

Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto Alegre

TESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE PÔRTO ALEGRE

POR

CESAR AUGUSTO DA COSTA AVILA

PARA O CONCURSO DE DOCÊNCIA-LIVRE DA CADEIRA
DE

CLÍNICA PEDIÁTRICA CIRÚRGICA E ORTOPÉDICA



Considerações sôbre a Coxalgia



1 9 3 9

1 9 3 9

Officinas Gráficas da LIVRARIA DO GLOBO
Barcellos, Bertaso & Cia. — Pôrto Alegre
— Filiais: Santa Maria e Pelotas —



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE PÔRTO ALEGRE

Prof. Fernando de Freitas e Castro
Diretor

Dr. Felisberto Soares Rath
Secretário

Corpo docente em 1939

CADEIRAS

PROFESSORES

Histologia e embriologia geral	João Batista Marques Pereira
Anatomia	Moisés Alves de Menezes
Física biológica	Nei da Costa Cabral
Química fisiológica	Mário Bernd (interino)
Fisiologia	Raul Pilla
Microbiologia	Manoel José Pereira Filho
Parasitologia	Raul Franco di Primio (interino)
Farmacologia	Manoel L. Gonçalves (interino)
Patologia geral	Walter Hugo Castilho
Anatomia e fisiologia patológicas	Raimundo Gonçalves Vianna
Técnica Op. e cirúrg. experimental ..	Otacílio Rosa
Clínica propedêutica médica	Álvaro Barcelos Ferreira
Clínica dermatológica e sifiligráfica .	Ulisses Pereira de Nonohay
Clínica oto-rino-laringológica	Alberto de Souza
Clínica cirúrgica	{ Guerra Blesmann
	{ Jaci Carneiro Monteiro (interino)
Higiene	Fernando Freitas e Castro
Medicina Legal	Celestino de Moura Prunes
Cl. de doenças trop. e infetuosas	Basil Sefton
Terapêutica clínica	Fernando de Paula Esteves
Clínica urológica	Homero Kroeff Fleck
Clínica prop. cirúrgica	Eliseu Paglioli
	{ Aurélio Py
Clínica médica	{ Antônio Saint Pastous de Freitas
	{ Eduardo S. Leite da Fonseca Filho
	{ Tomaz Larangeira Mariante
Clínica ped. méd. e hig. infantil	Raul Moreira da Silva
Clínica obstétrica	Mário Ribeiro Totta
Clínica ped. cirúrgica e ortopédica	Luiz Osório Nogueira Flores
Clínica ginecológica	Martim Gomes
Clínica neurológica	Fábio Nascimento Barros
Clínica psiquiátrica	Luiz José Guedes
Clínica oftalmológica	Ivo Corrêa Meyer

Professor substituto

Clínica dermatológica e sifiligráfica .. Carlos Leite Pereira da Silva

Professores em disponibilidade

Medicina operatória	Alvaro Fróes da Fonseca
Fisiologia (substituto)	M. de Castro P. Bitencourt

Professores jubilados

Clínica ped. méd. e hig. infantil	Manoel Gonçalves Carneiro
Clínica ginecológica	Serapião H. Mariante

Professor honorário

Olimpio Olinto de Oliveira

Docentes livres

Antônio Peyrouton Louzada	Patologia geral
Antêro do Prado Lisboa	Clínica médica
Argimiro Dorneles	Clínica ginecológica
Almir Alves	Técnica op. e cirurg. experimental
Artur Coeino Borges	Clínica de moléstias tropicais
Alvaro Murilo da Silveira	Clínica neurológica
Aires Maciel	Higiene
Adair Eiras de Araujo	Clínica urológica
Bruno Marsiaj	Anatomia
Custódio Vieira da Cunha	Histologia e embriologia geral
Cássio Annes Dias	Clínica médica
César José dos Santos	Cl. de moléstias trop. e infetuosas
Celso Machado de Aquino	Clínica Neurológica
Décio Martins Costa	Cl. ped. méd. e higiene infantil
Décio Soares de Souza	Clínica psiquiátrica
Darcy José da Rocha	Clínica dermatológica e sifiligráfica
Eduardo de Assis Brasil	Clínica oftalmológica
Eliseu Paglioli	Anatomia
Eliseu Paglioli	Clínica obstétrica
Ervino João Carlos Presser	Técnica op. e cirurg. experimental
Enio Marsiaj	Clínica obstétrica
Elias José Kanan	Clínica cirurg. infantil e ortopéd.
Florêncio Igartúa	Clínica ped. méd. e Hig. infantil
Felicíssimo Difini	Química fisiológica
Francisco de C. Marques Pereira	Histologia e embriologia geral
Gastão Aurélio de Lima Torres	Clínica oftalmológica
Gert Eduardo Secco Eichenberg	Clínica Cirúrgica
Heitor Masson Cirne Lima	Clínica propedêutica cirúrgica
Hélio Lopes Medeiros	Física biológica
Helmuth Weimann	Histologia e embriologia geral
Ivo Barbedo	Clínica oftalmológica
Jacé Carneiro Monteiro	Clínica cirúrgica
José Fernandez Peña	Medicina legal
João Cahen Fischer	Clínica ginecológica
José Eboli	Técnica op. e cirurg. experimental
Jaime Vignoli	Fisiologia
Jandir Maia Fallace	Higiene
José dos Anjos Vasconcelos	Clínica ped. cirurg. e ortopédica
Jaime Guimarães Domingues	Fisiologia
J. C. Gomes da Silveira	Clínica Ginecológica
Leônidas Palmeiro Escobar	Clínica médica
Luiz Soares Sarmiento Barata	Clínica urológica
Luiz Germano Rothfuchs	Clínica psiquiátrica
Leônidas Soares Machado	Higiene
Mário Bernd	Química fisiológica
Mário Corrêa Staedter	Farmacologia
Manoel Loforte Gonçalves	Terapêutica clínica
Manoel Madeira da Rosa	Clínica médica
Nino Marsiaj	Clínica médica
Norman Sefton	Medicina legal

Oscar Bernardo Pereira	Microbiologia
Oddone Marsiaj	Clínica obstétrica
Otávio Couto Barcelos	Patologia geral
Oton Soares de Freitas	Clínica obstétrica
Raul Jobin Bitencourt	Clínica psiquiátrica
Raul Jobin Bitencourt	Medicina legal
Rafael Cabeda Sobrinho	Parasitologia
Raul di Primio	Parasitologia
Telêmaco Estivalet Pires	Cl. de doenças tropicais e infetuosas
Waldemar Job	Terapêutica clínica
Waldemar Avila Castro	Anatomia e fisiologia patológicas
Waldemar Niemeyer	Clínica oftalmológica
Vítor Salazar Rangel	Microbiologia
Vítor Rebelo Miranda	Clínica Neurológica

Escola de Farmácia e Odontologia

CADEIRAS

Ortodontia e odontopediatria
 Patologia e terapêutica aplicadas ...
 Prótese dentária
 Clínica odontológica
 Técnica odontológica
 Metalurgia e química aplicada
 Prótese buco-facial
 Química Analítica
 Farmácia Galênica
 Farmacognosia
 Farmácia química
 Química tox. e bromatológica

PROFESSORES

Antônio Veríssimo de Melo
 Elias Cirne Lima
 João Rache Vitelo
 Adalberto Pereira da Câmara
 Oton Santos e Silva
 Godofredo Bitencourt
 Oswaldo Sizenando Lautert
 Manoel Ribeiro da Cunha Louzada
 Fernando Lartigau
 Olinto Silva Schmitt
 Antônio Botini
 Henrique Oliveira

Docentes livres

Aurora Nunes Wagner
 Aurelino Santos Reis
 Januário Marques da Costa
 Jerônimo Xavier de Azambuja
 Miguel Saldanha
 Teófilo Heinzelmann
 Waldemar Barbedo
 Osmar Velasquez

Ortodontia e odontopediatria
 Ortodontia e odontopediatria
 Técnica odontológica
 Técnica odontológica
 Metalurgia e química aplicada
 Metalurgia e química aplicada
 Prótese buco-facial
 Prótese buco-facial

A meu mestre
Cesar Sartori

Os exames de Raios X e de Laboratório, na falta de técnicos especializados no lugar em que trabalhamos, foram feitos por nós mesmos, no Hospital São José de Antônio Prado, neste Estado.

Os desenhos, uns inspirados em livros de diversos autores, outros originais nossos, são esquematizados, dada a improvisação do desenhista.

Agradecemos a acolhida cordial do professor Nogueira Flores, dando-nos a possibilidade de enriquecer êste trabalho com seus dados estatísticos inéditos.



COXALGIA

Considerações gerais

Coxalgia é o nome que se tornou clássico para indicar a tuberculose da articulação do quadril. Lannelongue a chamou de coxo-tuberculose, Forgue, de tuberculose coxo-femural e os italianos a denominam de coxite.

Figura entre as mais comuns localizações ósteo-articulares do bacilo de Koch, junto com o mal de Pott e a tuberculose da articulação do joelho.

As estatísticas dos diversos autores variam quanto à idade em que mais comumente é observado seu início. Bruns, Wagner e Johansson acharam maior número de casos entre os 11 e os 15 anos; Sinding e Larsen, entre os 6 e os 10; Nussbaum e Wiese concordam com os últimos; Whitmann, numa série de mil casos, encontrou a maior frequência entre os 4 e os 5 anos. Richard, a respeito, escreve: "Observada frequentemente nos dois primeiros anos, esta frequência se dobra no decurso do quarto, quinto e sexto, para decrescer, rapidamente, no dos sétimo, oitavo, nono e décimo, aonde atinge a cifra da primeira infância. É inferior de 10% para os anos que vão do décimo primeiro ao décimo sexto, continua a diminuir, para se tornar pouco variável dos 17 aos 27 e segue caindo, continuamente, dos 30 aos 50 anos; mais tarde, as coxalgias são verdadeiras raridades".

No livro "Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire", de Etienne Sorrel e Mme. Sorrel-Dejerine, edição de

1932, é estudada a época do aparecimento da coxalgia em 933 casos, que figuram entre os dez mil casos de tuberculose óssea e ósteo-articular ali citados, distribuídos da seguinte forma:

764 vezes antes dos 15 anos
76 vezes entre os 15 e 20 anos
50 vezes entre os 20 e 30 anos
28 vezes entre os 30 e 40 anos
11 vezes entre os 40 e 50 anos
4 vezes depois dos 50 anos
Idade extrema do aparecimento — 53 anos.

Na estatística desses autores a maior frequência do aparecimento foi entre 3 e 6 anos, com predominância absoluta sobre as demais idades.

Nas observações da enfermaria de Cirurgia Infantil do Professor Nogueira Flores, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 26 casos verificados entre 1930 e 1939, nos quais nos foi possível colher dados seguros a respeito do início da moléstia, encontramos:

De 0 a 1 ano — 2 casos
De 1 a 2 anos — 2 casos
De 2 a 3 anos — 5 casos
De 3 a 4 anos — 3 casos
De 4 a 5 anos — 3 casos
De 5 a 6 anos — 2 casos
De 6 a 7 anos — 2 casos
De 7 a 8 anos — 6 casos
De 10 a 11 anos — 1 caso

Há franca predominância para as idades de 2 a 3 e de 7 a 8 anos.

Particularmente, encontramos dos 4 aos 6 anos a idade mais comum de início da coxalgia, pois que, em nossos 14 casos pessoais, tivemos:

Dos 3 aos 4 anos	— 1 caso
Dos 4 aos 5 anos	— 4 casos
Dos 5 aos 6 anos	— 4 casos
Dos 6 aos 7 anos	— 1 caso
Dos 9 aos 10 anos	— 1 caso
Dos 14 aos 15 anos	— 1 caso
Ignorado	— 2 casos

Observou-se quase a mesma frequência em ambos os sexos. As colxalgias direitas seriam as mais comuns (de 53,3% a 75%).

Nos casos do Professor Nogueira Flores, de 1930 a 1939, achamos 20 coxalgias direitas e 14 esquerdas, isto é, 55,5% de predominância à direita.

Em nossos casos, tivemos oito direitas e seis esquerdas, isto é, 57,1% de predominância à direita.

A coxalgia bi-lateral é bastante rara e apareceria, para os autores estrangeiros, em 1,6% dos casos. No serviço do Professor Nogueira Flores, até agora, só constatarem um caso de coxalgia dupla.

César Sartori, com largo tirocínio profissional no Brasil e na Itália, acha que a coxalgia é muito mais comum lá do que aqui. Barbosa Viana é da mesma opinião, com relação à Europa.

No Hospital de Caridade de Florianópolis, onde trabalhamos durante dois anos e que atende, com seus 300 leitos, a uma população de cerca de 100.000 habitantes, só vimos três casos de coxalgia. O pavilhão de tuberculose pulmonar está sempre superlotado. As cifras brasileiras de tuberculose pulmonar são impressionantes e as de tuberculose óssea e ósteo-articular, com relação àquelas, quanto sabemos, parecem mínimas. Não será o meio físico grandemente responsável por tal fato? O sol tropical, prevenindo o raquitismo, não diminuirá a possibilidade do aparecimento de pontos ósseos de menor resistência?

De 1930 a 1939 observamos quatorze casos de coxalgia, numa série de mais de três mil doentes atendidos. De 1920 a 1923 (exclusive) no serviço de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica da Santa Casa de Pôrto Alegre, de 1.617 casos fichados, 9 apenas foram de coxalgia, ou seja uma porcentagem de 0,55%.

É interessante observar-se a oscilação do número de casos anuais da moléstia na mesma clínica: 1930 — 1 caso; 1931 — 5 casos; 1932 — 8 casos; 1933 — 3 casos; 1934 — 2 casos; 1935 — 9 casos; 1936 — 1 caso; 1937 — 3 casos; 1938 — 2 casos; 1939 (até maio) — 1 caso. Na nossa estatística a distribuição anual foi a seguinte: 1931 — 2 casos; 1932 — 1 caso; 1933 — 2 casos; 1934 — 0 caso; 1935 — 3 casos; 1936 — 1 caso; 1937 — 2 casos; 1938 — 2 casos; 1939 (até maio) — 1 caso. Fatores de tôda sorte influem nas estatísticas de tal gênero, não permitindo deduções de comprovado valor científico. Autores europeus, Johansson, por exemplo, acham que, nas estatísticas, existem muitas lacunas, por ter sido o diagnóstico de coxalgia feito, pelo menos na Europa, sem o devido cuidado e nelas incluídos muitos casos de outras afecções, catalogados e tratados como coxites específicas. Hibbs e Smith, em 208 casos tratados por tuberculose óssea, encontraram 44 erros de diagnóstico. Sundt, em um sanatório marítimo, verificou 43% de casos que, absolutamente, não eram de coxalgia e estavam sendo medicados como tais.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Tuberculizado o organismo, após o franqueamento das barreiras ganglionares, teremos, geralmente, no pulmão, o "cancro de inoculação", que, ou evoluirá para uma tuberculose pulmonar franca, ou ficará enquistado.

É interessante que, bastante raramente, os tuberculosos pulmonares sofram de tuberculose ósteo-articular. A porcentagem observada da concomitância de ambas as localizações é muito pequena. Não há dúvida que quase sempre se encontram, em doentes de tuberculose ósteo-articular, formas regressivas de tuberculose pulmonar. O que é raro é tuberculose pulmonar evolutiva e tuberculose óssea. Parece que a tuberculose óssea, de certa maneira, age como fixação do processo.

Observando diversos casos de tuberculose pulmonar em mesmas famílias, chega-se à conclusão que as formas, que vão aparecendo, têm tendência a se tornar, cada vez mais, benignas. O primeiro caso, geralmente, é agudíssimo, rapidamente mortal, e os que se seguem têm, ao contrário, aspecto muito menos grave. Não há dúvida que a vacinação familiar seria aí fator predominante. Da mesma forma, a auto-vacinação no caso das localizações ósteo-articulares.

