente: a extensão da côxa é pois diminuida do lado suspeito. Esta diminuição dos diversos movimentos do quadril depende de uma causa commum — **contractura**.

Esta contractura é interpretada como uma defesa instinctiva dos membros que protegem a articulação contra a dôr que origina o movimento provocado. Esta dôr receiada, devemos procurar localisal-a; não é sempre facil, porque a dôr á pressão é muitas vezes minima neste periodo de inicio da doença.

Procuraremos, tomando entre os dedos o grande trochanter, apertando de diante para traz, si é em seu nivel que tem séde a dôr: e seria um **signal de osteite trochanteriana, de osteite extra-articular**.

Adiante, nosso pollegar deprimirá o triangulo de Scarpa em sua base, immediata-

mente para dentro da arteria femural: ahi se acha situada a cabeça; e por comparação veremos si esta pressão é mais dolorosa de um lado que de outro.

Flexionando ligeiramente a côxa na bacia, escorregaremos os dedos de traz do grande trochanter, deprimindo os gluteos para ir explorar a face posterior da cabeça femural; e veremos tambem, si é séde de uma sensibilidade anormal.

A contractura precoce como sabeis, é um signal que traduz a dôr nos movimentos do quadril, e quer dizer: **artrite**.

A dôr por pressão directa, na cabeça femural tambem significa sobretudo **artrite**. Porém, até agora, nada faz acreditar na natureza tuberculosa desta **artrite**.

Comtudo, ás vezes, podemos encontrar, muito cedo, **trez symptomas** sobre os quaes Calvé chamou a attenção dos clinicos: **empastamento, adenite iliaca e hypotonia dos gluteos**.

Analysando e applicando os tres elementos desta triada symptomatica temos:

1.º **Empastamento** ao nivel do colo do femur. Tomemos os grandes trochanters, pollegar para diante, os outros dedos para trás, um em cada mão. Escorreguemos nossos dedos cada vez mais para dentro. Chegamos a pinçar entre o pollegar e os dedos, o colo femural; e do lado doente nossos dedos posteriores apreciarão muitas vezes uma tumefacção, um empastamento ao nivel da face posterior do colo.

2.º **Adenite iliaca**, ha accumulacção ganglionar na fosse iliaca, acima da arcada de Fallope, ao longo da arteria iliaca externa; é um signal pelo qual Lannelongue, já ligava um grande valor.

E o 3.º **Hypotonia dos gluteos**. A nadea do lado doente é flaccida, um pouco caída, a dobra sub-glutea é abaixada. O dedo que a reflue de traz para diante não experimenta a sensacção de resistencia elastica que encontra no lado são.

Lannelongue insistiu tambem com esta noção. Kirmisson pensa que este relaxa-

mento está em relação com a attitude em rotaçção externa.

Parece que haja mais e que os gluteos tenham perdido sua tonicidade conforme esta lei.

Admittamos este exame da criança neste periodo, caso mais frequente, em que o diagnostico da coxalgia já está feito.

O observador não advertido é surpreendido de encontrar a criança extendida sobre o dorso, os dois membros inferiores paralelos entre si, os dois grandes dedos do pé são orientados no zenith.

Onde pois está, esta famosa attitude viciosa em **flexão abduccção, rotaçção externa**? Faz ella falta?

A triplice attitude viciosa existe; porém é mascarada por deformações secundarias, instinctivas que chamamos — **compensacções**.

As compensacções se produzem para cada uma das trez deformações classicas: cada uma destas é compensada por uma attitude especial que a mascara.

Clinicamente, as attitudes viciosas reaes não apparecem immediatamente; não vemos senão suas compensacções; é sómente quando fazemos desapparecer estas attitudes de compensacção que vemos produzir-se a attitude viciosa verdadeira: vamos demonstral-a e explical-a.

Trez são as compensacções: **compensacção da flexão, compensacção da abduccção e compensacção da rotaçção externa**.

CONTINUAÇÃO (*)

Senhores. Considerando a criança deitada em attitude anormal e defrontando com o 2.º periodo desta coxopathia vemos que este periodo si caracteriza pelas suas **attitudes viciosas**.

Existem em todos os casos, durante o 2.º anno de evoluçção da coxalgia; porém, muitas vezes as deformidades iniciaes fi-

(*) Lição de 1.º de Junho de 1931.

zeram sua aparição depois de alguns mezes sómente de evolução da affecção; o 2.º periodo póde dar começo no curso do 1.º anno da doença.

A attitude viciosa que caracteriza esta phase é interpretada pela **flexão, abducção e rotação externa** da côxa. Devemos perguntar a razão pela qual tal attitude e vêr qual a medida desta afirmação dogmatica corresponde a realidade clinica.

Deveis senhores, saber, que o orthopedista Lyonez Bonnet estabeleceu a sua notavel lei nos termos seguintes: **uma articulação distendida por um derrame intra-articular toma constantemente uma mesma posição, dita de capacidade maxima da junta.**

Ora, ao nivel do quadril, esta attitude de capacidade maxima é a abducção, flexão e rotação externa. A attitude viciosa inicial da coxalgia é pois simplesmente a da distensão intra-articular.

Interpretando estas compensações temos:

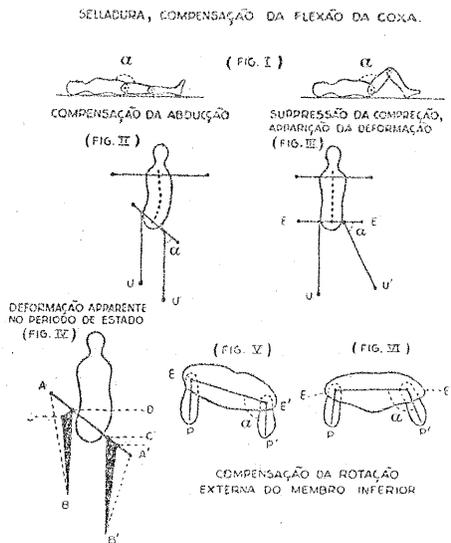
1.º COMPENSAÇÃO DA FLEXÃO — O coxalgico no periodo de estado, deitado sobre o dorso, deixa nos apreciar os dois membros inferiores apoiados de extremidade em extremidade no plano da cama.

Porém, escorregamos a mão sob a região lombar: vemos que esta é fortemente incurvada em lordose, nosso punho com a mão fechada póde muitas vezes passar entre a mesa e o ponto formado pela columna lombar. Esta deformação, dita — **selladura lombar** é a primeira e mais frizante das **attitudes de compensação.**

Levatemos então o jelho acima do leito; procuremos effectuar uma flexão progressiva da côxa sobre a bacia: a medida que o joelho deixa o plano da mesa, a **selladura lombar** diminue.

Um momento chega, ou a columna lombar vem pôr-se em contacto do plano da mesa: detemos assim o levantamento do joelho; neste momento preciso, temos suprimido a **compensação — selladura**, com effeito fazemos apparecer a verdadeira attitude viciosa, a **flexão da côxa.**

Durante toda esta manobra, notamos que o angulo (α) de flexão da côxa sobre a bacia não se modificou (fig. I). Não podendo modificar este angulo tornado fixo



pela contractura, a criança, para collocar um parallelismo em dois membros inferiores, compensa a flexão pela **selladura lombar.** A **selladura** é pois a **compensação da flexão da côxa.**

2.º COMPENSAÇÃO DA ABDUÇÃO — Nosso coxalgico está deitado de dorso; seus dois membros inferiores são allongados, um contra o outro, segundo o eixo mesmo da cama: onde pois, está a abducção? A lapis de anilina, reparamos as 2 espinhas iliacas antero-superiores.

Nos parece immediatamente que a espinha do lado doente é notavelmente mais baixa que a do lado são (fig. II).

Levemos em abducção o membro do lado doente, pouco a pouco a espinha correspondente se levanta; detemo-nos no momento em que as duas espinhas iliacas estão na mesma transversal, perpendicular ao eixo geral do tronco (fig. III).

Fizemos desaparecer a compensação, que é o abaixamento da espinha, e fizemos aparecer a **attitude viciosa verdadeira** que é a abdução.

Notamos que nesta manobra o angulo (α) d'abdução da côxa em relação a espinha iliaca não variou.

Conduzimos o membro na mesma attitude que lhe tinha dado a criança, na attitude do parallelismo dos membros inferiores, na attitude de compensação da fig. II e desenvolvamos um pouco em figura eschematica (fig. IV). Assim em A estão as espinhas iliacas antero-superiores, em D cabeças femuraes são solidarias em um ponto C, apice do grande trochanter — accessivel á apalpação. Em B, marquemos um ponto preciso qualquer, proximo da extremidade do membro, a ponta do malleolo externo por exemplo.

Nesta attitude de compensação da abdução, vemos B' muito — abaixo do B; o membro doente B' parece pois augmentado de comprimento: dizemos que apresenta um **allongamento aparente**. Medimos por comparação do lado são e do lado doente as distancias AB e A'B', comprimento do membro a partir da espinha, esta mensuração nos fornece um encurtamento na mensuração do membro doente $A'B' < AB$.