As formas extra-pulmonares da tuberculose têm sua origem em um foco visceral, geralmente o próprio parênquima pulmonar, e vão se localizar, por via hematogena, num ponto de resistência diminuída. Chegado o bacilo, por via sanguínea, à medula óssea ou aos locais mais vascularizados, as epífises, provoca a irritação. Te-

mos a primeira fase, aguda, de congestão e edema. Congestão, igual a vaso-dilatação, lentidão da corrente sanguínea nos capilares, diapedese. Edema, igual a modificação do câmbio osmótico do plasma intersticial. Esta fase aguda, fase de incêndio, é o foco "estrangulado" de Robertson Lavalle, o foco hiperêmico tuberculoso, o foco ativo de evolução de Ombredanne, a zona vinhosa de Tavignot. Depois desta fase é que se vai desenvolvendo a defesa orgânica, a alergia. Se a moléstia vence, é a substância caseosa que domina. Se o organismo se defende, é o tecido conjuntivo que aumenta. Teremos, então: caseificação igual ao tecido conjuntivo, foco de granulação; tecido conjuntivo predominando, foco fibroso; caseificação predominando, caverna óssea. Em casos graves de anergia, surgirá a osteíte caseosa primária.

Nas formas hematógenas, o bacilo pode implantar-se quer na medula óssea, quer no periósteo. Daí termos:

- a) periostite tuberculosa;
- b) osteíte tuberculosa.

Periostite tuberculosa — Rara como implantação hematógena primária, é importante nos casos de tuberculose dos ossos do crânio e das costelas.

Osteíte tuberculosa — Duas formas: granulosa e caseosa.

FORMA GRANULOSA — Tipicamente, representa o foco de granulação, o folículo de Koester. Tubérculos, células gigantes, caseificação central, aparecimento de tecido conjuntivo fibrilar e reabsorção lacunar das trabéculas ósseas. Estes focos apresentam grandes variações morfológicas que dependem, exclusivamente, do grau de reação do tecido conjuntivo. Variam do foco fibroso à caverna óssea. O foco fibroso será o tipo latente que, em circunstâncias especiais, poderá evo-

luir para uma tuberculose caseosa. A caverna óssea representará o final da evolução de um foco fibroso que se caseificou.

FORMA CASEOSA — É a que começa, primitivamente, caseosa. As trabéculas ósseas conservam sua forma, nelas não existe núcleo algum celular, e se encontram no meio da substância caseosa. São, absolutamente, circunscritos os focos. Os focos caseosos difusos são o resultado da caseificação secundária e não da primária. Enchem, geralmente, uma cavidade óssea e podem se eliminar como sequestros.

Dividiremos, por último, a tuberculose ósteo-articular em primária e secundária.

Primária, implantação do bacilo em uma sinovial; **secundária**, propagada de um foco ósseo.

Sempre se admitiu que a tuberculose articular fôsse secundária, mas, os trabalhos de Smith, que dissecou milhares de peças anatômicas, provaram que existem tantas formas primárias, quanto secundárias.

Forma sinovial primária — A implantação do bacilo dará uma reação exsudativa que poderá ser:

- 1) serosa
- 2) sero-fibrinosa
- 3) fibrinosa-purulenta
- 4) caseosa-purulenta.

Duas formas:

- 1) granulosa, fungosa, invasão dos fundos de saco.
- 2) caseosa, necrose rápida da cartilagem de conjugação.

Quanto ao comêço, as formas sinoviais primárias podem ser cotilóides e femurais.

Forma secundária — Comêço ósseo, foco geralmente próximo da articulação, juxta articular, seguindo a linha de inserção da cápsula.

As formas para-articulares dão nascimento às chamadas para-coxalgias. (Fig. 1).

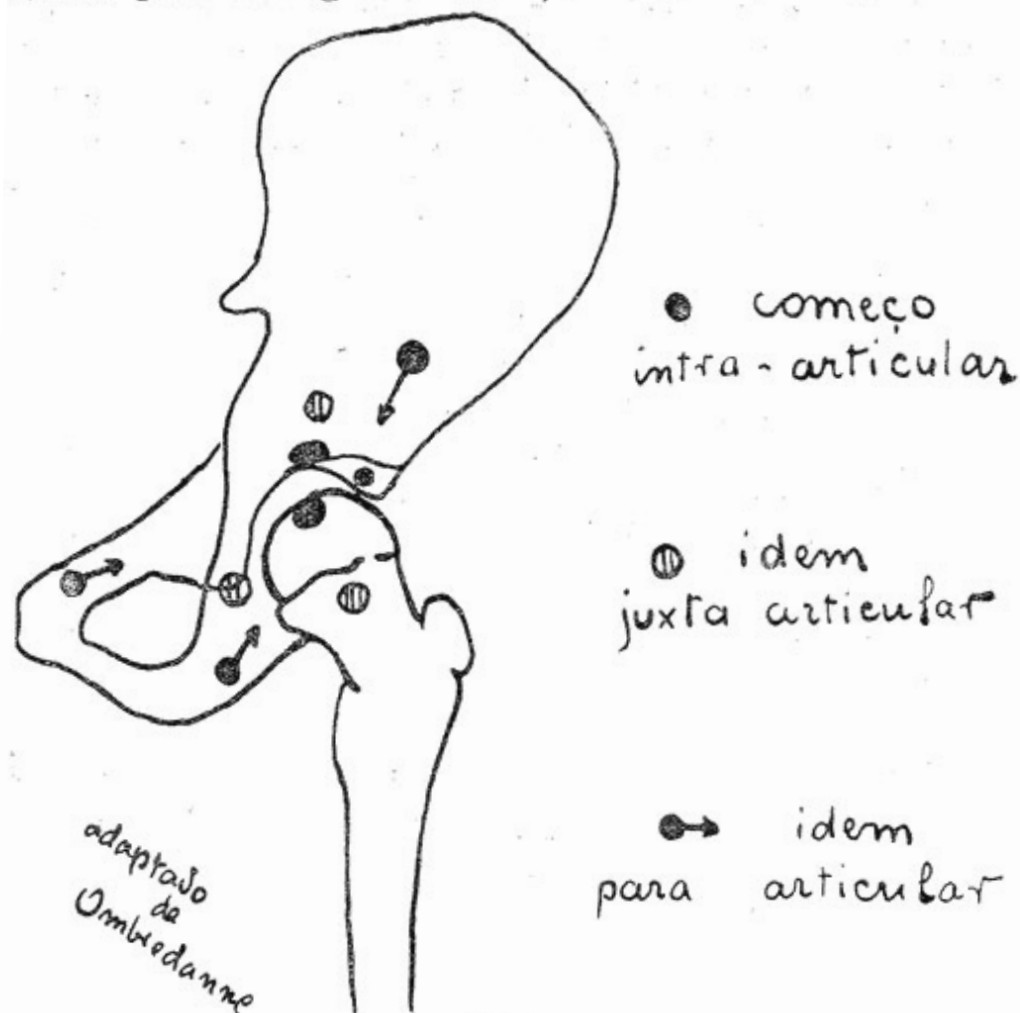


Fig. 1

Segundo Fujiki, na coxalgia, as formas sinoviais primárias seriam mais frequentes na criança e as ósseas primárias no adulto. Para Kremer e Wiese predominariam, no total, as formas ósseas primárias e, entre essas, os focos caseosos do colo do fêmur.

Implantada a tuberculose na articulação coxo-femural, no caso de sinovite caseosa, teremos o derrame

intra-articular. Esse derrame ficará sob forte pressão, à medida que aumenta, dada a pouca expansibilidade desta articulação e então, ao se romper um dos pontos fracos — 4 segundo Braun — o pus invadirá os músculos vizinhos, formando abscessos, fistulando-se secundariamente. Abscessos aparecem, aproximadamente, na metade das tuberculoses do quadril. Em ordem decrescente de frequência, surgem na face anterior, face lateral, região dos adutores, região glútea e, muito raramente, noutros lugares. Surgem, quase sempre, dois anos depois do comêço da moléstia e metade dêles se fistulam. As fístulas mais comuns são ao nível do músculo obturador externo e do tendão do psôas ilíaco. A perfuração da cavidade cotilóide é comum.

A atrofia óssea estender-se-á aos ossos da bacia e da coxa dando a pelve chamada coxálgica. As luxações, relativamente comuns, serão: intra e extracotilóides, recentes e tardias.

A idade é fator importante no prognóstico, que se agrava, progressivamente, dos 3 anos para trás e dos 15 anos em diante.

Muito se tem discutido o fator traumatismo na coxalgia. Os autores não chegaram ainda a um acôrdo sôbre o assunto. Não se comprovou ainda caso nenhum de tuberculose óssea provocada por um traumatismo.

SINTOMATOLOGIA

Teremos que examinar a sintomatologia na criança e no adulto.

Coxalgia na criança — O começo é longo e mascarado. A dôr e a claudicação são os sinais que chamam primeiro a atenção. É a criança que manqueja, cansa-se facilmente, sente dôr, quer ao nível do quadril, quer, principalmente, ao nível do joelho, na face interna. Não está explicado convenientemente porque a lesão coxálgica tão comumente aparece com dôr na articulação do joelho, dôr esta que não pode ser provocada pela palpação.

Entre os sinais dêste primeiro período teremos, ao fazer caminhar o doente, o som mais pronunciado da pisada do lado são, enquanto que o pé do lado doente mal se apoia no assoalho. É o sinal do "maquignon" de Marjolin, sinal do comprador de cavalos que, ouvindo-os marchar, despista, pelo ruído das batidas das patas, o menor manquejamento.

Coloquemos o doente em pé, nu, na nossa frente. Ele apoiará o pêso do corpo sôbre o membro são. O membro doente se flexionará ao nível do joelho, enquanto que o pé, em equinismo, se apoiará apenas pela sua parte anterior. É o sinal do Hospital Trousseau.

Façamos o doente andar e mandemos que páre bruscamente. Ele se apoiará sôbre o lado são, flexionando o corpo para êsse lado. É a prova de Lannelongue.

De noite, às vezes, o doente soltará, no meio do sono, um grito. É o grito noturno de Ménard.

À palpação, acima da arcada, no trajeto dos vasos femurais, poderemos despertar a dôr e encontrar gânglios bem nítidos. É o sinal de Cooper.

Lannelongue insiste sôbre a frequência da dôr, à pressão, na face interna da coxa, imediatamente abaixo do ramo ísquio-pubiano.

A pesquisa dos movimentos é importante. A limitação da hiperextensão com a criança deitada sôbre o ventre é dos sinais mais precoces. A abdução também se limita bem cedo. A flexão, embora mais tardiamente atingida, será menos completa que do lado sã e dolorosa quando forçada.

O sinal de Verneuil pode ser, às vezes, constatado no comêço da moléstia, pela limitação da abdução e da rotação para fora.

A atrofia da coxa, no comêço, difficilmente é notada, mas, o quadriceps é mais saliente e a prega glútea, do lado doente, se acha apagada.

Para constatar as deficiências da capacidade de flexão combinada à abdução e à rotação externa, aconselha Young mandar o doente levar o pé do lado sã à virilha do lado doente. A figura n.º 2 mostrará, melhor do que qualquer descrição, a manobra de Young no sã e no doente.

Esse primeiro período, que dura, em média, 6 meses, será caracterizado pela **claudicação intermitente**, pois que a moléstia se apresenta com verdadeiras crises coxálgicas.

Raramente, veremos o doente neste período, pois os pais acham muitas vezes que a claudicação intermitente é simulação, manha da criança.

Muito cuidado em interpretar tais casos! Os Raios X geralmente não mostram nada.

Afirmar a coxalgia redunda em tratamento longo e penoso. Negá-la, poderá levar a contemporizações irreparáveis.

A observação repetida e os exames multiplicados por longo tempo é que poderão conduzir a diagnóstico acertado.

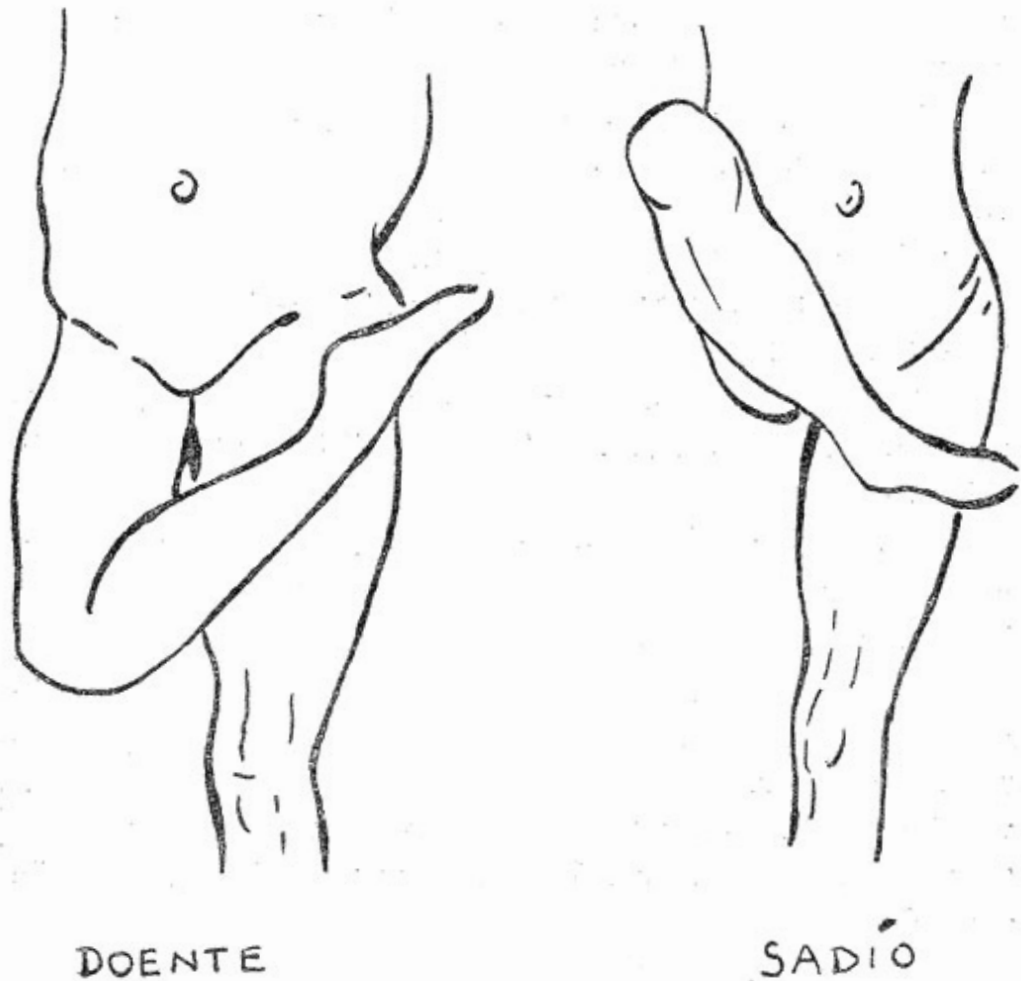


Fig. 2

Mais difícil ainda se torna o diagnóstico quando o doente é uma criança de poucos meses e, então, manda Ombredanne:

“...levantemo-la, segurando-a pelas axilas: a criança grita, agita os braços, flexiona energicamente o membro inferior são, mas, conserva estendido o mem-

bro cuja região coxo-femural é dolorosa; é a única conclusão que se pode tirar de tal sintoma”.

O mesmo autor insiste, neste primeiro período, sobre a tríade de Calvé:

1.º — **Empastamento ao nível do colo femural**, constatado pelo pinçamento, entre dois dedos, do colo femural.

2.º — **Adenite ilíaca**, acima da arcada de Fallope, ao longo da artéria ilíaca externa.

3.º — **Hipotonia dos glúteos**, abaixamento e apagamento da prega glútea do lado doente e diminuição da tonicidade muscular.

Geralmente, encontraremos a tríade completa um ano ou dois após o comêço da doença.

É raro vermos o doente neste primeiro período e o encontraremos, então, no segundo, o **período das atitudes viciosas**.

Período das atitudes viciosas — Dificilmente, a criança caminha e, se o faz, é com grande dificuldade, claudicando fortemente e sentindo muita dôr. Deitada sobre a mesa de exame, colocadas num mesmo plano as espinhas ilíacas ântero-superiores, teremos a clássica primeira posição do membro doente

flexão + abdução + rotação externa da coxa.

Esta posição clássica do membro doente é condicionada pela lei de Bonnet: “Uma articulação distendida por um derrame toma uma posição dita da capacidade máxima da junta e, em consequência, impõe às atitudes uma direção obrigatória”.

A tríade de Calvé aparece com a intensidade máxima. Provoca-se a dôr à pressão em todo o contôrno articular e é então que a percussão também é dolorosa.

O toque retal, ao nível do cótilo, desperta agudo sofrimento. É o sinal de Cazin.

As compensações mascaram as atitudes viciosas e precisamos de manobras especiais para as despistar.

O coxálgico deitado tem os dois membros na sua totalidade apoiados na mesa de exames. Passemos o punho debaixo da região lombar e ei-la fortemente encurvada em lordose. Elevemos o joelho são e, à medida que flexionarmos a coxa, a concavidade lombar diminuirá até desaparecer. Desaparecida, mostrará o verdadeiro grau de flexão. O ângulo de flexão da coxa nas figuras ns. 3 e 4 em nenhuma das posições se modificou e, sim, se compensou pela lordose. É a manobra de Thomas.

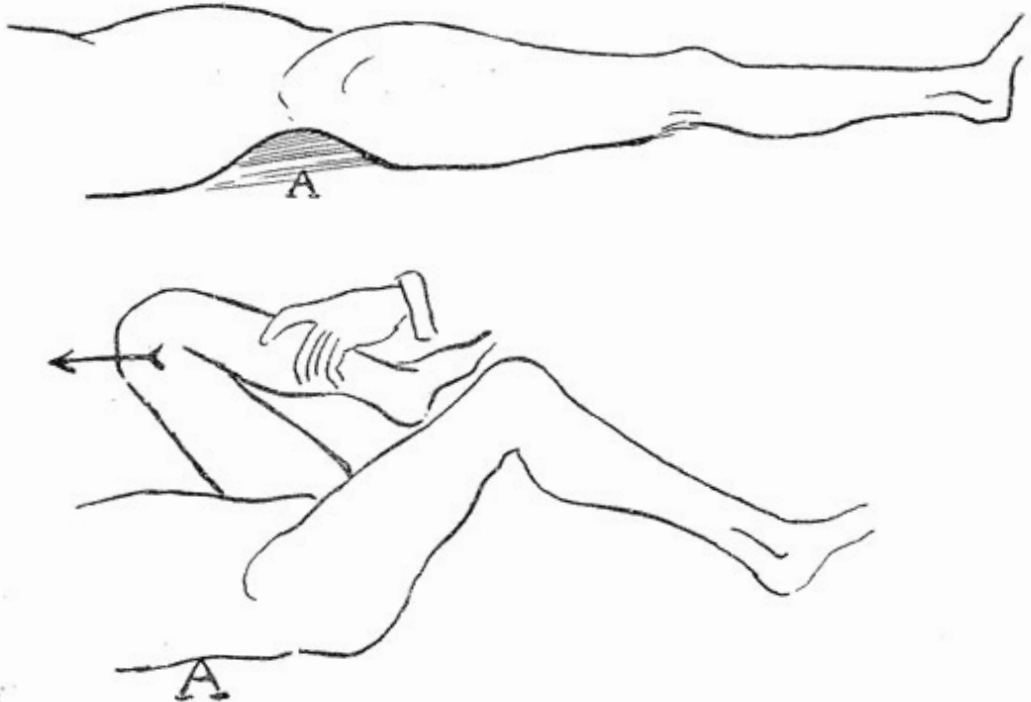


Fig. 3

A passagem do punho debaixo da região lombar, aumentando a lordose à medida que o membro inferior doente se estica, é a manobra de Gilbert.

A compensação da abdução se faz pelo abaixamento

da espinha ilíaca ântero-superior do lado doente e alongamento aparente do membro inferior dêsse lado. Forçando a abdução, as espinhas ilíacas ficarão no mesmo nível e a compensação será desfeita. A coluna lombar, na primeira atitude, compensa o desvio com uma escoliose convexa para o lado doente. A rotação externa

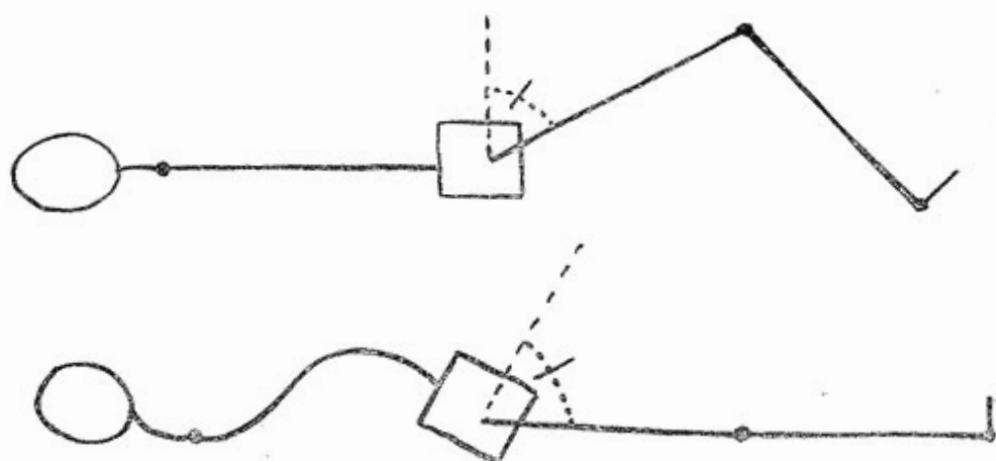


Fig. 4

é compensada por um avançamento da espinha ilíaca ântero-superior do lado doente.

Neste período, os sinais são nítidos: pele fina, lisa e brilhante, circulação colateral esboçada, gânglios formando empastamento, temperatura local aumentada.

Complicações podem surgir então. A temperatura geral aumenta. A dôr, que cederá com a imobilização, recrudesce. É o grito noturno de Ménard que surge. É o abcesso frio que está se formando e que, em metade dos casos, se fistula, conforme tratamos no capítulo de Anatomia Patológica. É a passagem para o terceiro período.

O terceiro período é o da **supuração** e das **luxações**. Formam-se abcessos frios que dão origem a fístulas na

região crural, glútea ou obturadora. É o período final que os pacientes arrastam por lustros.

Dá-se, então, a inversão do membro. Da

flexão + abdução + rotação externa
passa para

flexão + adução + rotação interna.

E teremos as compensações desta mudança: lordose lombar, levantamento e projeção para trás da espinha ilíaca ântero-superior.

As luxações podem ser precoces e tardias.

As precoces causadas pela contração muscular brusca, provocadas geralmente pela dôr após traumatismo ligeiro, são facilitadas pela hidrartrose e pelas fungosidades que enchem a articulação. Às vezes elas assinalam coxalgias até então desconhecidas. Podem ser reduzidas, mas, muitas vezes, a redução faz evoluir gravemente a moléstia.

A luxação tardia é o resultado da destruição da cabeça do fêmur e do cótilo. Pode apresentar tôdas as variedades. Aí encontraremos os sinais clássicos da propedêutica para mostrar os desvios do trocânter: o triângulo de Bryant, a linha de Roser-Nelaton e a de Shoemaker.

O triângulo de Bryant (fig. 5) é traçado estando o doente em decúbito dorsal sôbre uma mesa bem horizontal. Formam-no a vertical que passa pela espinha ilíaca ântero-superior, a horizontal que toca o bordo superior do trocânter e a linha que une êsse bordo à espinha. No indivíduo normal, o triângulo é igual em ambos os lados do corpo e isóceles. No doente, é escaleno, quando o trocânter está desviado para cima.

A linha de Roser-Nelaton exige, para seu traçado, certo grau de flexão. Doente em decúbito lateral. Linha

unindo a tuberosidade isquiática à espinha íliaca ântero-superior. Na posição normal, o trocânter deve estar ao nível dessa linha ou, no máximo, ultrapassá-la de 1 cm. (fig. 5).

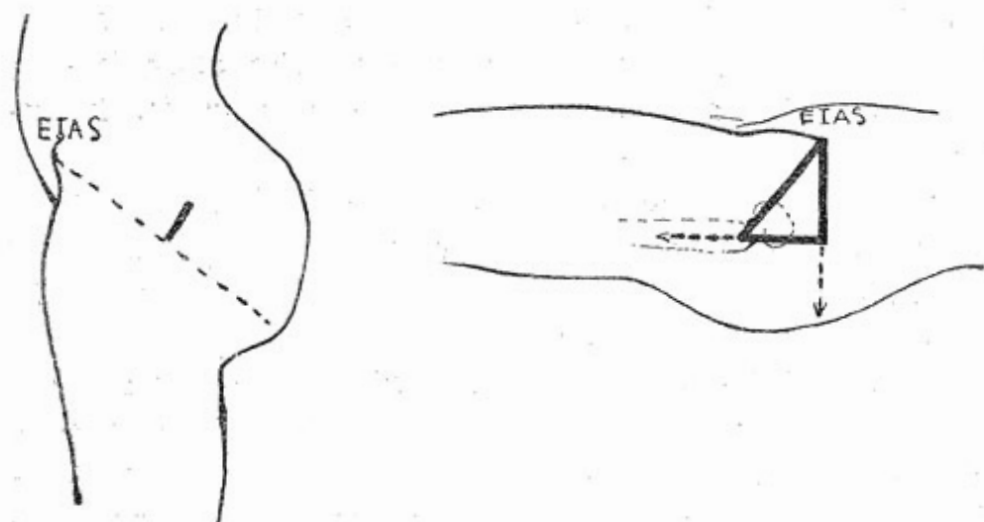


Fig. 5

Linha de Shoemaker. Traçada do bordo superior do grande trocânter, passando pela espinha íliaca ântero-superior e se prolongando sôbre a parede superior do abdômen. Nas pessoas normais cruza a linha branca ao nível ou acima da cicatriz umbilical.

Com êsses dados poderemos chegar ao diagnóstico clínico da coxalgia.

Coxalgia no adulto — A coxalgia no adulto não evolue esquematicamente como na criança. Muitas vezes pode ser o acordar de uma coxalgia da infância. A diferença máxima é a da evolução: a da criança tem tendência franca para a cura na maioria dos casos; a do adulto, ao contrário, rarissimamente se cura com os meios conservadores.

Temos um caso interessantíssimo, por ser excepcional. Chegou-nos à Enfermaria de Tuberculose do Pa-

vilhão Josefina Boiteux, do Hospital de Caridade de Florianópolis, mulher magríssima, carregada em maca. Cinco fístulas na região coxo-femural gritavam por uma coxalgia que os Raios X comprovaram. Idade: 26 anos. Estado geral lastimável. Temperatura oscilando entre 37 e 39 graus. Pulmões, radiologicamente, com sinais de fibrose. Fôra recolhida de um rancho onde jazera, subalimentada, por longo tempo. Pouco sabia informar de seu passado patológico.

Tratamento tônico. Boa alimentação. Extensão contínua. Helioterapia. E o resultado foi a cura por anquilose cerrada, em um ano e meio. Engordou 22 quilos. Nunca mais a vimos.

Quanto à **terminação** da coxalgia, várias são as possibilidades: morte por generalização tuberculosa ou evolução pulmonar, morte por fenômenos sépticos, permanência, por toda a vida, das supurações, cura por anquilose mais ou menos fixa.

Ombredanne dá 12 a 15 por cento de mortes nas coxalgias infantís não supuradas.

Raios X — Os Raios X virão auxiliar a comprovar o diagnóstico clínico. No começo, infelizmente, quase nada êles mostram. Daí, a necessidade de, nos casos suspeitos, serem repetidas as chapas para comparação. Schinz-Baensch-Friedl escrevem: "... uma tuberculose óssea local em evolução não proporciona, em geral, resultados radiológicos positivos convincentes até que hajam transcorrido três ou mais meses".

A sintomatologia radiológica compreende:

1 — **Manifestações ósseas focais.** Formação de cavidades, fina esclerose perifocal, aumento da densidade cálcica, sequestros, massa caseosa calcificada.

2 — **Atrofia secundária dos ossos.** É rara a atrofia aguda. É comum a atrofia secundária e principal-

mente a atrofia hipertrófica, que seria: osso, em conjunto, atrofico, com as trabéculas e as neoformações mais grossas que normalmente. É o que, geralmente, se chama descalcificação.

3 — Alterações da fenda articular e de suas características radiológicas. Pode evoluir muito tempo uma tuberculose ósteo-articular sem sinal radiológico algum. A diminuição da fenda articular é patognomônica na coxalgia. O pinçamento articular é um dos primeiros sintomas radiologicamente visíveis. As estampas em forma de môsca, com diminuição da largura das epífises, aparecem na invasão do osso, ao nível das pregas de reflexão da cápsula articular.

4 — Alterações das partes brandas. Engrossamento da cápsula articular e, com raios moles, às vezes, engrossamento também do tecido subcutâneo subjacente.

5 — Alterações de forma e de posição. Todos os graus de deformidades são encontrados. O diagnóstico será, então, dificilmente confundido.

Em síntese, poderemos resumir os sinais radiológicos em: diminuição da fenda articular, cáries denteadas e atrofia óssea.

PESQUISAS DE LABORATÓRIO — Recorramos, por último, ao laboratório. E de todos os métodos, índice de Vélez, hemossedimentação, etc., os que têm valor específico são a cultura e a inoculação em cobaia, do material de punção. Evidenciado o bacilo de Koch, por qualquer um desses meios, o diagnóstico não deixa mais dúvida alguma.

A hemossedimentação não é específica e dá indicações gerais. A cutirreação com a tuberculina, só nas crianças de tenra idade, isoladas de ambiente tuberculoso, é que indicará alguma cousa. A cutirreação nega-

tiva só terá algum valor quando controlada por verificações repetidas.

Wiese comprovou em sua clínica o interessante quadro premiliar de Langer: acentuado desvio nuclear, leucopenia e diminuição da velocidade de sedimentação. Éle, no entanto, em muitos casos, viu falhar êsse quadro, mantendo-se apenas o desvio nuclear.

A biopsia, raramente feita, dará, como é óbvio afirmar, dados de certeza.

Na clínica de Robertson Lavallo, cultivaram e inocularam o sangue dos focos hiperêmicos e encontraram, em 25 coxalgias, 22 resultados positivos para o bacilo de Koch. Essas interessantes pesquisas vêm sendo feitas pela dra. Tessieri e consistem em examinar o sangue citratado das seguintes formas:

- 1.º — Esfregação direto — Coloração Schulte-Tigges. O bacilo se vê difficilmente.
- 2.º — Homogeneização pelo método de Courmisson.
Esfregação grosso.
Coloração Schulte-Tigges.
Demonstra-se a existência de:
bacilos de Koch do tipo monoliforme curto;
corpúsculos de resistência;
cocos ácido-resistentes.
- 3.º — Inoculação intraperitoneal na cobaia.
Autópsia depois de um mês, revelando:
peritonites foliculares, hepatites, adenites;
bacilo de Koch nos tecidos.
- 4.º — Cultivo em meio de Petroff ou Petragani.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Com a porcentagem de erros das estatísticas, acurada atenção merece o diagnóstico diferencial.

Doença de Brodie — A doença de Brodie ou coxalgia histérica, simulação muito frequentemente embaraçosa para o clínico, em comêço, pode ser de difícil diagnóstico. A sua teatralidade é que chama a atenção. O doente acusa dôr intensa na articulação, à palpação, ao menor movimento e, mesmo, o simples pinçamento cutâneo desperta grande sofrimento. A hiperestesia cutânea é notável. As atitudes viciosas mais variadas imediatamente se instalam. Poderemos encontrar, estudando o ambiente, caso de coxalgia que impressionasse o doente ou comentários que êle tivesse ouvido. A evolução, se o diagnóstico não foi precisado, indicará o caminho certo.

Osteomielite juxta-epifisária do fêmur (Excluídas a sifilítica e a tuberculosa). Comêço agudo, febril, atacando rapidamente o estado geral. Reações locais precoces. Dôr viva, atroz, bem localizada. As formas crônicas são de diferenciação difícil e facilmente confundíveis com a coxalgia. Os Raios X, geralmente, são decisivos. As imagens da osteomielite, comumente, são ricas em detalhes patológicos desde o início, tão ricas que podem simular as do sarcoma ósseo. A zona "flou" de reação focal as caracteriza.

Enfermidade de Perthes da cadeira — Sinonímia: osteocondrite deformante juvenil da cadeira. Doença de Legg-Perthes-Calve. Coxa plana. Osteocondrite deformante infantil da epífise superior do fêmur. Trofopatia ósteo-condral da cadeira.

Idade: geralmente dos 6 aos 14 anos.

Sexo: mais frequente nas meninas.