Porém medimos os membros a partir de C apice do grande trochanter; CB e C'B' ficam iguaes; os membros são iguaes de facto; é o abaixamento da espinha que deu nascimento a esta apparencia de encurtamento no curso de uma mensuração de que um dos pontos de reparo, extrinseco, está em attitude viciosa.

Uma vez a compensação supprimida e a attitude viciosa em abdução posta em evidencia, o allongamento aparente não existe mais e apparece claramente que a diminuição de comprimento E' M' com relação EM, (fig. III), é devida á abdução.

Do facto deste abaixamento da espinha do lado doente resulta uma modificação do equilibrio do rachis. Façamos collocar a criança em decubito de ventre sobre a

meza, em sua attitude **expontanea de compensação** (fig. II).

A inclinação lateral da linha das espinhas não é a traducção de uma inclinação lateral em massa da bacia e do sacro em particular. A 5.^a lombar terá pois seu eixo vertical perpendicular a esta transversal unindo as duas espinhas iliacas. Porém, em seguida no jogo das compensações instinctivas, o rachis em seu conjuncto tende á se endireitar, a se tornar parallello ao eixo dos membros inferiores; é a columna lombar que, se incurvando literalmente em **escoliose convexa do lado doente**, faz os lucros desta compensação (fig. II).

A incurvação rachidiana é demais, puramente estatica e desaparece, logo que, apagando a compensação clinica e restabelecendo a deformação anatomica (fig. III), temos conduzido o membro doente em sua posição real de abdução.

3.º COMPENSAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA — A criança coxalgica é deitada de dorso; e comtudo seus grandes dedos do pé são dirigidos para o zenith. Onde pois está a rotação externa do membro doente?

Notamos que uma das espinhas iliacas antero-superiores, a do lado doente, está situada em um plano anterior com a relação a espinha do lado são.

Recalcamos para o plano da cama esta espinha iliaca demais avançada: a rotação externa do membro doente apparece; esta rotação tinha para compensação uma anteposição da **espinha iliaca correspondente**.

Suppomos um córte da bacia perpendicular ao grande eixo do tronco (fig. V). A criança está em posição de compensação, os eixos de seus pés são parallellos, porém a espinha iliaca E' está em anteposição com relação á E. Supprimamos a compensação (fig. VI) conduzindo as duas espinhas E' E' no mesmo plano.

O eixo do pé do lado doente se leva para fóra, o membro deste lado se colloca em rotação externa; notamos que os angulos α

medindo a rotação para fóra do membro inferior não tem variado da attitude de compensação á attitude **viciosa verdadeira** que temos feito.

Sabendo-se supprimir as compensações ou deformações clinicamente apparentes é que fazemos apparecer as attitudes viciosas reaes, anatomicas. Porém, estas attitudes viciosas estão longe de ser os unicos signaes de coxalgia em seu periodo de estado, e é mistér reconhecer, que o estudo das attitudes visceraes por mensuração parecem estar fóra da pratica, devido a radiographia que nos dá informações de outro modo importante, quer sob o ponto de vista diagnostico, quer sob o ponto de vista do prognostico da affecção quando se póde dispôr deste elemento. Do contrario, nos contentamos com a mensuração classica acima estudada.

Os symptomas puramente clinicas são neste periodo — a **amyotrophia da côxa** que se accentúa e parece sempre muito nitida. A nadeга é caída, molle e a dobra sub-glutea é relaxada, abaixada.

O empastamento do triangulo de Scarpa é de ordinario notavel.

E' mistér distinguir a tumefacção sub-jacente peri-articular da dos ganglios inguinaes, volumosos, numerosos e indolentes e da massa gangliar situada acima da arcada de Fallope, ao longo da arteria iliaca externa, na fôssa iliaca: muitas vezes, o todo constitue um blóco de empastamento unico, ao nível do qual a mão percebe uma elevação de temperatura local, procedendo por comparação com o lado são. E', este signal importante observar-se porque notamos a sua frequencia.

Neste periodo, a contractura é accentuada; nenhum movimento provocado é mais possivel no quadril doente; a bacia se desloca ao menor movimento imprimido ao femur.

“A dôr localisada é sempre um symptoma sobre a apreciação do qual não é preciso contar demais, em materia de cirurgia infantil (Ombredanne).”

A pressão directa na cabeça femural ao nível do triangulo de Scarpa, immediatamente para dentro da arteria, desperta sempre dôr; porém muitas vezes, está muito longe de ser precisamente localisada, e, á pressão em alguma distancia provoca em muitos casos na criança os mesmos reflexos de defeza e as mesmas manifestações de excessiva sensibilidade.

Dizemos ainda que se póde despertar uma dôr no quadril, recalçando para cima a planta do pé ou joelho flectido: são manobras sem grande valor symptomatico.

Em certas fórmãs, em que a destruição ossea é já muito accentuada ao nível do fundo do cotylo, o tocar rectal que permite acceder com o dedo vis à vis do fundo do acetabulo pela sua face publiana, determinaria uma dôr viva — é o **signal de Casin** (de Berck-Plage), muito inconstante.

Durante este tempo, o estado geral é mais ou menos bom. Ora a temperatura fica sensivelmente normal, ora se eleva com oscillações diarias de cerca de um gráo: este symptoma é uma presumpção em favor da apparição proxima dos abscessos fixos de que falaremos depois.

A radiographia é um complemento util do exame de um coxalgico.

Não é indispensavel porque o mais das vezes a symptologia é completa antes que o radio dê esclarecimentos, porque dá: “um atrazo de seis mezes (Ombredanne).” Contudo, ha exagero da parte deste professor, porque um radio bem interpretado nos fornecerá elementos para um diagnostico mais immediato.

E' um recurso valioso para um caso de duvidas, elucidar mesmo em começo, porque se póde confundir e é um erro frequente com a côxa plana ou luxação congenita, e tardiamente permittirá seguir as lesões, prever o desgate e dirigir a correcção a uma boa attitude a dar ao membro.

SIGNAES ROENTGENOGRAPHICOS — As informações uteis fornecidas pelo radio

no curso da evolução de uma coxalgia nos parecem menos precoces que no mal de Pott.

Ombredanne diz que: “*le diagnostic par la radiographie est le retard de six mois.*”

Não é raro, pois, observar uma coxalgia clinicamente declarada sem signaes radiologicos, senão de 2 annos de sua evolução. Estes signaes são em numero de oito, a saber: **pinçamento articular, descalcificação das extremidades juxta-articular, avanço da ossificação do nucleo epiphysario, convexidade superior do colo (colo giboso), atrophia diaphysaria, lesões destructivas, cavernas e finalmente período de reparação.** Fazendo-se o estudo descriptivo destes varios aspectos radiographicos temos:

1.º PINÇAMENTO ARTICULAR — Assim designamos a diminuição da altura do espaço claro que separa normalmente a cabeça femural do tecto cotyloideo. E' sobretudo na parte a mais externa do seio que é mistér procurar para apreciar esta modificação. Nos casos muito marcados, a cabeça do femur parece penetrar no tecto. Trata-se de uma estreiteza devido a contractura muscular; trata-se de uma apparencia devido a uma attitude anormal? As duas explicações são plausiveis;

**2.º DESCALCIFICAÇÃO DAS EXTRE-
MIDADES ARTICULARES** — O colo e a cabeça apparecem mais claros, mais transparentes que do lado são. Os perfis embaceando estas partes perdem a sua nitidez, tornam-se sombreados, por mais perfeita que seja a radiographia. Muitas vezes, todo o tecto cotyloideo participa desta alteração, parece illuminado e mal limitado;

**3.º AVANÇO DA OSSIFICAÇÃO DO NU-
CLEO EPIPHYSARIO** — O nucleo osseo da epiphyse femural do lado doente parece mais volumoso que o do lado são — é além disto um avanço temporario, que mais

tarde **disapparecerá** com vantagem do lado normal;

**4.º CONVEXIDADE SUPERIOR DO CO-
LO (COLO GIBOSO)** — Esta apparencia radiographica parece estar em relação com as deformações secundarias do colo que lhes dão o aspecto de côxa vara: o perfil inferior do colo está acima da linha do arco supra-obturador, o angulo de inclinação do colo na diaphyse se fecha ao mesmo tempo que apparece a bossa, no perfil superior; esta deformação parece ter sido observada na **côxa vara**, para fóra de toda tuberculose clinicamente averiguada.

Mais tarde, e nunca antes do fim do 2.º anno de evolução da coxalgia, outras modificações apparecem do lado da diaphyse;

5.º ATROPHIA DIAPHYSARIA — Por comparação do lado são, o diametro do femur, abaixo do grande trochanter, apparece diminuido; as fitas limitantes, representam a espessura do tecido compacto, são relativamente muito adelgaçadas, e em relação com estas fitas o canal medullar é augmentado de diametro;

6.º LESÕES DESTRUCTIVAS — A fórmula mais frequentemente observada é o desgaste. Quando precocemente, verificamos na parte superior do cotylo lesões de desgaste progressivo, o prognostico torna-se sombrio, porque luxação tardia é definitivamente provavel.

O desgaste primitivo da cabeça por baixo, é a regra. Depois este desgaste ganha o resto da esphera e destróe pouco a pouco.