Etiologia: desconhecida.

Dôr: menos intensa do que na coxalgia e regredindo mais rapidamente com o repouso. Falta do grito noturno.

Adenopatias: raras.

Evolução: lenta e sem agravação notória.

Em fase mais adiantada, a radiografia é decisiva. Na coxalgia: descalcificação, redução da fenda articular, processos destrutivos sem fragmentação da cabeça do fêmur. Na enfermidade de Perthes: aumento da luz articular, colo em pele de leopardo, fragmentação e achatamento da cabeça, denteaduras do cótilo, isquium varum, a cartilagem não é atacada (fig. 6).

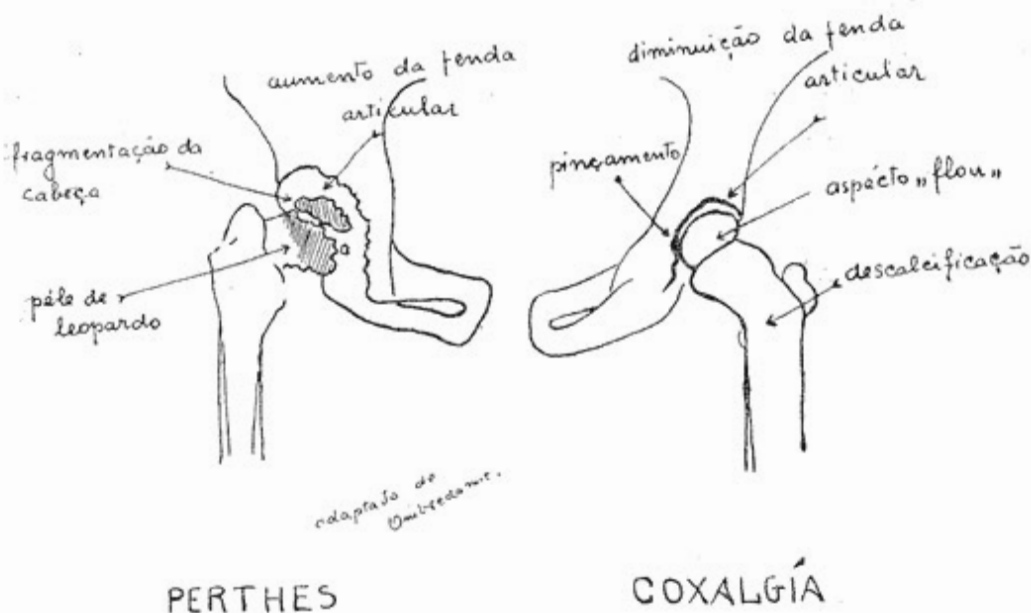


Fig. 6

Abcesso por congestão do mal de Pott — A distensão do psôas por um abcesso ossifluente pode dar, além do empastamento da região coxo-femural, abdução e rotação externa. O aumento da flexão não provocando dor alguma falará contra a coxalgia.

Reumatismo — O ataque de diversas articulações ao mesmo tempo, do reumatismo articular agudo, é característico.

O reumatismo consecutivo a doenças infectuosas pode se localizar na articulação coxo-femural. A anamnese despertará logo a atenção para a etiologia.

Blenorragia e sífilis — Os exames de laboratório estarão na primeira linha. O começo da artrite blenorragica é brusco e agudo. A sífilis pode simular uma coxalgia.

Ósteo-artrose deformante ou artrite deformante — Ataca, geralmente, as pessoas de 50 a 60 anos. O esquema radiológico de Kienbock é muito típico.

Dôres do crescimento — As dores do crescimento aparecem simulando a coxalgia em início e é sempre difícil se chegar logo a uma conclusão. São osteomielites atenuadas, para Ombredanne, bulbitis, fenômenos congestivos determinados pelo crescimento, para Raul Batista. Dores vagas, geralmente, em ambos os membros, sem localização precisa. A evolução, os Raios X, a observação repetida darão o diagnóstico.

Apendicite claudicante — Pode-se confundir apendicite com coxalgia. O professor Nogueira Flores descreve muito bem esse síndrome:

“Além destas formas, há outra forma de **apendicite claudicante**, cuja sintomatologia é de “uma coxalgia direita”. Stern (de Paris), cita uma observação de Ménard, cheia de ensinamentos: trata-se de “uma menina de 12 anos, atacada de “claudicação” por várias semanas e é enviada a Berck-Plage com o diagnóstico de “coxalgia”. Três meses após a sua chegada aí, fez uma crise aguda de apendicite da qual foi operada no 4.º dia, encontrou-se peritonite generalizada, um volumoso apêndice, muito curto e perfurado.

A mãe informou que durante os 4 meses que precederam a ida da criança para Berck, a pequena doente havia tido duas crises de dores no quadril direito, operada curou-se”.

Ouçamos a história de um outro caso por Tédenant: “uma mulher que na infância esteve durante 6 meses na goteira de Bonnet pelo receio de “uma coxalgia”, porque tinha dôres, ao mesmo tempo no baixo ventre, na dobra da virilha e nádega direita.

Depois, não cessou de arrastar uma longa existência de perturbações dispépticas; na idade de 34 anos teve uma crise aguda de apendicite que 3 meses mais tarde Tédenant operou-a.

Conta um caso do Professor Paulino (do Rio) — forma coxálgica e outro caso de Broca — forma meningítica”.

DEGENERACÃO AMILÓIDE

Já falamos, linhas atrás, das possíveis terminações da coxalgia, mas, determinadamente, deixamos para tratar em separado da temível complicação: a degeneração amilóide.

A degeneração amilóide, complicação relativamente rara da coxalgia, ataca, geralmente, os casos fistulados.

Os autores são concordes em achar uma porcentagem inferior a 1% nas coxalgias. A degeneração amilóide tem predileção pelos casos de infecção secundária. Ataca, principalmente, o baço, o fígado, o rim, as suprarrenais e os intestinos.

Não foi encontrada em crianças de tenra idade e o seu aparecimento começa nas crianças já maiores, principalmente na segunda infância.

A cronicidade da supuração é fator fundamental.

Os sintomas são, na maioria dos casos, a hépato, a esplenomegalia e a nefrite.

Westergreen fala do grande aumento da velocidade da hemossedimentação.

Paunz dá grande valor à prova de eliminação do vermelho congo, que estaria aumentada na nefrite amilóide.

Grande importância assume, na coxalgia, porque só é possível curar o processo com uma desarticulação. Embora Rollier tenha afirmado que conseguiu curas com helioterapia, Denk e outros autores não constataram senão melhoras fictícias.

TRATAMENTO DA COXALGIA

O tratamento da coxalgia terá como base o tempo. É um tratamento longo que será contado por anos e não por dias ou meses. Grande é a dificuldade de convencer os doentes e seus parentes da necessidade absoluta de um longo tratamento.

Como em tôdas as moléstias, não existem regras que se possam condensar em fórmulas fixas, mas, a grande diretriz será: a coxalgia da criança tem tendência para a cura em anquilose; a do adulto, não.

Sôbre o assunto, o professor Nogueira Flores termina uma de suas aulas, da seguinte maneira:

“Sorrel, pediatra cirúrgico, bem conhecido, diz o seguinte, em matéria de terapêutica cirúrgica nas tuberculoses ósteo-articulares, em um sugestivo aforismo para codificar o tratamento: **imobilizar nas crianças, ressecar no adulto e amputar no velho.** Não gostamos das fórmulas desta natureza e, por isso, façamos seus ligeiros comentários, embora essas fórmulas firam evidentemente o espírito do auditor ou do leitor, gravando-se facilmente em sua memória, lhes dão um valor de ensino certo, porém, quase sempre excedem ao próprio pensamento do autor. Sabemos que elas não resistem muito aos fatos clínicos em sua extrema variedade e acreditamos mesmo que êsse autor reconheça o seu exagero. Está, porém, precisamente nisto o perigo dos aforismos terapêuticos, que, se aqueles que os emitem não lhes atribuem senão um valor relativo, e conhece que na prática têm as suas reservas, outros, menos avisados ou mais sistemáticos, tomam ao pé da letra e os aplicam até às extremas consequências e, às vezes, vão até ao absurdo”.

Quando se fala de tratamento cirúrgico na tuberculose ósteo-articular, há sempre certa reserva por causa dos resultados pouco animadores da época das ressecções.

No fim do século passado, houve um movimento contra a escola de Ollier — verdadeiro campeão da técnica resseccionista — e se caiu no extremo oposto, na abstenção quase que absoluta; a tuberculose chamada cirúrgica se tornou algo em que se não devia tocar. Atualmente, o meio termo é que domina: tratamento conservador, quando possível, cirúrgico, quando indicado.

Esquemáticamente, poderemos dividir o tratamento da coxalgia em:

Tratamento conservador	<ul style="list-style-type: none"> Geral Local 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Alimentação. 2) Clima. Aeração contínua. 3) Helioterapia. Ultra-violeta. 4) Talassoterapia. 5) Roentgenterapia. Ondas ultracurtas. 6) Tratamento medicamentoso. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Tração contínua. 2) Aparelhos gessados. 3) Aparelhos mecânicos.
Tratamento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Conservador 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Artrodese ... 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Intra - articular. 2) Extra - articular. 3) Mixta.
		<ul style="list-style-type: none"> 2) Processo de Robertson-Lavalle. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Mutilante, de exceção..... De correção, após a cura.... 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ressecção. 2) Desarticulação. 3) Cotilectomia. 	
		<ul style="list-style-type: none"> 1) Osteotomias. 2) Encurtamentos ósseos. 3) Alongamentos ósseos. 	

TRATAMENTO CONSERVADOR

Alimentação — As crianças e os adultos deverão ser alimentados segundo as regras da dietética moderna, que não exige mais a superalimentação e sim, a alimentação racional que leve ao organismo o necessário para viver e para se defender da doença. Em palestra com professor carioca de moléstias da nutrição, tivemos ocasião de ouvir a seguinte frase, talvez por demais simplista, mas, que no entretanto, poderá servir de norma para a alimentação dos doentes em boas condições: “Os magros são magros porque, embora comendo bastante, precisam comer mais e os obesos, por pouco que comam, estão comendo demais”.

A dieta de Herrmannsdorfer — mais conhecida por G. H. S., Gerson, Herrmannsdorfer, Sauerbruch — tem sido preconizada como modificadora do terreno nos tuberculosos. Experimentamos essa dieta em 20 casos de tuberculose pulmonar e em dois casos maus de coxalgia. Ela foi feita com o máximo cuidado, preparada por pessoa de nossa família. Seis meses foi seguida exatamente. Nenhum resultado positivo obtivemos. As chapas nada mostraram de melhoras, a hemossedimentação não se modificou, a curva térmica se manteve a mesma. Consiste na restrição absoluta de cloreto de sódio (na forma de sal de cozinha), predominância de vegetais crus, ricos em vitaminas, limitação dos líquidos e, ao mesmo tempo, saturação do organismo com elementos minerais medicamentosos e doses grandes de óleo de fígado de bacalhau. Sauerbruch é entusiasta desta dieta e foi inspirado na diminuição das bactérias das feridas granulates dos indivíduos submetidos a ela, que começou a empregá-la. Na clínica de Munich, serviço do professor Lexer, experimentaram em 200 enfermos e concluíram: “Os resultados são bons em enfermidades ósseas, articulares e das partes moles, desde

que se trate de formas leves ou de gravidade média. Os casos graves, supurados, com infecções mixtas, forte amolecimento e secreção, não respondem à dieta, senão em casos excepcionais". Baumgarten acha que, nas formas exsudativas, a restrição de sal e líquido diminua a exsudação e que nisto está a sua maior indicação.

Clima — Aeração contínua — O clima já teve sua época na cura da tuberculose. Julgavam-no específico. O ar puro do alto mar, isento de poeiras, atraíu para longas travessias em veleiros, tuberculosos que já o haviam experimentado, em vão, nas altas montanhas. Ainda hoje, os sanatórios gozam mais da fama do clima do que da dos médicos que os servem... Vimos, em clima de altitude, um menino com tuberculose ósteo-articular múltipla, em lamentável estado, que para lá chegar, sofreu o transporte por estradas ruins, acomodado em hotel medíocre, esperando a cura que lhe fôra acenada... O clima serve como evasiva para afastamento de casos perdidos ou incômodos... É habitual, nos sanatórios de montanha, mandar o doente morrer mais em baixo, para não desmoralizar o estabelecimento, pretextando-se um vício cardíaco qualquer.

Mas o clima pode agir, favoravelmente, como auxiliar da cura. A montanha excita o metabolismo mas, ao mesmo tempo, é prejudicial para os nervosos. Suas mudanças são bruscas e servem para os doentes robustos, já habituados a variações atmosféricas. O marítimo, menos variável, estaria indicado para os fracos, deprimidos e nervosos.

No Brasil, não temos necessidade de andar à procura da abundância de irradiações ultra-violeta, nosso sol é generoso por todo o país.

A ação climática deriva, no entretanto, da maneira como é aproveitada. O ponto básico é a aeração contínua, dia e noite. Essa vida ao ar livre, aumenta as

defesas. Kremer e Wiese escrevem: “A resistência que se obtém é grande. As chamadas infecções banais podem influir muito desagradavelmente no curso da cura. Quem teve ocasião de observar a diferença na frequência das infecções entre os enfermos submetidos e os não submetidos à intensa cura de ar, se fará defensor indubitável do método”.

A mudança de ambiente age psicologicamente no enfermo, distraíndo-o, aumentando-lhe as esperanças, suggestionando-o. Longas curas, como são as de tuberculose ósteo-articular, têm indicação formal dessas mudanças. A distração apropriada, nas curas de ar e de repouso, é indispensável para quem vai ficar anos, às vezes, imobilizado.

Nos tratados, encontramos sempre a seguinte indicação climática para os tuberculosos ósteo-articulares: “Montanha para os pulmonares, praia para os outros”. Talvez fôsse o hábito antigo de mandar os tísicos para a altitude que tenha traçado êste aforismo. É possível que se tenha querido, com esta frase, afastar para longe do ar confinado dos grandes centros, os doentes. Cura-se tão bem a tuberculose pulmonar na praia, como na montanha e não se pode mais ditar normas com tal sentido.

Helioterapia — A helioterapia é um dos meios terapêuticos auxiliares mais eficazes no tratamento da ósteo-tuberculose. Fator importante da calciopexia e da fotossíntese da vitamina D, o sol agirá como poderoso antirraquítico. Sua ação não foi ainda totalmente esclarecida e é sintetizada por Héllion Póvoa: “Temos a impressão que o ciclo orgânico da vitamina D se processa do seguinte modo: Dois são os tempos da operação biológica: uma fase é cutânea — simples tempo preparatório, talvez mais de natureza física: a provitamina D continuará inativa (vitaminemia); a outra, vis-

ceral, ato bioquímico mais complexo, função de muitas células do organismo, especialmente daquelas ricas em ergosterol, onde a provitamina D, uviirradiada no órgão cutâneo seria, então, transformada em vitamina D, num verdadeiro trabalho glandular". Os raios solares agirão por intermédio de seu espectro ultra-violeta e infra-vermelho. Como vimos, a ação dos raios ultra-violeta é geral, daí não ser necessário abrir janelas nos gessos durante o tratamento helioterápico.

Os efeitos calóricos dos infra-vermelhos — que são anulados pelos gessos que os refletem em quase sua totalidade — podem ser localizados, pintando-se de preto o aparelho no lugar desejado.

O sol será dosado, cuidadosamente, pelas tabelas existentes, já clássicas. Pouco a pouco, se irão apresentando à irradiação segmentos maiores do corpo, observando-se as reações locais e gerais, até que se chegue à helioterapia total. Contra-indicada está nos doentes com mais de 38 graus de temperatura. A tuberculose pulmonar proscreeve, absolutamente, a helioterapia direta. Mas, a cura de ar, em varandas abertas, já por si só é uma helioterapia, indireta, pelo reflexo atenuadíssimo dos raios terapêuticos e à qual todos os doentes podem ser submetidos. A criança, quanto menor, mais sensível é às irradiações solares. A adenopatia tráqueo-brônquica, desde que não se trate de gânglios caseosos, não é contra-indicação. A pigmentação da pele não é proporcional à ação terapêutica.

Usada com cuidado, a helioterapia será uma terapêutica das mais cômodas, das mais baratas e das mais eficazes no tratamento da coxalgia.

A uviirradiação por meio de aparelhos, e os há de todos os modelos, terá indicação muito restrita em nosso clima, embora indispensável nas galerias de cura dos países frios.

Talassoterapia — Vítor Ménard escreve: “O mar imprime às funções respiratórias uma real superatividade... o ar é de uma pureza perfeita, isento de poeiras... É necessário notar ainda o papel ativo do vento e da intensidade da luz. A modificação do estado geral não tem outro ponto de partida, os doentes respiram melhor, readquirem o apetite, a digestão é mais ativa. A influência oxidante resultante da ação simultânea do ar marinho, do vento e da luz, se faz sentir sôbre a epiderme das partes descobertas”.

O Congresso de Tuberculose de Varsóvia, 1934, colocou em primeiro plano a talassoterapia. Trabalhos otimamente documentados a indicam como excelente auxiliar no tratamento das tuberculosas ósteo-articulares.

Roentgenterapia — Cada vez mais está em dia, pela melhora da técnica e da aparelhagem, o tratamento pelos Raios X. Está indicado, na coxalgia, quando não se possa fazer uma helioterapia prolongada, ou quando se queira excitar localmente o foco mórbido.

Contra-indicada está nas formas agudas inflamatórias, nas graves inflamações secundárias, nas formas caseosas e nos focos granulosos e caseosos extra-articulares.

Izelin é contrário à irradiação da articulação coxo-femural. Strohmayer obteve bons resultados nas crianças e outros autores nada viram de promissor.

Fiquemos, pois, em atitude reservada, diante da roentgenterapia na coxite tuberculosa, guardemo-la como meio terapêutico de exceção, a ser experimentado e discutido.

Ondas curtas e ultra-curtas — A “marconiterapia” entrou triunfalmente na terapêutica e é a arma mais moderna que ela possui.

Tivemos ocasião de experimentá-la apenas três ve-

zes na ósteo-artrite tuberculosa e com muito cuidado.

As opiniões são contraditórias e só com material muito vasto se poderá chegar a uma conclusão. Os nossos casos eram agudos, a imobilização em gesso perturbou qualquer dedução quanto ao efeito analgésico ou curativo das ondas curtas e ultra-curtas.

Tratamento medicamentoso — Dos tratamentos medicamentosos, um que teve grande sucesso foi o do óleo iodado e o cálcio de Finikoff. Delbet é um entusiasta do método. A estatística de Finikoff num período de 10 anos, em 150 casos, dá 126 curados, 14 melhorados e 10 sem resultado. Sorrel acha que os resultados favoráveis foram devidos, na sua maioria, a erros de diagnóstico.

Procuramos, de tôdas as maneiras, experimentar êsse método, mas, por mais que pedíssemos às drograrias, não encontramos os preparados. Só ultimamente soubemos que o professor Nogueira Flores prepara as fórmulas em sua enfermaria da Santa Casa e as tem usado com bastante sucesso.

Um dilúvio de preparados existe para o tratamento da tuberculose. Passaremos ligeiramente em revista os mais celebrados.

Difícilmente se encontra um tuberculoso que não tenha usado o ouro. Os sais de ouro, primeiramente endovenosos, depois passaram a ser injetados intramuscularmente. De tôdas as procedências vinham observações copiosas de curas de todos os tipos de tuberculose. Fomos também entusiastas do ouro, como ainda são centenas de colegas. Mas, infelizmente, judiciosamente examinados nossos casos, controlados pelos Raios X e pelo laboratório, de tuberculose pulmonar, cutânea, óssea e ósteo-articular, nada vimos que indicasse uma ação específica da medicação. As contra-indicações avultavam, as idiosincrasias surgiam ao lado da temível

nefrite áurica. E agora começam a surgir as observações dos resultados desoladores da terapêutica áurica, a hepatite áurica tardia, rapidamente mortal. Já há três anos que perdemos de vista os casos antigos que vínhamos seguindo, de tuberculose. A mudança de residência nos obrigou a tanto. Não vimos ainda caso de hepatite áurica tardia e quem sabe quantos de nossos antigos clientes não sucumbiram pela terapêutica que chegou, pela impressão superficial de poucos casos, a nos entusiasmar. Os casos de hepatite áurica foram registados por notável fisiólogo patricio, a quem não pedimos autorização para lhe citar o nome. Chamamos a atenção para o fato, porque raro é o doente, suspeito apenas de tuberculose pulmonar ou ósteo-articular, que não seja submetido a tratamento pelo ouro.

Dentre os medicamentos nacionais, avulta um morruato cúprico coloidal, o Gadusan, que já chegou a passar as nossas fronteiras. Nunca observamos acidente nenhum com êle e, em 1931, já o usávamos em altas doses pela via endovenosa. Excelente auxiliar tônico, tem real valor antitóxico. Notamos sensível melhora da curva térmica e diminuição, embora pequena, da velocidade de sedimentação das hemácias. Quanto a melhoras locais radiológicas, não tivemos prova nenhuma, bastante convincente, de que se tivesse dado por ação do medicamento. Em aplicações locais, nos abscessos frios, resultados idênticos obtivemos com as misturas iodoformadas clássicas e com o óleo de fígado de bacalhau.

Teremos como auxiliares da cura enorme falange de preparados, de vitaminas, de calcificadores, cada qual mais celebrado pelos folhetos que os acompanham.

A vitamina D, o cálcio e a adrenalina, fatalmente, serão receitados nos coxálgicos, para se evitar que, numa possível conferência, um colega chamado não nos julgue sacrílegos.

Não queremos dizer que êsses remédios não tenham a sua indicação, mas, o que pretendemos frisar é o abuso dessa medicação, contemporizando, não raro, o início de um tratamento racional.

Soros, vacinas, tuberculina — Muito “específico” surgiu para o tratamento da tuberculose. Experimentamo-los em dezenas de clientes. Usamos de diversas procedências, quer como tuberculina antiga, quer como antígeno-parcial. Reputamos armas muito perigosas, uns, que devem ser manejados com o máximo cuidado, inócuos e ineficazes outros.

Não vimos resultados que nos animassem a continuar a usá-los.

Friedmann, creador da célebre vacina do mesmo nome, disse a um colega que o procurou em Berlim: — “Eu curo a tuberculose, os outros tratam”. Achamos que basta êsse retrato...

TRATAMENTO CONSERVADOR LOCAL

Há entre as diversas escolas um antagonismo ao se falar em tratamento conservador da tuberculose óssea e ósteo-articular.

Os partidários de articulações mais ou menos móveis são a favor da extensão contínua; os da anquilose se batem pela aparelhagem fixadora, geralmente a gessada.

Achamos desnecessária discussão teórica a respeito e, nos casos de coxalgia, temos a considerar os seguintes fatos básicos:

1.º — A articulação coxo-femural é uma das articulações que está submetida aos maiores esforços e às maiores pressões.

2.º — Não se pode nunca saber se um processo benigno granuloso não poderá se transformar, graças a

traumatismos que, no caso, seriam os movimentos, em processo grave. É sabida, e aceita por todos, a gravidade do acordar de coxalgias por muito tempo parecendo perfeitamente curadas.

3.º — O membro inferior anquilosado em posição correta é perfeitamente compatível com a capacidade de trabalho para a maioria das ocupações.

Glaesner escreve: “Nenhuma outra articulação constitue uma pedra de toque tal como é a articulação do quadril para comprovar o resultado funcional do tratamento de uma tuberculose articular. Não devemos tender a uma função anatômica em uma destas articulações, que, como dizia Lorenz, não são mais que “ruínas de articulação” e sim a um estado em que o enfêrmo possa estar de pé e andar com a perna doente sem dôr e com segurança, sem o perigo de recidiva”.

A base do tratamento da coxalgia é o repouso e pode ser sintetizada em imobilização e descarga.

A extensão contínua, na qual pode ser usada uma cópia enorme de aparelhos e processos, estará, perfeitamente, indicada nos casos agudos ou em comêço, quando o diagnóstico não estiver ainda firmado. Preferimos fazê-la por meio de esparadrapo, corrigindo os desvios com sacos de areia, leito inclinado de 30 cms. — para efeito de contra-extensão — com uma tábua entre o colchão e o estrado da cama. É o mais simples. Nas crianças muito pequenas a melhor é ainda a extensão ao zênite.

Para a imobilização e descarga, que seguirá imediatamente a tração contínua, preferimos os grandes gessados, segundo a técnica de Whitmann, confeccionados geralmente com Cellona.

Os primeiros cinco itens do hexálogo de Calot — citado pelo professor Nogueira Flores — indicarão perfeitamente a maneira de ação:

- 1.º — Diagnóstico precoce.
- 2.º — Tratamento imediato.
- 3.º — Tratamento perseverante.
- 4.º — Fazer gessos precisos.
- 5.º — No tratamento dos desvios tuberculosos, reduzir o traumatismo ao mínimo.

Controlada e prolongada por dois anos e meio a três anos a imobilização, pelos meios ao nosso alcance, auxiliados pelo tratamento geral, teremos com a imobilização e descarga gessada, o máximo de bons resultados.

Isso para as crianças.

No adulto necessitaremos dos processos cirúrgicos que, na maioria dos casos, terão formal indicação.

A vantagem da descarga da articulação em aparelho gessado é que poderemos, passado algum tempo, tirar a contensão articular do joelho, deixando móvel essa articulação, o que facilitará a marcha dos doentes.



Fig. 7

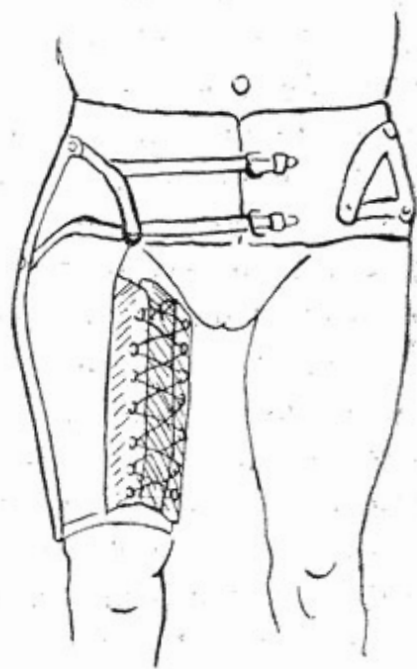


Fig. 8

Mesmo após a cura clínica é conveniente que o doente use por algum tempo uma aparelhagem ortopédica amovível de descarga da articulação. Dos muitos

tipos existentes, preferimos o de Hessing (fig. 7), substituído, depois, por um semelhante ao da figura 8. Essa precaução se torna necessária porque, infelizmente, não possuímos meio nenhum para afirmar que a cura já se processou.

Desde que se possa dar ao membro, ao imobilizá-lo, uma posição, deve-se preferir, naturalmente, a mais cômoda para a ambulação.

A melhor posição será ligeira flexão de 15 a 20° (Smith) e ligeira abdução.

Nos casos de coxalgia dupla temos que nos esforçar para conservar algum movimento em uma das articulações.

Em casos especiais poderemos, à imobilização gessada, adicionar uma extensão contínua. Qualquer método pode ser usado, preferimos a extensão com mola espiral, fixa em um arco metálico, adaptado ao gesso. Na perna, o esparadrapo e a comum tabuinha furada por onde passará o cordão extensor. Limitamos a sua aplicação aos casos em que sintomas dolorosos locais aparecem após a colocação do gesso.

Na nossa estatística é o gesso com a helioterapia que dominam a terapêutica. Aplicamos oito grandes gessos com resultados conhecidos de sete, até agora passando bem, clinicamente.

Pela banalidade de sua sequência comum, não merecem observação em separado. Mas, vejamos a radiografia da fig. 9. É típica de coxalgia. Temos o pinçamento. Temos a imagem esbatida do cótilo, deformado pelo processo e pela anquilose fibrosa. A luxação intracotilóide fixou o membro em ligeira adução. É do quadril esquerdo de uma jovem de 16 anos, branca, que nos procurou há um mês, para aumentarmos os pequenos movimentos de sua articulação emperrada, com uma artroplastia. A hemossedimentação aumentada para 18 e 34 no Westergreen. A reação de Kline para sífilis

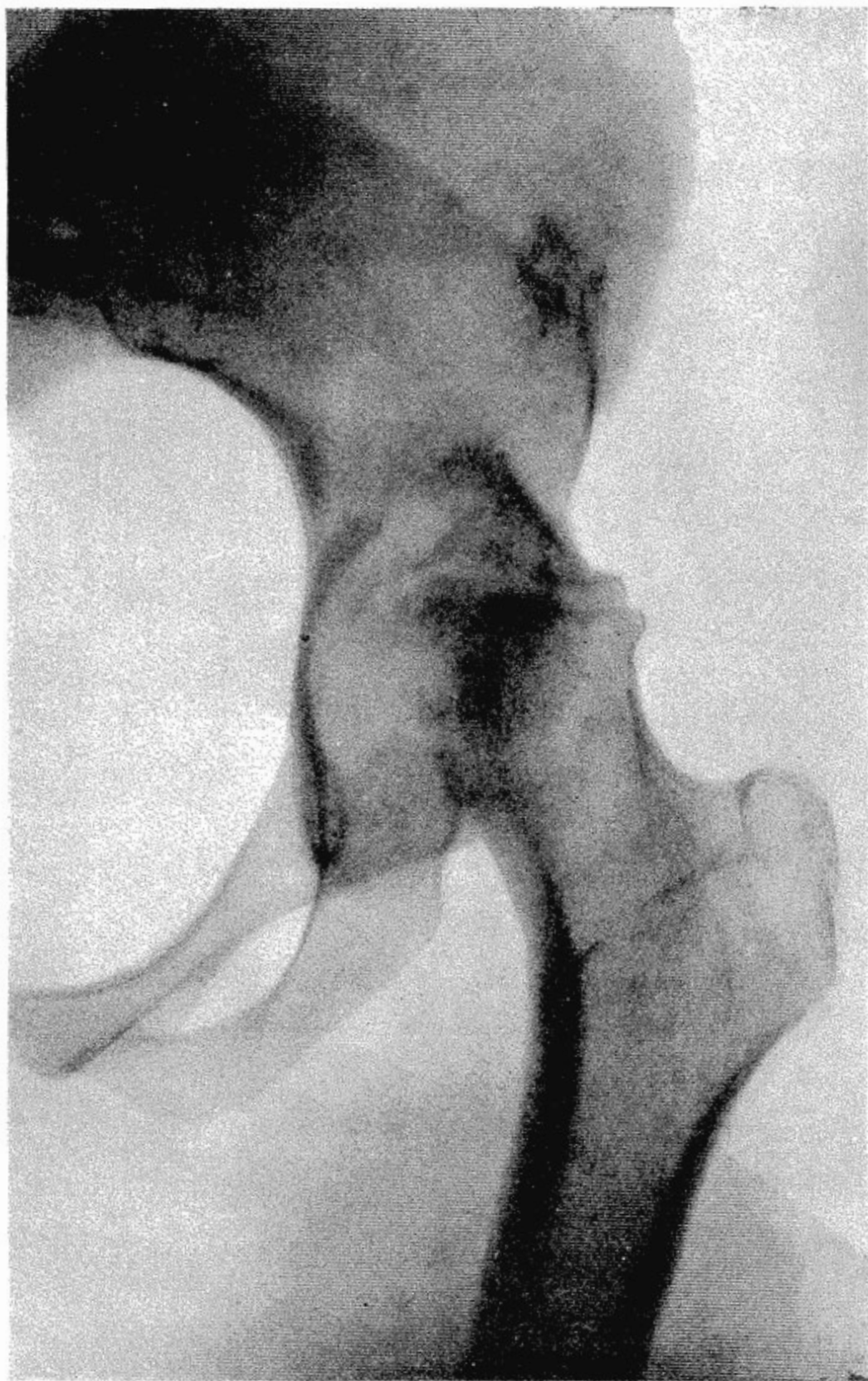


Fig. 9

— que atualmente preferimos ao Wassermann — negativa. Temperatura sub-febril vespéral. Dôres ao nível da articulação coxo-femural. O passado tuberculoso dos pais. Foco de Asmann calcificado na região infra-clavicular direita. Não há dúvida de que se tratava de uma coxalgia benigna mas com sinais ainda de evolução.