O prognostico funcional não é de maneira alguma sombrio. As vezes o desgaste circular e excentrico do cotylo é o indice que permite prever a constituição da **pseudo-artrose intra-cotyloidea**, de que faremos mais adiante;

7.º CAVERNAS — As cavernas com ou sem sequestro incluído, não são excepçoes. A aparição precoce de uma caverna

na cabeça femural deve prever uma supuração da coxalgia, o que não quer dizer que o prognostico seja com elle aggravado: estas fórmas terminam em anciloses serradas e muitas vezes favoráveis.

Finalmente temos o 8.º que é o período de reparação — assim chamado e que no ponto de vista radiographico traduz a restauração anatomica. Aparecem com nitidez os contornos osseos que muitas vezes se embaceam com um traço opaco bem nitido. Podemos comparar perfeitamente a figura de uma carta de luto (*lettre en deuil*).

Infelizmente este signal radiographico é muitas vezes bem tardio e não apparece senão depois da cura clinica da affecção. É, pois, de utilidade pratica.

CONTINUAÇÃO (*)

Senhores.

A complicação do 2.º periodo — o abcesso frio que apparece o mais das vezes, entre o 8.º e 15.º mez da evolução de uma coxalgia.

A's vezes, e parece ser o caso mais frequente, o abcesso frio se constitue de modo insidioso: sob um grande gesso, esse abcesso pôde colleccionar-se, se ulcerar-se, evacuar mesmo seu conteúdo, e o primeiro signal que manifesta a sua existencia, é a saída do pús no bordo do aparelho.

Porém, ás vezes, tambem a constituição do abcesso frio se annuncia por uma crise de dôres que, sobrevindo na época que temos dito, são muitas vezes chamados "*dôres tardias da coxalgia.*"

Apparecem bruscamente em algumas horas, com dôres violentas, continuas, tenazes sobretudo na criança mal immobilisada; cessam com effeito de um modo notavel, desde que tenha sido applicado um grande gesso. Estas dôres tardias são muitas vezes o signal premonitorio da formação de

abcessos frios, que só pôdem tornar-se clinicamente apreciaveis 1 ou 2 mezes mais tarde.

Parece que estas dôres tardias devam ser ligadas ao grito nocturno de Ménard, signal de que se tem exagerado a frequência e mal interpretado o seu valor.

Este grito nocturno que arranca da criança um movimento intempestivo executado durante o somno, logo que é relaxada a contractura de vigilancia que bloqueia o quadril no estado de insomnia, traduz o mais das vezes um augmento de sensibilidade da articulação, e, tambem pôde fazer receiar a apparição proxima de um abcesso frio.

Quando o abcesso torna-se clinicamente perceptivel, apresenta signaes caracteristicos do tuberculoma chegado em seu periodo de amolecimento: é um empastamento, ou um tumor saliente, primeiramente molle em seu centro e mais duro em seus bordos, logo franca e totalmente fluctuante.

Na superficie do abcesso frio, a pelle durante algum tempo parece sã, ainda que pallida e adelgaçada; immediatamente, avermelha-se, diminue de espessura e finalmente se ulcera no centro, dando escoamento ao pús tuberculoso e constituindo a fistula.

O abcesso frio da coxalgia se fórma o mais das vezes adiante, abaixo da dobra da verilha. Mais raramente, se collecciona atraz, sob os gluteos, progride e apparece no bordo inferior do grande gluteo e ás vezes, diffunde-se para o concavo popliteo.

Estas duas situações são as mais frequentes, porém, o abcesso frio da coxalgia pôde vir a diffundir-se um pouco, por toda parte da região.

Quando estes abcessos são fistulados e que com um estilete exploramos o trajecto, é excepcional que o instrumento penetre na articulação, entre a cavidade do abcesso não existindo pois communicação com a junta.

Estes abcessos frios são tuberculosos

(*) Lição de 3 de Junho de 1931.

juxta-coxalgicos que evoluem por si mesmo. Tambem, é inteiramente excepcional vêr-se eliminar pelo tracto destes abcessos frios fistulados, parcellas osseas de sequestros.

3.º PERIODO. Neste periodo, senhores, temos a considerar a **inversão** e a **luxação**.

Quanto a inversão, devemos citar as palavras lapidares de Kirmisson: "*P'inversion du membre dans la coxalgie, c'est la source de tous les maux.*"

A) **INVERSÃO**. Inversão quer dizer adducção. Kirmisson introduziu na terminologia medica este termo para evitar, si possível, as incessantes confusões que causam o emprego das palavras **adducção** e **abducção** tão analogos como consonancia, e cujo sentido é diametralmente opposto.

No 3.º periodo da coxalgia, a **attitude viciosa** do membro doente se transforma; passa em **inversão** (adducção) flexão e rotação interna. Aqui, ainda estas **attitudes viciosas** não são sempre clinicamente evidentes; pôdem ser parcialmente mascaradas por **compensações**.

Verificamos clinicamente a **selladura**, **compensação da flexão**.

Verificamos tambem que a espinha iliaca do lado doente está sobre um plano mais posterior que a do lado são, o que é a compensação da rotação interna.

Verificamos ainda que a espinha do lado doente é levantada, o que é a compensação da adducção.

B) **LUXAÇÕES**. Ha duas fórmas clinicas de luxação no curso da coxalgia:

Luxações precoces e **luxações tardias**.

A) **LUXAÇÕES PRECOSES**. Produzem-se no curso do 1.º anno de doença, algumas semanas ou alguns mezes depois do inicio da affecção: ás vezes, a luxação precoce constitue o accidente inicial que permittio descobrir a evolução de uma coxalgia até então ignorada.

Sobreveem sob a influencia de um choque,

muitas vezes insignificante, testemunha um caso o pae da criança, cuja historia nos conta Ombrédanne, que conduzia seu filho em um cabriolé para trazel-o a consulta da cidade; accomoda-se a criança no carrinho com a perna allongada e o pé apoiado no tapete; succede então o cavallo falsear, de modo que este abalo foi sufficiente para determinar, na referida criança a luxação de seu quadril.

Neste caso a cabeça do femur passa immediatamente para fôssa iliaca externa e o membro se colloca subitamente em adducção. É verosimil, que estas luxações precoces da coxalgia sejam tornadas possiveis de uma hydartrose, tendo sido distendida préviamente a capsula e o ligamento redondo. Depois sobre a influencia de um movimento brusco, provocando uma dôr viva, uma violenta contracção muscular se produz, determinando a luxação. A intensidade da contracção muscular não está em proporção com o accidente causal e não se explica senão pela sensibilidade pathologica da articulação ao menor movimento.

Trata-se em summa, muito provavelmente de uma luxação por contracção muscular reflexa, provocada pela dôr de um movimento, muitas vezes minimo, ao nivel de uma articulação préviamente distendida pela hydartrose.

Devemos saber, senhores, que estas luxações pôdem e devem ser reduzidas como luxações traumaticas. A cabeça reconduzida ao cotylo, ahi se mantem muito bem, com a condição que o femur seja algum tempo mantido em uma attitude visinha daquella que temos chamado primeiro posição de redução das luxações congenitas.

B) **LUXAÇÕES TARDIAS**. Com effeito a ulceração compressiva distróe a cabeça femural ao mesmo tempo desaparece o rebordo superior da cavidade cotyloide. Lenta e progressivamente os restos da cabeça femural ou do colo do femur se elevam, e pouco a pouco perdem suas relações

normaes com que se mantinha com o cotylo.

É uma luxação propriamente falando? Ha casos em que é difficil se pronunciar, quando a cavidade cotyloide, carcomida, escavada, prolongou-se para cima e para traz do dobra de sua altura. Comtudo, muitas vezes o deslocamento da cabeça carcomida, depois de ser lentamente escavada, se termina bruscamente, com augmento immediato da rotação interna do membro, ao mesmo tempo cessam as dôres.

Quando a cabeça passou para traz, na fôssa iliaca externa, o membro se colloca em **inversão** (adducção).

Porém, esta inversão precedeu, preparou e tornou possível a luxação ou bem a luxação é a unica causa da inversão: a questão foi discutida. E Ombrédanne pensa que ella não o merece tal discussão.

A medida que a cabeça sobe, tem o movimento de balanço, para traz, por que o trochanter é levado para diante, *vis à vis* ao eixo do cotylo, pela grande **lei de physiologia da centragem trochanteriana**.

Nesse caso mesmo que o quadril não esteja ainda luxado, esta equilibração, com effeito, da accção do **leque muscular** obriga o membro a voltar em rotação interna.

Porém, esta rotação interna põe em tensão o pequeno adductor e, o pectineo que distendidos avocam para si toda sua potencia, o membro em adducção: assim progressivamente se constitue a **inversão**.

COMPLICAÇÕES. Não se pôde deixar de admitir a hypothese da apparição de uma coxalgia do lado opposto, logo que, desde 2 ou 3 annos o primeiro lado é atacado. Isto não é senão para tornar sombrio, e singularmente o prognostico.

A complicação mais correntemente observada, é a **fistulação**.

Tuberculomas para-articulares pôdem, temos dito, se fistular sem grande inconveniente; a affecção pôde todavia curar-se e muitas vezes, em igual casos a ancilose terminal é pouco serrada.