A doença surgiu aos 5 anos. Foi diagnosticada tuberculose e tratada com eletricidade (sic). Logo que pôde, mandaram-na andar para que não ficasse dura a articulação. O processo era benigno, a natureza venceu e a anquilose conjuntiva surgiu. Não ficou, porém, satisfeita e quis por força que mobilizássemos esta articulação que lhe tirava a correção do andar e que doía. Indicamos uma artrodese. A doente e os pais se negaram. Explicamos o caso detalhadamente. Está fazendo massagens para ver se consegue mover a perna, abandonando qualquer outro tratamento!

TRATAMENTO DOS ABCESSOS FRIOS E DAS FÍSTULAS

“O abrir uma tuberculose fechada ou deixá-la abrir-se espontaneamente, equivale franquear a entrada para a morte”. Eis o sugestivo aforismo de Calot que nos guiará na prática.

Os abcessos frios coxálgicos que ameacem perfurar devem ser puncionados através do tecido são e, após esvaziamento, nêles injetaremos líquidos modificadores. Usamos, como líquido modificador, tanto as injeções de Gadusan como as fórmulas de Calot. A respeito, transcrevemos interessante tópico do professor Nogueira Flores:

“Continuando a falar êsse ortopédico, (Calot) que particulariza nas tuberculoses cirúrgicas o seu conhecido método de tratamento pelas injeções modificadoras

do óleo de iodo-fórmio-creosotado ou da pasta naftol-guaiacol-iodoformada, cujos medicamentos, quiçá, seriam de difícil lembrança em retê-los, assim, si quizerdes usar a mnemônica que aconselhamos: do óleo de Calot, é a palavra GEICO (guaiacol, éter sulfúrico, iodofórmio, creosoto e óleo de oliva) e da pasta de Calot, GENCIF (guaiacol, espermaceti, naftol canforado, creosoto, iodofórmio e fenol canforado). Seja-vos dito de passagem apenas, em uma palavra, que estas injeções foram estudadas no laboratório do Professor Robin por Fiessinger, Coyon e Lawrence e verificaram não agirem como antissépticos que talvez supondes; não por causa das espessuras das paredes dos abcessos frios, não por causa das anfractuosidades de suas paredes; não por causa da infiltração tuberculosa vizinha, e não por causa da situação profunda dos bacilos de Koch. Deveis saber que a antissepsia do abcesso é tão illusória, como é a antissepsia intestinal. Então, como atuarão êsses agentes medicamentosos? Serão, porventura, pelos fenômenos bioquímicos, provocando um fluxo considerável dos glóbulos brancos, de polinucleares, destruindo-os, para pôr em liberdade um fermento lipásico, tendo a propriedade de atacar o invólucro gorduroso do bacilo, seguindo-se depois um outro fermento proteolítico (uma protease), tendo a propriedade de fundir e digerir os albuminóides, isto é, a própria substância do bacilo de Koch? Sim, foram verificados e documentados estes episódios vitais e estas reações biológicas”.

Nas fístulas injetamos, a baixa pressão, após cuidadosa assepsia externa, os mesmos líquidos acima citados e, ultimamente, experimentamos a secreção das larvas da môsca *Lucilia Sericata*, na fórmula comercial “Permyase”. Não temos a respeito do último medicamento experiência suficiente para darmos opinião.

Nas formas graves com grande infecção secundária está indicada a drenagem declive da articula-

ção, bem como se pode retirar, cirurgicamente, os sequestros, muito raros, que se mostrarem pela chapa radiográfica nitidamente destacados. A ressecção da cabeça do fêmur para facilitar a drenagem é a celebrada ressecção drenagem de Ollier.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Na coxalgia, o tratamento cirúrgico pode ser conservador, mutilante e para correção dos defeitos de posição do membro depois da cura clínica. O mutilante, que compreenderia a ressecção da articulação, a desarticulação e a cotilectomia, chamaremos de tratamento cirúrgico de exceção.

O tratamento cirúrgico conservador compreende a artrodese e o encavilhamento de Robertson Lavalle.

A artrodese procura a anquilose da articulação coxo-femural. As artrodeses podem ser intra-articulares, extra-articulares e mixtas.

Albee, em 1908, nos Estados Unidos, praticou a primeira artrodese para coxalgia e Maragliano, em 1913, na Europa, fez a primeira extra-articular. Na França, o processo foi introduzido por Nové-Josserand e Tavernier seguidos de Mathieu, Wilmoth e Sorrel.

A artrodese é uma verdadeira aparelhagem interna local com o fim de imobilizar.

A artrodese intra-articular ou mixta fica, dentro do processo, em segundo plano, pois que com a artrodese extra-articular, é conseguida perfeita anquilose sem necessidade de abrir a articulação e entrar em contacto com o foco tuberculoso.

André Richard, que praticou mais de 280 artrodeses extra-articulares, escreveu a respeito da artrodese mixta:

“Sorrel e Delahaye sistematizaram uma técnica de artrodese mixta que consiste em avivar, após ablação do sequestro, as extremidades ósseas da parte externa.

da interlinha e imobilizar a articulação por um pequeno enxerto ilíaco livre que se insere sobre a face superior do colo avivado e que repousa, parte sobre o osso ilíaco e parte sobre o colo; a via de acesso é a incisão de Ollier e a secção temporária do trocânter rebatido com suas inserções glúteas. Sorrel apresentou à Sociedade de Cirurgia uma peça de artrodese intra-articular por simples avivamento, mas, as artrodeses mixtas ou intra-articulares, mau grado o registo de alguns successos indiscutíveis, nos parecem dever quase sempre serem rejeitadas, salvo para certas velhas coxalgias com côto femural atrofico e ebúrneo; obtêm-se, de fato, fora desses casos, tão boas anquiloses, fazendo uma artrodese puramente extra-articular, seja justa, seja para-articular e é sobre essas artrodeses que nós insistimos. É pela mesma razão, e com muito mais insistência, que rejeitamos os processos diversos, defendidos por Maffei (Congresso Internacional de Cirurgia Ortopédica, Londres, julho de 1933) especialmente para coxalgia infantil, consistindo em inserir na interlinha enxertos tibiais, por consequência momentaneamente mortos, em coxalgias não extintas; o risco de agravação da infecção local e da eliminação do enxerto nos parece (e muitos são da mesma opinião) considerável, reconhecida a mesma cousa para as artrites tuberculosas em geral”.

ARTRODESE EXTRA-ARTICULAR

Existem muitos processos para a artrodese extra-articular. Passemos em revista os principais.

A artrodese extra-articular consiste em imobilizar a articulação coxo-femural com um enxerto ósseo. O enxerto pode ser retirado à distância, geralmente da tíbia, ou próximo, grande trocânter e rebatimento em ponte levadiça da tábua externa do ilíaco. Os primei-

ros são enxertos temporariamente mortos, o último é um enxerto que sempre conserva sua vitalidade, visto se manter preso ao osso.

Vejamos as principais técnicas.

A retirada do enxerto tibial é sempre feita com um

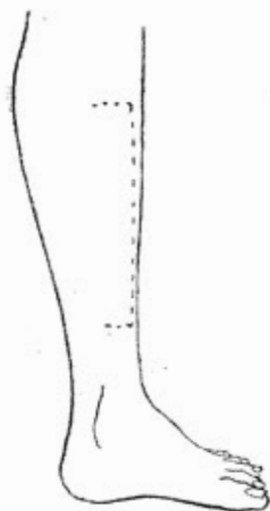


Fig. 10

retalho tegumentar de base interna. A linha de incisão deve passar de um centímetro, em baixo e em cima, o comprimento do enxerto (fig. 10). Pode ser retirado quer por meio de serra elétrica, quer a martelo e escopro. André Richard prefere o escopro, por duas razões: uma, estética, outra teórica. A primeira, porque a serra faz saltar sangue por toda a parte; a segunda, por que ela obstrue com mais facilidade os canais de Havers, comprometendo a alimentação futura.

O enxerto deve ser insinuado entre o fêmur e o ílio. Na fig. 11, vemos esquematicamente enxertos ílio-diafisários. Em **a** o ósteo-perióstico com ressecção do grande trocânter, em **b** o enxerto ósseo simples pelo mesmo processo de Delahaye e Dupuis, em **c** o enxerto duplo em V de Albee. Na fig. 12 vemos a técnica de Hass. Ele mobiliza o grande trocânter e o insere no ilíaco. A fixação pode ser feita por meio de parafuso ou de pontos de sutura.

Na fig. 13 temos a técnica de Mathieu e Wilmoth, processo mixto de ponte levadiça e mobilização do grande trocânter.

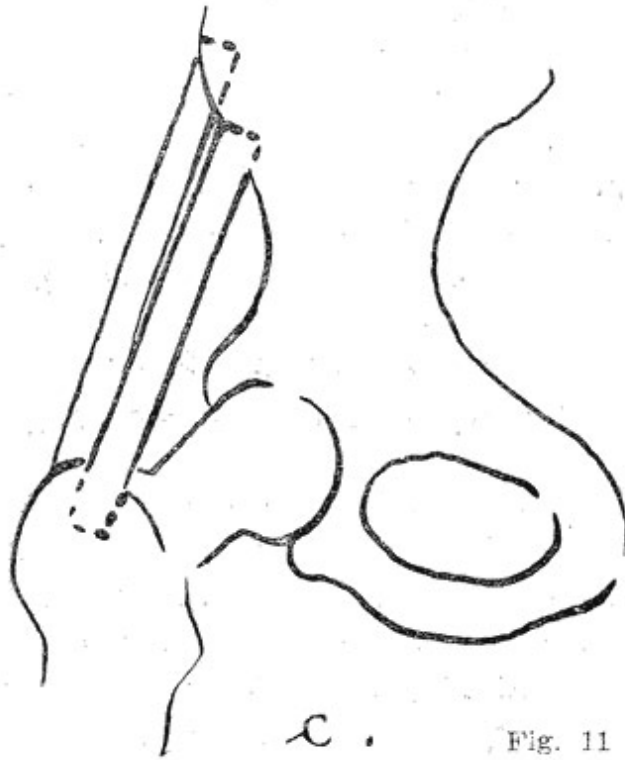
Richard descreve dois processos por êle próprio atualizados, um, enxerto tibial com duas vias de acesso, anterior e lateral, e outro, o de ponte levadiça, conseguido pelo rebatimento da tábua externa do ilíaco. O tibial por via lateral (fig. 14) é da seguinte forma descrito pelo autor: "A via de acesso do quadril é variável



a.



b.



c.

Fig. 11

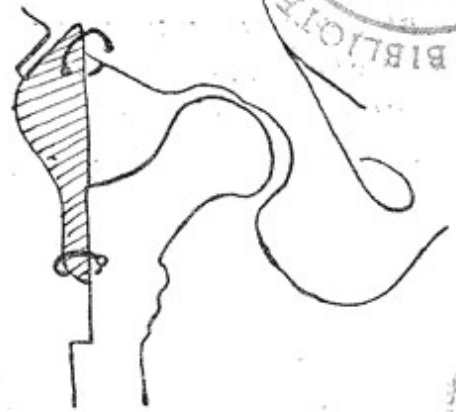
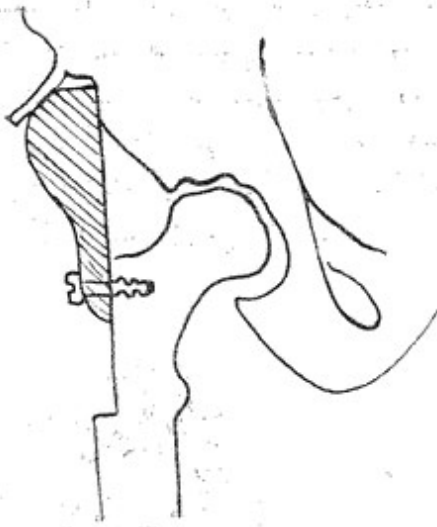


Fig. 12

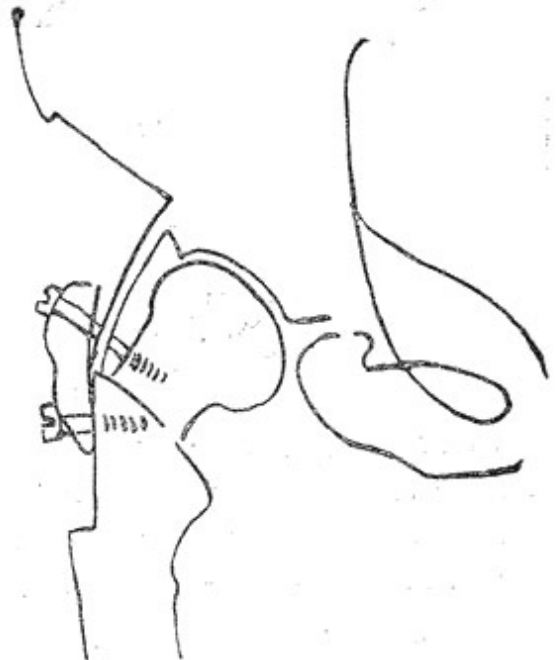
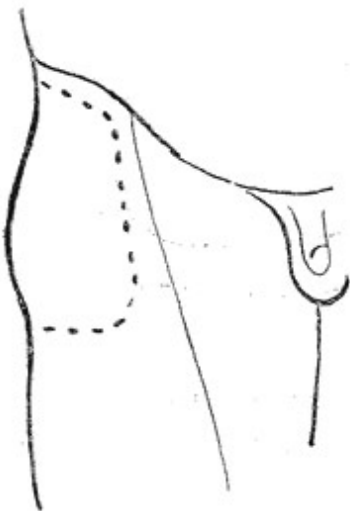


Fig. 13

desde que existe empastamento, abcesso ou fístula em um ponto qualquer da região; em princípio, desde que não exista contra-indicação local, utilizamos a incisão adotada por Sorrel, incisão vertical, partindo da crista ilíaca em sua parte média e atingindo a face superficial do grande trocânter; a incisão vai até o osso somente

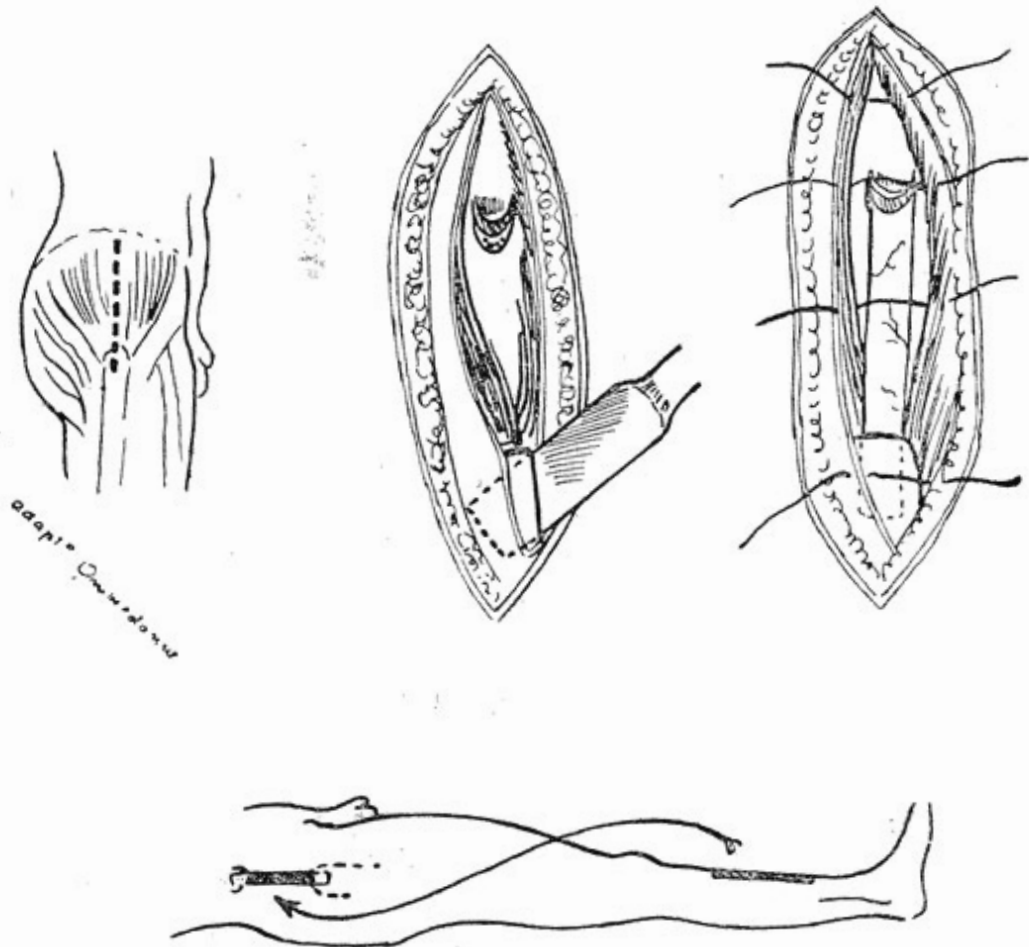


Fig. 14

no terço superior da fossa ilíaca e ao nível do trocânter; no resto do trajeto, ela divide apenas a aponevrose e as fibras do médio glúteo; assim se ficará o mais possível afastado da cápsula articular. Para fixar a extremidade superior do enxerto levanta-se com o cinzel uma pequena charneira, compreendendo o perióstio e a tábua externa