Porém, ás vezes, a região do quadril se tumefaz em seu conjuncto e toma o aspecto singular de um "**gigote enorme**", que chama a attenção tanto mais, quanto mais magra fôr a côxa subjacente e mais emaciada.

Ao nível deste volumoso tumor, os tegumentos se adelgaçam, se ulceram e se descollam; immediatamente de todos os lados se abrem fistulas que derramam no exterior pús, vindo dos fôcos de que não é possível precisar a séde exacta.

Por momentos, o ataque se acalma, observamos um ligeiro repouso; o quadril durante alguns dias diminue de volume; depois os tegumentos se distendem de novo sobre o tumor que augmenta; a pelle torna-se avermelhada sobre uma larga extensão, ao mesmo tempo que a suppuração se exgotta, que as ulcerações se cobrem de uma especie de falsa membrana, que a temperatura se eleva e marca de manhã e a noite grandes oscillações. Ao cabo de poucos dias verificamos a existencia de uma collecção de um volumoso abcesso quente, que é classico considerar-se como o resultado de uma infecção secundaria que seria feita pelos trajectos fistulosos. Nada menos justificado; estes ataques agúdos acompanham as **tuberculosas virulentas**, e eis tudo.

Exgottados estes ataques successivos por incessante suppuração, estas crianças acabam por succumbir á cachexia, pôde ser, porque seu figado e seus rins exgottados não chegam mais a eliminar os venenos elaborados sem tregua, principalmente, se sobrevem nestes órgãos a degenerencia amyloide, consequencia das suppurações prolongadas. Narra a historia do menino M., da clinica.

EVOLUÇÃO. No estudo da evolução desta coxopathia, devemos admitir a **cura** e a **recaída**. Felizmente a terminação pela cura é frequente.

Quando a coxalgia não suppura a mortalidade é cerca de 12 a 15 %, ahi estão comprehendidos os casos intercurrentes de **meningite tuberculosa**, que não se deve deixar

de assinalar. Nas fórmulas suppuradas que representam, talvez, a metade das coxalgias em geral a mortalidade é muito mais considerável.

Caso do menino M., cuja observação da clinica já se referio acima.

A) COMO CURAM AS COXALGIAS. Em linhas geraes, uma coxalgia evolve em 4 annos; cerca de 2 annos levam para percorrer o ciclo das lesões progressivamente destructivas; o 3.º anno é o anno de reparação, o 4.º anno de convalescença, porém, durante o qual é preciso ainda vigiar a criança de muito perto.

A metade das coxalgias curadas conservam mais ou menos movimentos ao nivel de sua articulação.

Ora, é mistér felicitar-se com isto: é o que acontece depois das fórmulas ligeiras e benignas das coxalgias que se curam com a conservação da maioria dos movimentos, em um tempo relativamente curto; porém em igual caso, tratava-se verdadeiramente de uma coxalgia?

Muitas vezes é preciso deplorar a mobilidade conservada pelos antigos coxalgicos. O typo destas coxalgias que se curam com a conservação dos movimentos extensos é a **pseudo artrose intra-cotyloide** de Ménard, o doentinho se conserva com um quadril movel, é verdade, porém, se mantem mal em seu apoio; côxea baixo, se fatiga depressa e mais ainda está sujeito a recaídas. E' tambem, o que ocorre depois das destruições da cabeça e colo. E' preferivel, muitas vezes, uma "**ancilose serrada**", solida em boa posição; o doente côxea pouco; seu apoio é resistente e as probabilidades de cura definitiva são grandes. Porém, o que parece regular antes de tudo, o valor funcional de um quadril, depois de uma coxalgia, é a **posição**, mais ainda que seu grão de mobilidade.

Em **posição correctá**, uma **abdução ligeira**, um membro é util, a **estação** é **satisfactoria**, a **função** é **boa**.

Em **abdução**, em **inversão** declara Kirmisson, que o doente é **um enfermo**.

E si, nesta inversão se ajuntar a mobilidade, como acontece depois das luxações tardias nas quaes o membro doente é ao mesmo tempo fortemente encurtado, esta enfermidade é lamentavel.

B) RECAÍDAS DA COXALGIA. Pódem se produzir ataques agúdos em uma ou varias vezes no curso dos quatro annos que duram uma coxalgia: cada vez apparecem dôres vivas, que são acalmadas rapidamente quando se applica em seguida um gesso perfeito.

Si não existe máu prognostico a tirar destes ataques, sobrevindo no curso dos dois primeiros annos, não é o mesmo, dos dois segundos annos o coxalgico que neste momento tem recaídas, a terá indefinadamente: o prognostico é pois, singularmente grave.

Mais grave ainda, é o prognostico de um coxalgico que se desperta depois de 4 a 5 annos de cura apparentemente completa; quasi sempre estes despertares muito tardios da coxalgia evolvem rapidamente e o termina pela morte como no caso do menino M., da clinica, já atraz referido.

CONTINUAÇÃO (*)

Senhores.

Estudando hoje o importante capitulo desta coxopathia — o diagnostico, temos a considerar nos tres periodos da affecção que já tratamos — periodo de **começo**, de **estado** e de **inversão**.

Assim, no periodo de começo ou de inicio defrontamos logo com os movimentos do quadril; existe contractura muscular limitando os movimentos do membro.

O **rheumatismo articular agúdo** póde atacar o quadril. Porém a sua instabilidade é assaz característica: varias juntas sãs,

(*) Lição de 5 de Junho de 1931.

como sabeis, tomadas, umas após outras e logo deixadas, parecendo indemnes. Não ha adenopathia iliaca, a hypothonia das nadegas falta o mais das vezes.

O **reumatismo infectuoso** consecutivo ao sarampo, á escarlatina e á variola pôdem se localisar no quadril: a noção da febre eruptiva basta para despertar a attenção do pediatra.

A **blenorragia** nas meninas atacadas de vulvite, nas mocinhas directamente infectadas pôdem determinar ao nivel do quadril uma artrite gonococcica; porém, é atrózzmente dolorosa desde o começo, que é brusca em contrario da coxalgia. O colo femural não é espessado; a adenopathia existe, é inguinal, bilateral e dolorosa. Historia a observação de um caso da clinica em uma menina.

Um traumatismo attingindo o membro inferior pôde ter produzido uma torcedura do quadril. E' uma lesão rara, na criança, devendo sempre ser considerada por suspeita. Muitas vezes, o traumatismo que invocam os paes para explicar uma claudicação, é sinão imaginaria, ao menos exagerada.

Em caso de duvida, é mistér saber que, não é um diagnostico immediato, é mistér esperar, e pedir um exame renovado, si fôr necessario, de 15 em 15 dias.

No quadril, como ao nivel de outras epiphyses, podemos, senhores, observar ataques de **osteite de crescimento**, que talvez sejam **osteomyelites attenuadas, de improvise, intra-articular**. E' em igual caso, sobretudo, que o diagnostico é delicado a se apresentar. As **osteites de crescimento**, comtudo, se acompanham de adenopathias iliacas, e é talvez o **melhor symptoma**.

Porém, aqui ainda, é mistér, saber pacientemente a familia, fazer-lhe comprehender a impossibilidade de apresentar muitas vezes um diagnostico em periodo demais precoce, e de consequencias graves que pôde ter uma affirmação prematura, condemnando a 3 annos de immobilisação uma

criança que talvez será curada em 3 mezes, si se trata de uma **osteite de crescimento**.

PERIODO DE ESTADO. A criança nos é apresentada deitada, em **attitude viciosa**; temos de procurar primeiramente, si se trata bem de diagnostico de uma coxalgia.

A **coxalgia hysterica**, doença de Brodie, não é excepcional quer nas meninas, quer nos rapazes.

A affecção começou bruscamente, por dôres que se accusaram na criança com manifestações particularmente ardentes. O menor toque da região do quadril lhe arranca gritos; um simples contacto da pelle, o pinçamento de uma dobra cutanea ao nivel parece despertar a mesma dôr que os movimentos articulares: esta hyperesthesia cutanea é um signal de grande valor. Cita um caso de um menino que examinamos com o Professor Wallau e Dr. Hoffmann.

Muitas vezes, sabemos que a criança vio coxalgicos ou ouviu falar; chegamos a nos convencer que pode conhecer de visu ou por ouvir falar das manifestações principais da affecção.

Ademais, não faltam de ser lesada do gráo extremo e precoce da attitude viciosa: de subito, estas crianças se contracturam em flexão, inversão (adducção) o que, o temos dito, não se produz senão no 3.º periodo da **coxalgia verdadeira**.

Emfim é muitas vezes possivel enganar-as.

Uma conversação tida com os paes em altas vózes, informa, por exemplo, o doente que na coxalgia certos movimentos simples são indolores, outros dolorosos (o que bem entendido é falso em materia de coxalgia verdadeira); depois desta affirmação feita lenta e claramente de maneira que a criança possa bem comprehendel-a, é frequente verificar a liberdade dos movimentos annunciados, como devendo ser livres, e as manifestações de dôr nos movimentos annunciados, como devendo ser dolorosos: isto basta para fazer a prova de origem pithia-

tica das manifestações. E' pois, uma coxalgia pithiatica. O pithiatismo póde, parece, emprestar-lhe a mascara da coxalgia, não vos apresseis de acreditar, porque muitas vezes estas coxalgias nervosas, são coxalgias verdadeiras, evoluendo em crianças nervosas.

Praticamente abster-nos-emos de adormecer o doente, porque nos casos de verdadeira coxalgia, podemos no inicio encontrar uma certa mobilidade articular durante o somno. A vigilancia attenta da criança e algumas manobras que annunciamos abusivamente, como devendo ser dolorosas ou indolentes e que, ás avessas, da logica arrancarão gritos ou não, servirão de criterio.

ABCESSO POR CONGESTÃO DO MAL DE POTT. Somos chamados para vêr uma criança deitada, cujo membro inferior está em abducção e rotação externa e cuja região do quadril está empastada. Isto, póde ser o effeito da distenção da bainha do psoas por abcesso ossifluente emanado do rachis; porém, em igual caso, podemos augmentar a flexão do membro inferior sem determinar dôr alguma, e o signal é característico.

Deveis saber que as lesões de tuberculose ossea pódem evoluer na proximidade da articulação do quadril e dar nascimento a symptomas perturbadores de um diagnostico assaz delicado.

A estes estados especiaes podemos denominar falsas coxalgias ou para-coxalgias.

Assim posto, citaremos: a tuberculose do grande trochanter, a tuberculose do ischion, a tuberculose do pubis, a côxa plana, a côxa vara hypertrophica e a apophysite trochanteriana.

A tuberculose do grande trochanter. E' uma lesão rara nas crianças de pouca idade, porque a epiphyse trochanteriana não apparece senão aos 3 annos de idade.

Tambem estas trochanterites se observam sobretudo nas crianças de 8 a 12 annos e cujos symptomas são: dôr na marcha, claudicação; ás vezes, é assignalada a dôr do

joelho. Porém, as attitudes viciosas caracteristicas fazem faltam; os movimentos do quadril de pequena amplitude são conservados; ás vezes mesmo, todos os movimentos da articulação são normaes.

Estas trochanterites dão nascimento a abcessos frios que se colleccionam no 5.º e 6.º mez e se localisam na face externa do grande trochanter.

A's vezes, seu aspecto clinico é de um **hygroma tuberculosos**, desenvolvido nas bolsas serosas peri-trochanterianas.

Ombrédanne proclama: "**c'est un diagnostic qu' à notre avis il ne fant jamais poser.**"

Existe sempre uma lesão ossea subjacente quando encontramos ou quando não encontramos, e, eis tudo.

Refere este professor a um caso no qual guarda a lembrança de uma destas "bur-sites" que lhe conduzio ao trochanter primeiramente, depois ao colo do femur até a cabeça, que poude esviasar e curetar; a cura sobreveio facilmente e evitou provavelmente nesta criança a evolução de uma **coxalgia vera.**

TUBERCULOSE DO ISCHION. E' a mais frequente dos **para-coxalgicos.** Observamos sobretudo de 8 a 10 annos de idade e de diagnostico facil porque não se observa senão muito pouco os movimentos da articulação côxo-femural, salvo a flexão, que se acha limitada pela posição de extensão dolorosa dos musculos ischio-tibiaes. Termina constantemente em abcessos frios, que muitas vezes apparecem no bordo inferior do grande gluteo. O ischion tem uma notavel tendencia a se necrosar; o sequestro é em geral muito volumoso e póde representar a quasi totalidade da massa da tuberosidade ischiatica.

TUBERCULOSE DO ILION — E' frequente e se localisa na crista iliaca, reconhecivel muito facilmente na séde precisa, com phenomenos dolorosos e um pouco da repercussão que tem para o quadril.

Não se dá o mesmo com as lesões tuberculosas da fôssa iliaca externa e supercílio cotyloideo: claudicação, tumefacção ao nível da verilha, pôdem induzir a erro; é sempre a ausencia do bloqueio real da junta pela contractura muscular que permite um diagnostico que só pôde fornecer a radiographia, em certos casos pelo menos.

As **tuberculoses das fôssas iliacas internas** não tem analogia com os abscessos frios da bainha do psoas: a tumefacção enche a fôssa iliaca, porém, respeita por muito tempo a integridade dos movimentos do quadril.

TUBERCULOSE DO PUBIS. E' rara na criança. De subito, provoca uma attitude fixa de adducção. O **abscesso frio** que o acompanha em geral se collecciona na dobra perineo-crural.

O pubis lesado faz sequestro, muitas vezes; ao redor d'elle a lesão bacillar pôde se estender, invadir a bexiga, ulceral-a e até produzir uma fistula urinaria com séde no perineo, extraindo-se então, como diz Ombrédanne, e recentemente, do tal trajecto fistuloso um volumoso sequestro.

CÔXA PLANA. Foi assim denominada por Waldenström (de Stockolmo) e tambem conhecida por osteochondrite deformante juvenil ou doença de Legg-Perthes-Calvé.

Clinicamente, é mais ou menos impossivel em seu começo fazer-se um diagnostico differencial de uma coxalgia benigna, sendo pois difficil distinguir-se de uma coxalgia incipiente. Comtudo, notamos que a **côxa-plana** como preferimos chamar é muitas vezes pouco dolorosa, tanto expontaneamente quanto á pressão exercida na cabeça femural. Em regra, não existe adenopathia iliaca e muito pouca amyotrophia da côxa. A triade symptomatica de que temos falado é tornada incompleta ou faz falta. Ombrédanne diz: "**c'est la radiographie qui seule permet poser un diagnostic ferme**; e Mouchet em outras palavras mais suggestivas e decisivas: **la clinique n'est**

presque rien dans l'osteochondrite, la radiographie est tout."

Não ha pingamento articular, porém, ao contrario o espaço claro é augmentado de altura entre a cabeça e o tecto do cotylo.

O nucleo epiphysario é fragmentado, manchado ás vezes, em claro côr da pellé de leopardo, a cabeça femural embutida e espraiando-se pelos seus bordos, são pois aspectos absolutamente caracteristicos da côxa **plana**. Cita as observações da clinica dos meninos de nome C e A e da menina S.

CÔXA VARA HYPERTROPHICA. Tem-se descripto uma fórmula particular da coxalgia, uma lesão caracterizada por hypertrophia accentuada do colo femural que ao mesmo tempo se encurva em côxa vara.

Esta fórmula de tuberculose muito pouco dolorosa, sinão indolente, seria de um excellente prognostico e se curaria rapidamente. Sómente não nos parece provado que esta lesão do quadril seja tuberculosa, o que bem explicaria sua benignidade.

Senhores.

Apresenta-se ao estudo das coxalgias uma questão assaz importante, o diagnostico retrospectivo dos **quadril luxados**.

Em uma criança deformada, que nunca apresentou ou desde muito tempo, não se nota mais phenomenos dolorosos do lado do quadril, verificamos que o grande trochanter excede notavelmente da linha de Nelaton-Rose, bem conhecida de vós todos.

Para este diagnostico retrospectivo é mistér, considerar duas eventualidades: **côxa vara ou luxação do quadril**.

CÔXA VARA. E' nos adolescentes que se observa esta deformidade — a rotação externa do membro; a cabeça do femur está em seu lugar e é apreciavel; os movimentos do quadril são livres e pouco limitados. A radiographia vem comtudo mostrar, como elemento decisivo para o diagnostico.

LUXAÇÃO. E' mistér, saber que a luxação traumática só se produz por ocasião de um accidente e assim não é possível haver engano, a não ser considerado como um erro de diagnóstico.

Quando uma luxação congenita torna-se dolorosa, no momento de um ataque de artrite secca, encontramos facilmente na historia da criança para formular um diagnóstico retrospectivo: a criança caminhou tarde, mantem-se no seu berço desde o nascimento.

Porém, caminhava sem accusar dôr; os movimentos de seu quadril foram por muito tempo livres.

Quando se defronta com uma luxação de coxalgia, temos que attender o espaço de tempo de 1 anno, de 18 mezes e até 2 annos de dôres vivas, de impotencia funcional mais ou menos completa.

A criança é mais ou menos ancilosada em adducção (inversão), flexão e rotação interna.

Ademais, a radiographia dirime o diagnóstico rapidamente; mostra a cabeça femural em fórma de **candela**, propria da **luxação congenita**, deformada em sua orientação, porém intacta em seus bordos, ao passo que a **coxalgia luxada** deixa vêr o cotylo destruido, perfurado e a cabeça completamente erodada.

APOPHYSITE TROCHANTERIANA. Si neste caso tendes alguma hesitação, deitai a criança e recorrei a prova da marcha depois de 1 ou 2 mezes de repouso no leito. Do mesmo modo, não confundais um tumor branco do joelho em seu começo, com a dôr de crescimento juxta-gonial. Não confundais mais, uma dôr ossea de origem syphilitica com uma dôr assim dita, de crescimento tibial.

COXALGIA DUPLA. A coxalgia dupla não é rara, pois a sua percentagem avaliada de 5 a 7% dos casos verificados. Ménard diz que é a associação mais frequente da coxalgia, quando ha um fóco

osseó em virtude da symetria tão frequente das lesões osseas ou osteo-articulares tuberculosas; como vêdes, é pois, uma opinião bem autorizada na materia.