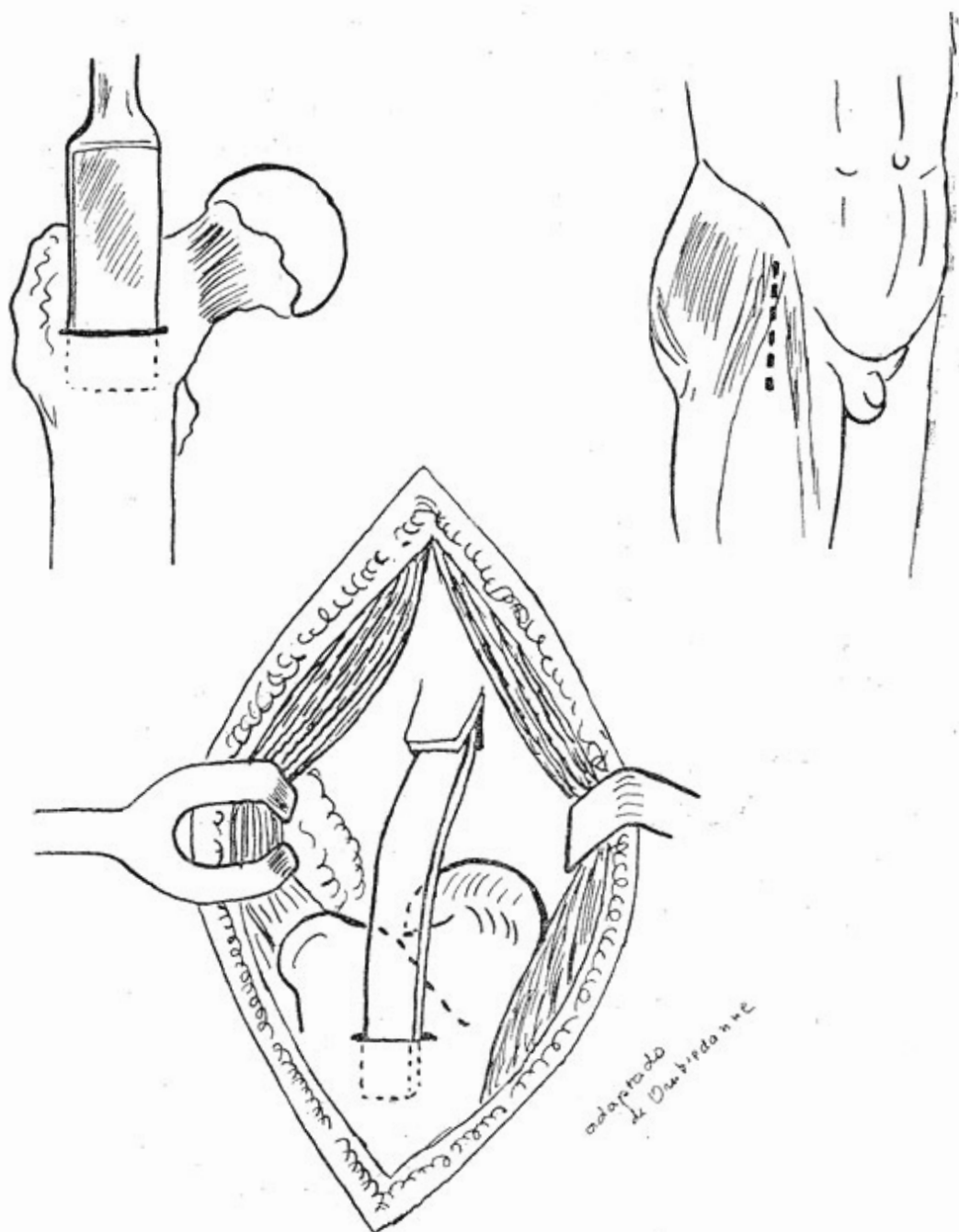


Fig. 15

do ilíaco; na parte inferior não seccionamos o trocânter, não abrimos sua face externa, pois, o enxêrto, por sua elasticidade, terá tendência a sair e isso poderá ser causa de pseudo-artrose. De maneira que começamos por fazer para o processo de ponte levadiça, como diremos mais:

adiante, abrindo com o escopro de mão o bordo anterior do grande trocânter, abrindo-o como um livro, e a extremidade inferior (do enxerto) que está situada num plano sagital aí será introduzida de diante para trás. A sutura das partes moles assegurará sua fixação”.

Descreve o autor, então, a sua via anterior (fig. 15) que passaria entre o costureiro e o reto anterior para dentro e o tensor do fascia lata para fora e dá, como modificação principal, a confecção do leito do enxerto no fêmur, evitando o trocânter cartilaginoso da criança como meio de fixação.

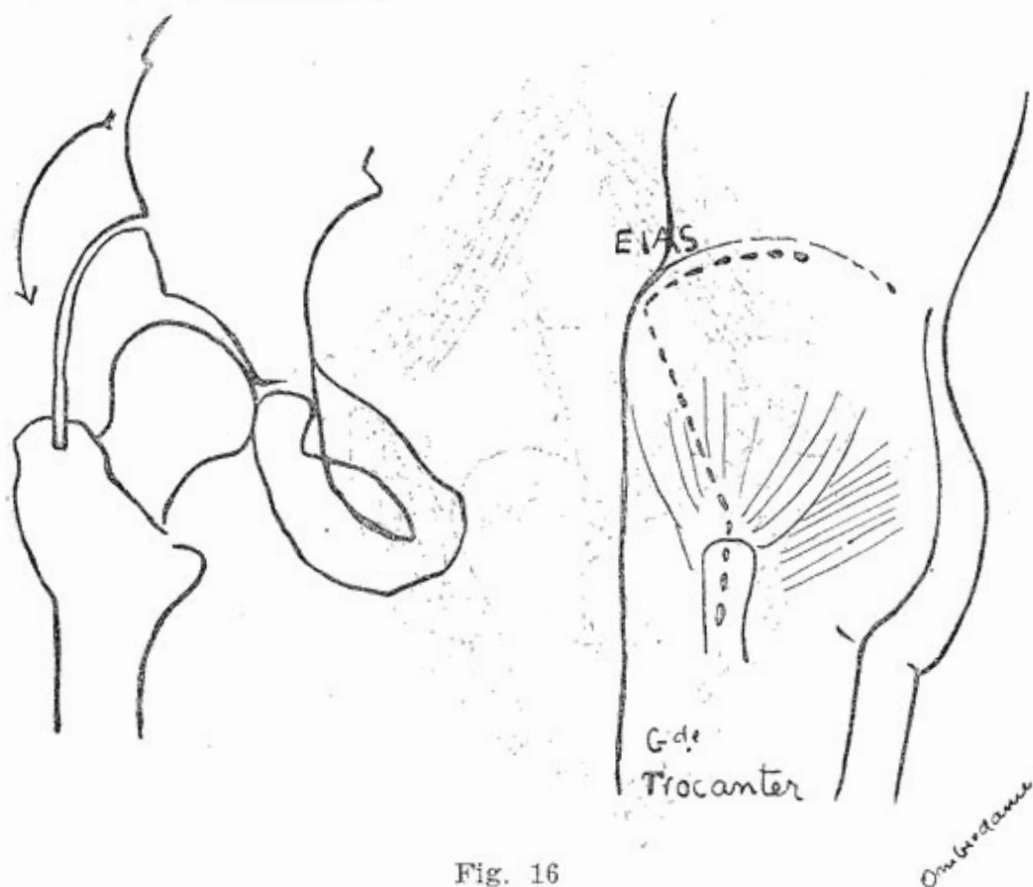


Fig. 16

Na fig. 16 temos o processo de artrodese em ponte levadiça de Richard, autoplastia sem utilização de um enxerto tibial, derivado dos indicados por Mathieu, Wilmoth, Sorrel e Delahaye e deles diferenciado, como indica o autor, pelas particularidades seguintes: “1.º —

o trocânter não é destacado; 2.º — a cápsula não é aberta; 3.º — o pedículo ósseo rebatido será alimentado não somente pelo perióstio mas ainda por uma grande parte do pequeno glúteo, o que garante de maneira constante sua vitalidade; assim não existirá descalcificação temporária, mas, ao contrário, rápido aumento de volume e o repouso no leito poderá ser encurtado, quatro meses em média; 4.º — a consolidação da extremidade livre da ponte com o trocânter é assegurada pela introdução à fôrça, desta extremidade avivada, em uma fenda ântero-posterior, preparada pelo escopro, batido a mão, sem que o trocânter seja destacado”.

Para terminar os processos de artrodese, lembremos o tipo 37 de Rocher que poderá ser resumido da seguinte forma: tunelização (forage) da base do grande trocânter. Previamente, duas incisões: incisão externa, sobre o grande trocânter, de 3 cms., combinada com pequena incisão de Smith Petersen. O dedo e a vista guiarão a progressão do perfurador acima da articulação até a asa ilaca. Pratica-se o alojamento superior do enxerto por tunelização ou levantamento de pequeno retalho ósseo. O perfurador retirado é substituído pelo enxerto.

Atendemos em 1938, no Hospital São José de Antônio Prado, um menino de quinze anos de idade, doente desde os cinco anos, com duas fístulas na região anterior da coxa direita, próximas da arcada. Pai e mãe descendentes diretos de italianos, sadios. Irmãos sadios, em número de três. Os antecedentes pessoais confusos não nos forneceram dado algum positivo. As fístulas apareceram há quatro anos. Foram tentados tratamentos locais e com injeções (sic). O membro inferior direito, encurtado quatro centímetros, em inversão. Presentes todos os sinais clássicos da coxalgia. Wassermann negativo. Hemossedimentação, 12-40 no Westergreen. Contagem: 12 mil glóbulos brancos. Exame do pus: exame microscópico direto, negativo para o ba-

cilo de Koch, raros estafilococos, muitos linfócitos; inoculação em cobaio, positiva para as formas granulosas do bacilo de Koch. Curva térmica: algumas vezes a temperatura vespertina atinge a 37°2. Ao exame geral, fora os sinais da coxalgia e de suas compensações, nada notamos além da hipertrofia das amígdalas. A articulação coxo-femural conservava ligeira mobilidade quanto à flexão e extensão. As fístulas, em número de duas, se abriam na face anterior do quadril, a três dedos da arcada, uma mediana e outra interna. A radiografia dos pulmões mostrou pequeno foco de calcificação infra-clavicular esquerda e sinais de fibrose em ambos os campos. A radiografia da região coxo-femural direita mostrou um estado avançado de osteíte da cabeça e do colo do fêmur, sinais de anquilose fibrosa, atrofia hipertrófica difusa, luxação. Estávamos diante de um caso de coxalgia antiga, ainda em evolução, em rapaz de 15 anos, branco, com estado geral ótimo. Indicamos a artrodese extra-articular e esta foi feita por nós em 29-9-938. Previamente, com estilete, ao écran radioscópico, havíamos verificado que os trajetos fistulosos se dirigiam para dentro, para trás e para cima, deixando, pois, livre a via de acesso lateral. A anestesia foi geral etérea. Proteção e isolamento cuidadosos das fístulas! Processo lateral de Richard com enxerto tibial. O ato cirúrgico correu sem acidentes. Tempo operatório — 30 minutos. Imobilização em gesso frestado. Retirada dos pontos oito dias depois, no final de um pós-operatório normal. Chapa da fig. 17: enxerto em boa situação. Tratamento: helioterapia, Gadusan, Permyase nas fístulas.

4-1-39: Radiografia fig. 18: enxerto fixado. Engordou 6 quilos. Uma das fístulas fechou-se há quinze dias.

5-2-39: Retirada do gesso. Anquilose cerrada. Posição do membro, em pequena inversão, compatível.



Fig. 17

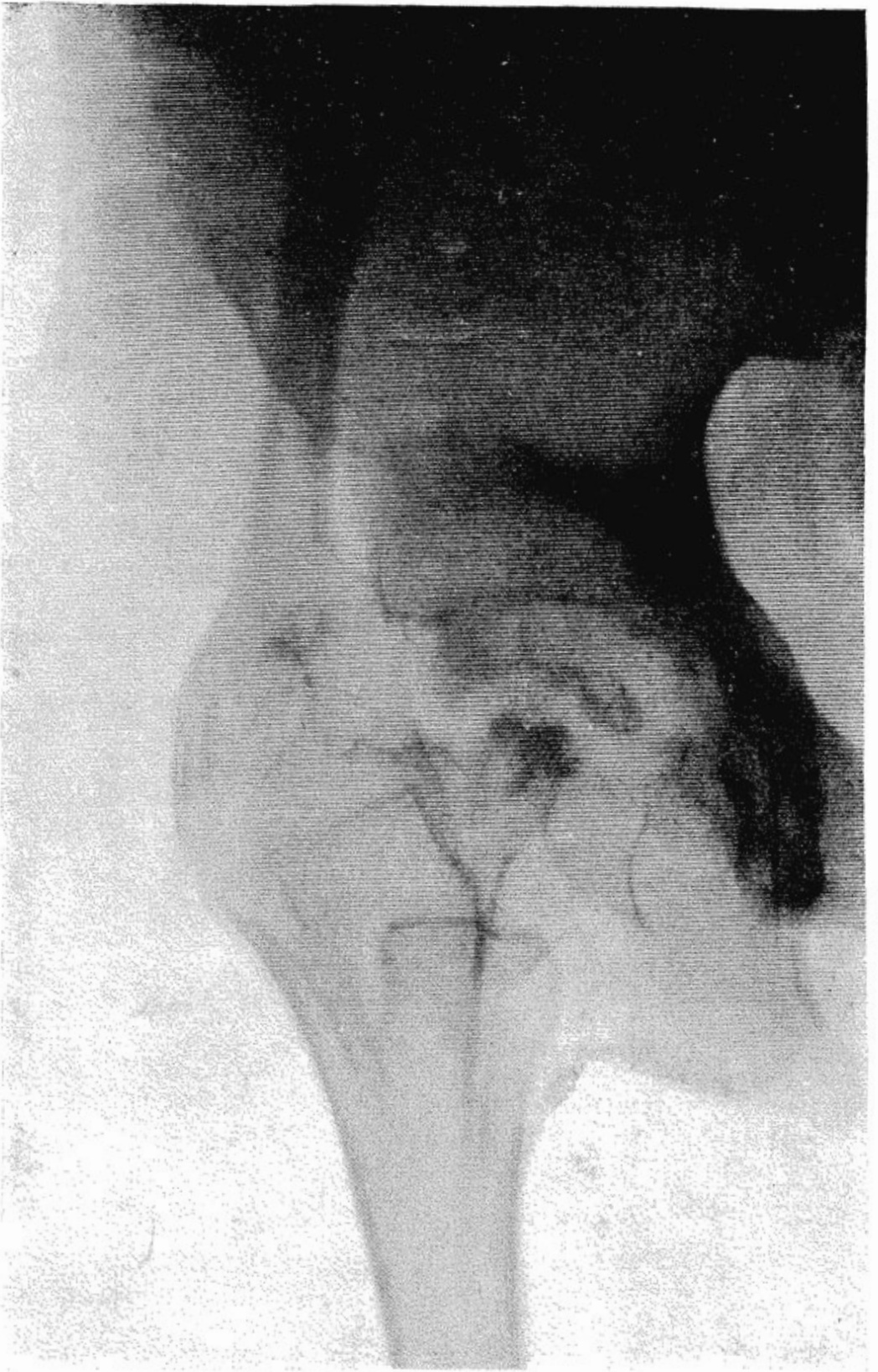


Fig. 18

com boa marcha. Continua muito diminuída a secreção da fístula restante. Hemossedimentação — 4-12 ao Westergreen. Contagem: 8 mil leucócitos. Repouso na cama.