Segundo os dados de Calvé, em cerca de 6% dos casos, o segundo lado sendo tomado, de ordinario, ao cabo de 1 a 3 annos, excepcionalmente passado 5 annos. Si a segunda coxalgia sobrevem, emquanto que a primeira está em tratamento, ella se beneficia deste tratamento e parece menos grave. Dos dois lados o abcesso é quasi inevitavel e parece relativamente rebelde. A luxação é a regra do lado do primeiro atacado e raro ao contrario do segundo. Estes casos, como são ainda graves e em outros de associações ahí frequentes (14 sobre 35), em particular, com o mal de Pott (9 casos); a mortalidade é elevada (8 mortes, por 4 septicemias e 4 meningites, 11 curas e 16 em tratamento).

Depois da cura o prognostico funcional é mau. Conta a historia do menino D. da clinica.

Lance, nome consagrado na orthopedia franceza, admite diversas eventualidades que se pôdem apresentar, na coxalgia dupla.

1.^a EVENTUALIDADE — Um dos lados conserva os movimentos de uma certa extensão, seja excepcionalmente pela "**restitutio ad integrum**" e então, é como não houvesse tido senão uma coxalgia, seja mormente por **pseudo-artrose intra-cotyloidea** ou **luxação livre**; o outro lado é **ancilosado**.

A acção de assentar-se o paciente é possível, e quando, por uma botina apropriada, os dois membros são reconduzidos ao mesmo comprimento, a marcha é relativamente facil sem ou com apoio de uma bengala.

2.^a EVENTUALIDADE — Os dois lados são **ancilosados**. — Si a ancilose é solida e em boa posição, a marcha é ainda possível; o doente avança unicamente com os joelhos e com a ponta dos pés — ceifando, a curtos passos, deslocando alternativa-

mente cada lado da bacia de um golpe de espadua e braços. Os joelhos se deformam em **genu-valgum**. A acção de assentar-se é quasi impossivel.

As funções genitaeas, na mulher são muito perturbadas.

Si, uma das duas anciloses está em má posição: **adducção, rotação externa**, a progressão não póde mais se fazer senão com muletas.

E' mistér, fazer uma osteotomia. Si quizermos tentar em restituir a mobilidade em um dos dois lados com artroplastia, é preferivel a osteotomia.

3.^a EVENTUALIDADE. — Si os quadris são **luxados dos dois lados em attitude forçada**, mais ou menos má. A marcha não é possivel, senão com bengalas e muitas vezes muletas.

Neste caso, sobretudo, si um lado tornou-se fistuloso, estamos autorisados a fazer a resecção e a procurar a ancilose em boa attitude, que fará entrar o caso no primeiro grupo.

CONTINUAÇÃO (*)

Senhores.

Deveis saber, que os methodos de tratamentos da coxalgia são encarados sob varios aspectos: **da coxalgia regular, da coxalgia seguida de incidentes, do periodo de regressão, do periodo de convalescença e das intervenções cirurgicas.**

Assim, apresentamos ao estudo o assumpto em fóco. Qual deva, pois, ser a linha de conducta do clinico em suas intervenções therapeuticas?

E' frisar e bem accentuar, que não deveis descurar, de prescrever, de indicar sempre a estadia da criança ao ar livre, fazer a cura climatica, a ensolação, os raios ultravioletas, os methodos biologicos (allergina de Jousset, antigena methylico de Nègre e

Boquet, opotherapie splenica, methodo de Bayle), assim como tambem os agentes chimio-therapicos (saes de terras raras; methodo Finikoff; pelas paninas, e ether bensyl-cynamico — methodo de Jacobson). Medicamentos estes convenientemente administrados, apressarão muitas vezes, a cura sempre muito lenta.

PERIODO DE INICIO — Repetimos que, é mistér, ter coragem de não fazer o diagnostico enquanto faltam os elementos de quasi certeza.

Pedimos aos paes que durante 15 dias, a criança se conserve na cama deitada, isto é, sem ter permissão de pôr o pé em terra.

Um tal prazo melhorará notavelmente uma artrite de crescimento e não trará nenhuma modificação no estado de um coxalgico em começo.

Não é preciso hesitar em repetir esta tentativa, em reclamar ainda em duas repetições estes periodos de quinze dias de repouso absoluto.

PERIODO DE ESTADO — Ha dois tempos entre os quaes se observam condições favoraveis e se diz favoraveis para 1.^o tempo a immobilisação para o 2.^o tempo. Neste periodo o diagnostico é confirmado.

O quadril é doloroso; está em attitude viciosa. Esta posição anormal é a consequencia da contractura entretida pela dôr: pois, deve-se antes procurar em supprimir esta dôr.

Porém, desde agora, repitamos o precepto lapidar de Kirmisson que todos nós, devemos sempre nos lembrar, porque domina o tratamento desta coxopathia: **"L'inversion du membre dans la coxalgie, c'est la source de tous les maux."**

E' mistér, pois evital-o a qualquer custo.

1.^o TEMPO — E' o primeiro cuidado que se deve ter para o coxalgico neste periodo, pondo o membro affectado em boa attitude.

(*) Lição de 8 de Junho de 1931.

CONDIÇÕES FAVORÁVEIS — Ha circumstancias, que consideramos favoráveis e nos quaes nada nos seduz apressar; a criança pôde receber todos os cuidados necessarios, vigilantes e intelligentes. São condigões frequentes na clientela da cidade, porém não constantes.

E assim, o primeiro tempo consiste na applicação da extensão continua.

Si, se trata de adolescentes: esta extensão continua se fará em posição flectida do joelho por meio do dispositivo classico de Hennequin que deveis conhecer. Os pés da cama do paciênte são levantados e o peso do corpo bastará para assegurar a contra-extensão.

Si, se trata de bêbês, muitas vezes, será vantajoso exercer uma tracção no membro inferior não flectido por meio de fitas de sparadrapo de diachylão, collado desde o terço inferior da côxa até ao malleolo.

Convem o emprego do diachylão, diz Ombrédanne, e não tecidos agglutinativos quaesquer, porque a experiencia tem mostrado que todos os tecidos collantes derivados da pasta de Unna, eram irritantes para a epiderme das criancinhas, muito mais que o diachylão.

Mas tambem, nos lactentes o peso do corpo não basta mais para representar a contra-extensão necessaria: podemos assegurar-a, passando na dobra da verilha, do lado em que vai se exercer a tracção, uma atadura de forte morim, amarrada a cabeceira da cama da criancinha; é um dos dispositivos de fixação do tronco que nos tem parecido ser mais facilmente toleravel para criança.

Si, se trata de crianças muito pequenas empregamos o leito conhecido por de — Lannelongue ou por outro leito denominado — de Ménard, differindo apenas um do outro em suas minucias. E vem a ser: sobre uma prancha, munida lateralmente de alças para se transportar, coberto de um delgado colchão muito plano, a criancinha é distendida. Seu thorax é revestido de uma camisola de forte tecido de

algodão branco, munidos de faixas que permittam sujeital-a convenientemente, isto é, em cima e lateralmente.

Uma outra faixa é applicada acima dos joelhos para impedir que a criancinha flexione as côxas. A extensão continua é applicada em posição de rectidão do membro, como no caso precedente; as roldanas são fixas na mesma prancha.

O peso de fazer a extensão é de 2 a 3 kilos nas criancinhas e de 5 a 6 kilos, mais ou menos nas crianças maiores.

Esta extensão continua, pôde não lutar efficazmente contra a rotação externa: então, nos serviremos utilmenté da caixa de Duplay ou de Berck-Plage. Comprehende-se, como este ingenhoso e simples aparelho, posto a chato na cama do doentinho se oppõe á rotação em um sentido ou em outro, porque o pé se acha alojado nesta pequena caixa vertical que impede os seus menores deslocamentos lateraes; é preciso sómente tomar a precaução de pôr no calcanhar um coxim de algodão sob pena de tornar-se o contacto intoleravel.

O effeito da extensão continua na coxalgia é rapido: por via de regra a dôr cessa em algumas horas, ás vezes, ou em alguns dias outras vezes.

Logo a dôr, tendo desaparecido, a contractura cessa e cessa tambem o nefasto processo de **ulceração compressiva**.

Ao cabo de 15 dias a 1 mez o resultado procurado é obtido.

Porém a extensão continua necessita de vigilancia rigorosa para que seja effectiva: é seu unico inconveniente; e é mistér, reconhecer comtudo, que não é desprezavel.

CONDIÇÕES DESFAVORÁVEIS — A roda das pessoas que cercam a criancinha pôde ser mentalmente incapaz de comprehender o fim procurado para a extensão continua, como sóe acontecer em todos os meios, em todos ambientes.

Ou bem, as circumstancias pôdem fazer com que haja ali interesse em ganhar tempo, em transportar rapidamente a crian-

ça em meio mais salubre — **serra, campo ou praia.**

Nestas condições, é mistér, atacar o primeiro tempo e substituir por uma redução sob anesthesia geral.

As contracturas, assim supprimidas, poderemos immediatamente applicar o gesso que constitue essencialmente o tratamento de escolha da coxalgia durante o primeiro anno de sua evolução.

2.º TEMPO — Imobilisação da criança em posição corregida. Releva, senhores, vos declarar o quanto é inconveniente, senão nefasto, o uso da gotteira de Bonnet, que era classico, pelo motivo de se ter verificado na sua extructura o orificio posterior deste apparelho produzir, gerar fatalmente uma attitude viciosa em flexão.

Depois do desaparecimento das contracturas o que tem sido realisado pelo primeiro tempo do tratamento, vamos applicar o grande gesso, é pois dest'arte que se realisa o 2.º tempo regular do tratamento.

Este grande gesso será collocado na criança préviamente coberto de uma dupla espessura de jersey que bem conheceis. O apparelho será cortado na peça de tarlatana com deseseis espessuras ou feito com ataduras de tarlatana gessada, que é preferivel, não descurando de sua technica.

Para que elle mantenha efficazmente a attitude desejada, este apparelho gessado será cuidadosamente modelado a mão, logo que esteja ainda humedecido e molle, sobre todas saliencias que lhes devem fornecer os pontos de apoios necessarios.

Modelaremos assim, as espinhas iliacas antero-superiores, pubis, ischion, condylos femurales e malleolos.

Isto posto, é mistér, vos lembrar que o apparelho de gesso é o do typo do grande gesso, como acima vos falamos e bem comprehendéis, esta exigencia de ordem technica, porque a immobilisação vai até a axilla do lado são.

Com effeito, a attitude a dar no membro

doente é uma abducção moderada, destinada a prevenir a inversão.

Fundamentando, diremos que, si as espinhas iliacas forem bem modeladas, estas saliencias representam os unicos centros possiveis de um movimento de basculo, tendendo a chamar o membro doente para a linha mediana. Nesta adducção, se opporará a parte thoracica do apparelho, parte que o orthopedista Ducroquet denomina — **placa contradducção**, elemento indispensavel, precioso em seu resultado, emquanto que, ao contrario, o thorax do lado do membro doente poderá ser deixado largamente descoberto.

Fica assim a criança em seu gesso deitada em decubito dorsal o mais rigoroso possivel.

O tempo em que se deva conservar a criança no gesso é de um anno, substituindo, no entretanto, por outro apparelho similar, quando se quebrar, quando se deteriorar.

PERIODO DE REPARAÇÃO — Este periodo é dito por alguns, de periodo do 2.º anno da coxalgia. Ombrédanne considera esta denominação má, porque o mais das vezes, a excepção de fórmas particularmente favoraveis, é sómente no fim de 18 mezes, empós ao inicio dos accidentes que devemos autorisar a marcha. Para isto, é preciso que o quadril não seja mais doloroso, que a adenopathia tenha desaparecido, que os abcessos não mais se produzam e estejam completamente curados.

Ainda os ensaios de marcha serão subordinados a rigorosas precauções.

E' mistér, senhores, levar em linha de conta, tempos que são assim especificados — os seis primeiros mezes e os seis mezes seguintes

SEIS PRIMEIROS MEZES — A criança traz sempre seu grande gesso, do typo acima descripto. Sob a botina do pé são, colloca-se uma sola de cortiça. Depois, autorisamos a marcha com muletas.

Assim nestas condições o membro doente não pôde pisar no sólo, é passivamente oscillante durante a deambulação, e o seu proprio peso exerce na articulação do quadril uma especie de extensão continua.

SEIS MEZES SEQUITES — A criança está com o seu grande gesso. Continuamos a permittir a marcha, supprimos as muletas, não deixando no entretanto, a criança de usar botina com sola espessa de cortiça no pé são. Porém, na parte inferior do grande gesso, ajuntamos um estribo de aço; na marcha, é a parte deste estribo que vai tomar contacto com o sólo. As pressões vão se repartir sobre todos os pontos de apoio do aparelho gessado, o ischion em particular; o quadril o supportará muito pouco.

PERIODO DE CONVALESCENÇA — Este periodo que é o do terceiro anno, porque não se deve de maneira alguma começar senão aos **trez e trez e meio annos**, após o inicio da evolução da affecção.

Neste momento a criança vai começar, durante a marcha, a se conduzir sobre seu quadril doente.

Consideramos neste periodo condições dignas de observações. **Trez primeiros mezes, trez sequites e seis ultimos mezes.**

TREZ PRIMEIROS MEZES — O grande gesso da coxalgia é cortado acima do joelho.

Isto permittie ao medico de provocar progressivamente e prudentemente movimentos de flexão do joelho e alguns movimentos de rotação do femur, graças a alavanca que lhe fornece a perna flectida.

Estes movimentos, que se passam na articulação côxo-femural, serão executados com muita delicadeza, sobretudo no começo.

Nestas condições, a criança vai caminhar com seu pé do lado doente levando directamente ao sólo: o quadril supportará pois o ataque vertical; vai por consequencia importar, ainda em proceder com a devida prudencia,

TREZ MEZES SEQUITES — Si tudo vai bem, começamos a tirar o aparelho gessado e primeiramente, durante a noite sómente.

O aparelho será cortado de maneira a tornar-se bivalvo. A criança o usará de dia para caminhar.

Retiral-o-emos a noite, tendo o cuidado de fazel-a deitar em leito muito duro, para evitar a incommoda flexão da côxa sobre a bacia.

SEIS ULTIMOS MEZES — Si algum incidente não se produzir no curso das tentativas precedentes, podemos retirar o gesso.

Porém é mistér, ainda que a criança traga durante este periodo um aparelho de celluloides — systema colete destinado a evitar os accidentes, que pôdem resultar da amplitude excessiva de um movimento intempestivo.

Este colete, armadura de celluloides, será munido ao nivel do quadril de um ferrolho metallico, limitando os movimentos de flexão.

A **butée** do parafuso assim disposta permittirá augmentar progressivamente o grão de flexão que julgamos dever permittir.

Senhores.

Para finalisar o estudo da coxalgia devemos abordar a questão do tratamento dos incidentes — A **luxação precoce da coxalgia** deve ser reduzida sem demora, como uma luxação traumatica: a cousa a nosso vêr, parece comtudo facil.

O membro será immobilisado em seguida na abducção mais accentuada que nas coxalgias ordinarias. A attitude deverá se approximar da posição de reducção das luxações congenitas do quadril.

Os abcessos frios trataremos pela punção em pelle sã e as injeccões modificadoras, que serão feitas de accordo com o que ficou assentado no estudo dos tuberculomas em geral. Comtudo, somos presentemente mais partidarios das simples punções evacuadoras,

ATAQUES DOLOROSOS NO CURSO DO TRATAMENTO — Si este ataque de dôres inesperados sobrevier durante o primeiro e o segundo anno, podemos affirmar que o aparelho não immobilisa a criança de modo sufficiente; é mistér, refazel-o e bem melhor applical-o.

No curso do 3.º anno, concluimos que a reaparição das dôres, é que o tratamento foi feito demasiado depressa, que os movimentos foram restituídos demasiado cedo; retomaremos a immobilisação absoluta por algum tempo.

ESCARAS CAUSADAS PELO APARELHO — E' um incidente que não é raro; a criança sairá de seu gesso e levada a extensão continua. Durante este tempo, curativos proprios se farão em algumas semanas que conduzirão a cicatrisação da ferida accidental.

COXALGIAS FISTULADAS — Expontaneamente ou depois da punção do abcesso frio, a coxalgia pôde se fistular.

Temos demais tendencia actualmente a attribuir estas fistulações a uma infecção secundaria sobrevinda na occasião de uma punção. Parece muito mais verosimil e é a apreciação do tisiologico Jousset que as tuberculosas que se fistulisam, são quasi sempre tuberculosas particularmente virulentas, pelo menos, neste momento.

Procuraremos modificar o trajecto fistuloso por injeções de glicerina iodoformada ao decimo; enquanto que conservaremos o aparelho mantido e fazendo janellas necessarias aos curativos, como aconselha Ombrédanne.

Si o aparelho torna-se incompativel com o tratamento cirurgico das fistulas, voltaremos a fazel-o pela extensão continua.

COXALGIAS TARDIAMENTE LUXADAS — Seria illusorio procurar em redusir: não existe mais nem cabeça e nem cotylo. A pseudo-artrose é fatal, toda a questão é de chegar ao que ella se constitua em uma

bôa posição, em outros termos, de evitar a inversão (adducção).

Collocaremos o membro em abducção sem receio de exagerar esta attitude, e mantel-o-emos na immobilidade absoluta até a cura completa.

COXALGIA DUPLA — E' um caso que surge, trazendo uma indicação especial: é mistér esforçar-se em obter a mobilidade final ao menos em um dos lados. Escolheremos segundo as lesões manifestadas pela radiographia aquella que se apresenta nas melhores condições neste ponto de vista.

TRATAMENTO TARDIO DAS ANCILOSES — Quanto a este tratamento tardio, convem eschematizar as indicações operatorias da maneira seguinte:

A ancilose de uma coxalgia unilateral fixada em bôa posição deve ser respeitada.

A ancilose de uma coxalgia unilateral em má posição deve ser tratada pela osteotomia sub-trochanteriana.

Esta intervenção nunca será praticada em menos de quatro annos, depois da cessação completa de todas as manifestações da coxalgia inicial.

Ainda esta intervenção comporta um certo risco; assim Ombrédanne observou duas vezes o despertar da tuberculose ao nivel do quadril suprajacente e nestas condições o prognostico é pouco mais ou menos fatal, e o adolescente succumbe a uma fôrma grave que reincide.

Em caso de coxalgia bilateral é preciso guardar, como directriz a necessidade pelo menos, de um quadril movel.

Si pois, um dos quadris fôr luxado, tiver movimentos, não tocaremos ahi e poderemos tentar o endireitamento sub-trochanteriana de outro lado.

Nunca Ombrédanne teve occasião de atacar uma dupla ancilose coxalgica em posição viciosa: lhe parece, contudo, que uma osteotomia sub-trochanteriana com interposição muscular poderia em igual caso,

prestar serviço ao doente restituindo-lhe uma certa mobilidade em um dos seus membros.

INTERVENÇÕES CIRURGICAS NO CURSO DAS COXALGIAS EM EVOLUÇÃO —

Senhores, deveis saber que presentemente as injeções intra-articulares modificadoras estão bastante desacreditadas, por isto não insistiremos neste modo de tratamento.

Lannelongue fôra o seu patrono, empregando muito estas injeções, outros depois o tentaram e os resultados não nos parecem vantajosos, como affirma Ombrédanne.

RESECCÃO DO QUADRIL — As resecções systematicas, precoces estão completamente abandonadas e não deram resultados senão lamentaveis. Não é mesmo com estas intervenções atypicas, consistindo na raspagem do cotylo, no esvaziamento da cabeça e parte inferior do colo femural, esvaziamento completado pela chumbagem com massa inerte, tal seja, o maistique de Moseitg-Morhof e a massa de Delbet. São, pois, operações que julgamos de excepção.

ARTRODÉSE — A artrodése do quadril coxalgico praticada por Albee apresenta technicas operatorias destinadas a provocar por enxertos osseos o bloqueio de todas as articulações atacadas de tuberculosas.

As operações ancilosantes do quadril apparecem desde 1921 na França: processos da artrodése intra-articular, depois o da extra-articular de Mathieu-Wilmoth e depois as artrodéses mixtas.

Recentemente os professores Nové-Josserand e Tavernier de (Lyon) executaram a artrodése do quadril, em casos de coxalgias que se eternisavam, apresentando recaídas periodicas por ataques successivos, são de um prognostico deploravel. Tambem sua tentativa vos parece infinitamente mais legitima neste caso particular do que se tratasse de uma intervenção systematica. Estes autores encavilham a cabeça femural

no macisso osseo supra-cotyloideo por meio de um enxerto retirado do peroneo.

Devemos vos dizer, senhores, que o futuro nos fixará o valor desta intervenção que seria logica e seductora, si ella não se passasse em pleno fóco tuberculoso.

Porém, só os factos o julgarão em ultima instancia.

Tambem senhores, é mistér, terdes de novo a ouvir o methodo cirurgico que já nos referimos no estudo das tuberculosas osteo-articulares em geral, particularizando nesta lição tão sómente, ás coxalgias com a citação de uma observação interessante que bem merece ser transcripta. Queremos falar do methodo cirurgico dos professores Uffreduzzi e Biancalana (de Turim, publicado na Presse Médicale de Fevereiro de 1931), sobre os **enxertos osseos**. É um methodo bastante simples e de execução rapida, graças a instrumentação electrica bem adaptada.

Para assegurar uma direcção exacta a perfuração que do grande trochanter, deve através do colo do femur attingir a cabeça, basta collocar a perna a operar em abducção a 120° de modo que o colo do femur seja perpendicular ao eixo do corpo.

Nestas condições a mecha do perfurador applicado no plano osseo de 2 a 3 centimetros sob o apice do grande trochanter e enterrado perpendicular, attinge com precisão a cabeça.

Quando temos julgado util, ajuntaremos ao enxerto do femur, empregado só; na maior parte dos casos, outros enxertos no cotylo, temos substituido toda brecha operatoria que basta no primeiro caso — pela incisão em U de Ollier por dar mais campo.

Servimos sempre de enxertos de 1 centimetro de largo, tirado em toda espessura do tibia que eram mais grossos que os empregados por Robertson-Lavalle (de Buenos Ayres).

Os doentes os teem sempre tolerado bem e mesmo, nos casos em que nós chegamos

a encavilhar em um tecido osseo muito atacado e de proximidade de abcesso, a incisão operatoria cicatrisou sempre por primeira intenção. Emquanto que os enxertos sub-cutaneos, tem uma tendencia a se absorver em poucos mezes, tem-se encontrado enxertos intra-epiphysarios em perfeito estado de conservação um anno após a sua collocação.

No ponto de vista clinico nossos resultados nos permittem julgar favoravelmente o emprego dos enxertos, segundo as indicações e a technica seguida por nós.

Nunca temos tido insuccessos e o processo pareceu abreviar muito a duração do tratamento.

Das doze observações registadas, apenas, daremos a seguinte:

OBSERVAÇÃO II — S. Adelina, de idade de 14 annos. Coxalgia direita.

Soffre desta affecção desde seis mezes. A perna atacada está atrophada, em flexão, abducção e rotação externa. Movimentos muito dolorosos.

A radiographia mostra uma zona de rarefacção no nucleo epiphysario.

Operação a 28 de Abril de 1928, após um periodo de preventivo repouso de quinze dias.

Encavilhamento no colo até a cabeça do femur na proximidade do fóco tuberculoso.

Enxerto sub-cutaneo. Sequencias operatorias, regulares, apyreticas.

A dôr desapareceu rapidamente. Movimentos activos e passivos foram possiveis vinte dias após a intervenção.

A doente se levantou a 23 de Maio de 1928 e começou a caminhar.

A mobilidade articular augmentou rapidamente e em dez dias, era a mesma que na articulação sã.

Esta cura rapida permaneceu completa e o estado da criança que foi examinado de novo em Julho ultimo, seja vinte mezes após a operação, é perfeitamente normal.

Ao lado das curas surprehendedentes temos vistas varias fistulas se formarem rapida-

mente, e assistido á curas de fórmulas tuberculosas que tenham resistido a processos conservadores não sanguinolentos e sanguinolentos e pelos quaes a amputação parecia um unico recurso. Mesmo nos casos em que a artrectomia e a reseccão eram associados ao enxerto, esta não nos pareceu um excesso, porém um meio de abreviar o tratamento e de tornar nossa intervenção menos destructiva.

Apenas, transcrevamos o que estes cirurgiões italianos citam no resumo tão sómente, quanto a estatistica dos casos de coxalgia, materia em fóco: dos 5 casos, os 2, nos quaes nós nos somos estritamente apoiados no methodo de Robertson-Lavalle terminaram por uma cura em ancilose e uma cura com jogo articular completo: uma e outra duraveis, desde dois annos e meio; os outros 3 casos, nos quaes, por causa da gravidade da affecção e da idade dos doentes (dois tinham 40 annos), prolongamos a immobilisação na cama e applicado um gesso, temos dado: 2 curas — de que uma ainda em evolução — e 1 obito, após seis mezes, por tuberculose miliar.

Senhores. Como finalidade do tratamento cirurgico das coxalgias, devemos vcs dizer, que cada vez se engrossam as fileiras dos adeptos das intervenções cirurgicas, maxime na éra, que podemos chamar dos **“enxertos osseos.”**

Comtudo, nos parece ainda prematuro exaltar os seus successos operatorios, cujas estatisticas não nos autorisam a tanto.

A formula que pensamos ser acceita, salvo algumas restricções, é lembrada pelos mestres: **“conservar na criança, reseccar no moço e amputar no velho.”**

Os pediatras-cirurgicos Sorrel, Bufnoir e Melle. Fumet.

(Quelques remarques sur les tuberculoses chirurgicales. Evolution des idées sur leur traitement pendant la dernière década. D'après la statistique de l'Hôpital Maritime de Berck 1920-1930). Falam que: **“as intervenções cirurgicas, fóra das operações de**

drenagem e de necessidade, possam dar resultados nos tuberculosos tudo o que temos o direito de esperar, não basta a technica operatoria correcta. E' mistér, tambem que as indicações sejam bem opportunas. E' um dos pontos mais importantes do tratamento das tuberculoses osseas. Não é mistér, esquecer que todas tuberculoses articulares evoluem, passando por estados successivos que podemos de um modo um pouco eschematico, porém commode, denominar estado de inicio, de plena evolução, depois

de reparação progressiva. Ora, nenhuma intervenção deve ser feita durante os primeiros periodos e não é senão quando a phase de reparação começa que estas intervenções se tornem realmente uteis.

E' o que Ménard exprimia outr'ora dizendo: é mistér não operar as tuberculoses novas, é mistér deixal-as envelhecer."

Senhores. Os termos destes pediatras e do notavel Professor Ménard equivalem a um aphorismo, taes são os seus conceitos que o clinico deve consideral-os lapidares.