10-3-39: Mantemos o repouso na cama. A fístula, quase fechada, ainda secreta.

O resultado, embora mantenhamos o repouso, o que pretendemos fazer até o desaparecimento da fístula, foi bom, pois conseguimos a anquilose. É de se notar que tivemos primeira intenção a despeito das fístulas. Háss dá, como contra-indicação da artrodese, a existência de fístulas. O doente engordou. Não tem tido mais febre. Uma das fístulas mantém-se curada e a outra melhorada.

O segundo caso é o de um doente de 20 anos. Aos 10 anos teve uma tuberculose do joelho (sic) e se submeteu a uma ressecção (do joelho). Sentiu três anos depois, dores no quadril. Foi tratado, durante um ano, de reumatismo. A dor aumentou. Formou-se um tumor ao nível do quadril que se fistulou. Primeiramente, havia só um orifício e depois, mais outros surgiram. Fechavam-se uns para darem lugar a outros. Usou muitas injeções. Queixava-se de dores vagas, aparecendo com o esforço, ao nível do quadril direito. Quando veio à nossa consulta, ao exame, encontramos um rapaz mal nutrido, longilíneo, branco, com as mucosas visíveis descoradas. Tinha todos os sinais clínicos da coxalgia, com o membro inferior direito em inversão. Duas fístulas, abaixo do trocânter, dando saída a um pus muito fluido. O encurtamento de 7,5 centímetros do membro inferior direito corria naturalmente, em grande parte, por conta da ressecção do joelho, cuja cicatriz era a da incisão de Kocher. Flexão bastante limitada. A radiografia (fig. 19) mostra deformação completa da cabeça do fêmur, desaparecimento dos contornos superiores do grande trocânter, cótilo muito atingido, anquilose conjuntiva, atrofia óssea, luxação intra-cotilóide.

Leucocitose de 10 mil. Índice de Arneth com desvio franco para a esquerda. Hemossedimentação 15-42 ao Westergreen. Wassermann negativo. Exames do pus: estafilococos raros, linfócitos, alguns polinucleares. Negativo para o bacilo de Koch. Não foi conseguido resultado positivo da inoculação em cobaia. Tentada duas vezes, os animais morreram em menos de uma semana.

Radiografia dos pulmões: ligeira fibrose dos ápices. Gânglios hilares aumentados, com sinais de calcificação.

Nos antecedentes pessoais, nada mais que interesse. Na família, diversos casos de epilepsia nos irmãos. Pai, alcoólatra, falecido de cirrose atrófica de Laennec. Mãe sadia atualmente, sofreu há tempos uma colecistectomia por colecistite calculosa, praticada por nós. Ambos os pais de nacionalidade italiana.

Não havia dúvida de que se tratava de um caso de coxalgia. A artrodese estava indicada e foi feita por nós com a técnica de Richard, via de acesso anterior, em 5 de novembro de 1938. Anestesia geral pelo éter. Enxêrto retirado da tíbia esquerda. A incisão foi feita anterior para fugir dos trajetos fistulosos laterais, controlados, anteriormente, pelos Raios X. Tivemos dificuldade em insinuar o enxêrto na base do grande trocânter, em vez de fazer no fêmur que, completamente endurecido pelo processo antigo, ebúrneo, não se deixou cortar pelo escopro. Se insistíssemos, por certo teríamos aumentado a luxação ou fraturado o osso. Imobilização em gesso frestado. Retirada dos pontos no sexto dia. Primeira intenção. Helioterapia. Cálcio.

4-2-39: Fístulas completamente fechadas há 15 dias.

15-3-39: Retirada do gesso. Anquilose cerrada. Radiografia fig. 20: embora haja uma zona clara ao nível do trocânter, indicando pseudo-artrose, o resultado foi ótimo.

16-4-39: Hemossedimentação ao Westergreen: 4-12. Engordou oito quilos. Mandamos que começasse a andar.



Fig. 19

(A cópia desta radiografia está invertida)



Fig. 20



Fig. 21

Radiografia (fig. 21) mostrando maior condensação ao nível do grande trocânter.

25-4-39: Veio ao consultório satisfeito por não mais sentir dôr ao nível da articulação coxo-femural. Membro em inversão moderada e, a despeito do encurtamento, permitindo bôa marcha. O doente há muito que está habituado ao uso de sapato corretor do encurtamento (sola de cortiça).

Não há dúvida, que se preferirá, nos casos indicados, um enxerto em ponte levadiça (pont-levis). Usamos o tibial porque, sendo para êsse a via de acesso pequena e nossos casos fistulados, quanto mais limitado o campo, menor o perigo de cairmos em um foco infectado.

Richard e J. Colmenares escrevem:

“Enquanto não se tenha encontrado um serum, uma vacina ou uma substância verdadeiramente específica contra o bacilo de Koch, a cirurgia anquilosante será o único meio, duravelmente eficaz e socialmente útil, de assegurar a cura de um quadril tuberculoso. Existem, sem dúvida, alguns casos de coxalgia da criança que, tratados muito no comêço ou consecutivos a osteítes juxta-articulares e longamente cuidados como tais, suscetíveis de cura após reparação completa do osso com uma mobilidade, se não normal, pelo menos muito grande, com indolência e solidez da articulação; mas, assim como um de nós teve ocasião de escrever e repetir, as estatísticas que comportam setenta e cinco por cento de quadrís coxálgicos móveis com cura durável, sem recidivas, são ou muito antigas, remontando a uma época em que numerosas artrites atualmente diferenciadas, ou também ósteo-condrites, estavam catalogadas sob a rubrica de coxalgia, ou fruto de uma observação muito superficial, não apoiada em provas bacteriológicas ou tests de laboratório demonstrativos. A unanimidade hoje, de quase todos os cirurgiões, de todos os países, que estudaram a questão, limitando-se às obser-

vações indiscutíveis de tuberculose, aceita ser a coxalgia uma afecção grave, comumente supurada, o mais das vezes seguida de tais modificações das superfícies e relações articulares, que uma mobilidade não poderá ser sempre duravelmente indolor, ou compatível com fadigas e marchas prolongadas, tais como as que são exigidas por uma existência socialmente útil”.

Tavernier, ao apresentar três casos de artrodese extra-articular, em crianças de 12, 13, 14 anos, em coxalgias evolutivas, fez as seguintes reflexões: “Já se concordou sobre o grande valor da artrodese no período terminal da evolução da coxalgia, mas, os ortopedistas estão cada vez mais partidários de sua oportunidade durante o período evolutivo da doença. Enquanto que muitos cirurgiões de Nova York a utilizam como tratamento corrente da coxalgia, ela foi acolhida na França com muitas reservas. Para a escola de Berck, assim como para os suíços, a abstenção operatória durante a fase evolutiva da tuberculose articular é um dogma tão absoluto que dificilmente ela transgridiria, mesmo por uma operação extra focal”.

Estamos, pois, de algum tempo para cá, entrando, em tuberculose coxo-femural, no capítulo das imobilizações locais com enxerto, cujos resultados são bastante promissores. O processo de ponte levadiça (pont-levis) será perfeitamente indicado nos casos em que o estado geral requer operação menos chocante. Limitando-se ao tempo do quadril, não dando hemorragia do canal medular nas crianças pequenas, ela é de fato mais benigna do que a de enxerto tibial.

INDICAÇÕES DA ARTRODESE NA CRIANÇA

A artrodese extra-articular tem as seguintes indicações na criança:

- 1.º — Casos resistentes a qualquer tratamento, após

um prazo longo de tentativas conservadoras, mesmo em evolução, nas crianças de mais de 10 anos de idade. Abaixo dessa idade, só casos verdadeiramente excepcionais.

2.º — Sequelas dolorosas em articulações mais ou menos móveis.

3.º — Recidivas da coxalgia.

4.º — Cinco anos de expectativa justificam uma artrodese em qualquer idade.

5.º — A fístula e o abscesso não contra-indicam a intervenção, desde que seu trajeto esteja fora do campo operatório.

6.º — Devemo-nos lembrar sempre se o estado geral, pulmonar principalmente, compensa uma intervenção como a artrodese.

INDICAÇÕES DA ARTRODESE NO ADULTO

É sempre indicada, exceto nos casos gravemente infectados onde será necessária uma intervenção mutilante, como ressecção ou amputação. Naturalmente, se desejará um estado geral bom.

RESULTADOS DAS ARTRODESES EXTRA - ARTICULARES NA COXALGIA

Barros Lima operou quinze casos, até março de 1935, com onze resultados bons. Teve quatro mortes. Uma por choque operatório, uma por meningite post-operatória, uma por tétano post-operatório e outra por tuberculose generalizada post-operatória.

A Richard e J. Colmenares têm a seguinte estatística, na criança:

Ponte levadiça (pont-levis) — De 1929 a 1932: 69 casos operados, 21 retoques, 69,5% de sucessos imediatos.

De 1933 a 1937: 46 casos operados, 5 retoques, 89,3% de sucessos imediatos.

No total, duas mortes operatórias, isto é, 1,73%.

Enxerto tibial — De 1930 a 1932: 28 casos operados, 16 com retoques (1, 2, 3, 4 vezes), 42,1% de sucessos imediatos.

De 1933 a 1937: 54 casos operados, 20 com 1 ou 2 retoques, 62,5% de sucessos imediatos.

No total, duas mortes, 2,43%.

Artrodeses mixtas — De 1930 a 1938: 8 casos, 2 com retoque, 75% de sucessos.

Fala Richard, no "Tratado de Ortopedia" de Ombredanne e Mathieu, em 110 adultos operados entre os 15 e 57 anos, sem dar resultados detalhados.

ENCAVILHAMENTO DE ROBERTSON LAVALLE

Robertson Lavalle não deseja extirpar o foco tuberculoso e sim, por meio de um encavilhamento (fig. 22),

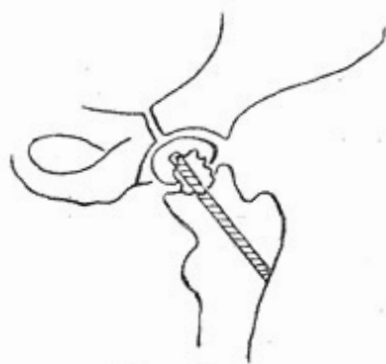


Fig. 22

fazê-lo parar em sua evolução. Sua opinião é que, ao adoecer a epífise, o foco tuberculoso produz um transtorno de sua alimentação por compressão dos vasos. Os enxertos ósseos seriam invadidos por capilares e a estase óssea desapareceria. A indicação máxima do processo será nas coxalgias em comêço, daí o esforço da escola

argentina em conseguir dados precoces para o diagnóstico de certeza.

A grande vantagem sôbre as artrodeses seria a possibilidade de, em alguns casos, se conseguir uma articulação móvel.

O professor Nogueira Flores cita uma modificação da técnica por Uffreduzzi e Biancalana, que se presta também para dar um idéia do processo de Robertson Lavallo:

“Queremos falar do método cirúrgico dos professores Uffreduzzi e Biancalana (de Turim, publicado na *Presse Médicale* de fevereiro de 1931), sobre os enxertos ósseos. É um método bastante simples e de execução rápida, graças à instrumentação elétrica bem adaptada.

Para assegurar uma direção exata a perfuração que do grande trocânter, deve através do colo do fêmur atingir a cabeça, basta colocar a perna a operar em abdução a 120° de modo que o colo do fêmur seja perpendicular ao eixo do corpo.

Nestas condições a mecha do perfurador aplicado no plano ósseo de 2 a 3 centímetros sob o ápice do grande trocânter e enterrado perpendicular, atinge com precisão a cabeça.

Quando temos julgado útil, ajuntaremos ao enxerto do fêmur, empregado só; na maior parte dos casos, outros enxertos no cótilo, temos substituído toda brecha operatória que basta no primeiro caso — pela incisão em U de Ollier por dar mais campo.

.....

Servimos sempre de enxertos de 1 centímetro de largo, tirado em toda espessura do tibia que eram mais grossos que os empregados por Robertson-Lavallo (de Buencs Aires).

Os doentes os têm sempre tolerado bem e mesmo, nos casos em que nós chegamos a encavilhar em um tecido ósseo muito atacado e de proximidade de abcesso, a incisão operatória cicatrizou sempre por primeira intenção. Enquanto que os enxertos subcutâneos, têm uma tendência a se absorver em poucos meses, tem-

se encontrado enxertos intra-epifisários em perfeito estado de conservação um ano após a sua colocação.

No ponto de vista clínico nossos resultados nos permitem julgar favoravelmente o emprêgo dos enxertos, segundo as indicações e a técnica seguida por nós.

Nunca temos tido insucessos 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 anos. Coxalgia direita.

Sofre desta afecção desde seis meses. A perna atacada está atrofiada, em flexão, abdução e rotação externa. Movimentos muito dolorosos.

A radiografia mostra uma zona de rarefação no núcleo epifisário.

Operação a 28 de abril de 1928, após um período de preventivo repouso de quinze dias.

Encavilhamento no colo até a cabeça do fêmur na proximidade do foco tuberculoso.

Enxêrto subcutâneo. Sequências operatórias, regulares, apiréticas.

A dôr desapareceu rapidamente. Movimentos ativos e passivos foram possíveis vinte dias após a intervenção.

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

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

Esta cura rápida permaneceu completa e o estado da criança que foi examinado de novo em julho último, seja vinte meses após a operação, é perfeitamente normal.

Ao lado das curas surpreendentes temos visto várias fístulas se formarem rapidamente, e assistido a curas de formas tuberculosas que tenham resistido a

processos conservadores não sanguinolentos e sanguinolentos e pelos quais a amputação parecia um único recurso. Mesmo nos casos em que a artrectomia e a ressecção eram associados ao enxêrto, esta não nos pareceu um excesso, porém um meio de abreviar o tratamento e de tornar nossa intervenção menos destrutiva.

Apenas, transcrevemos o que estes cirurgiões italianos citam no resumo tão somente, quanto à estatística dos casos de coxalgia, matéria em foco: dos 5 casos, os 2, nos quais nós nos somos estritamente apoiados no método de Robertson-Lavalle terminaram por uma cura em ancilose e uma cura com jôgo articular completo: uma e outra duráveis, desde dois anos e meio; os outros 3 casos, nos quais, por causa da gravidade da afecção e da idade dos doentes (dois tinham 40 anos), prolongamos a imobilização na cama e aplicamos um gêsso, tivemos: 2 curas — de que uma ainda em evolução — e 1 óbito, após seis meses, por tuberculose miliar.

Senhores. Como finalidade do tratamento cirúrgico das coxalgias, devemos vos dizer, que cada vez se engrossam as fileiras dos adeptos das intervenções cirúrgicas, maxime na era, que podemos chamar dos “**enxertos ósseos**”.

Vignard diz que o processo faz desaparecer os focos ósseos epifisários com grande velocidade, mas, que nada influe sôbre a invasão articular fungosa.

Não temos prática pessoal do processo, que nós parece indicado tentar-se nos casos incipientes. Somos, entretanto, reservados quanto à abertura do foco tuberculoso.

TRATAMENTO MUTILANTE DE EXCEÇÃO

O tratamento mutilante será de exceção na coxalgia. A sua indicação viverá das contra-indicações dos outros métodos. Consistirá em:

Ressecção com drenagem.

Desarticulação da coxa.

Cotilectomia.

A ressecção com drenagem será a clássica de Ollier e estará indicada nos abscessos que drenem mal, com infecção secundária grave, nos mesmos casos com trajetos fistulosos múltiplos, mau estado geral, resistência aos demais tratamentos.

Temos, em nossa estatística, dois casos de ressecção da cabeça do fêmur para drenagem de coxalgia grandemente infectada. A primeira em 1931 e a última em 1936. Um de 20 anos de idade e outro de 17. Apesar da drenagem, ambos vieram a falecer em poucas semanas, um de meningite tuberculosa, outro de um surto pulmonar de semeadura miliar. A degeneração amilóide indica a desarticulação da coxa. E a cotilectomia, por último, será necessária quando o cótilo e as partes vizinhas estiverem atingidos. Servirá também para acabar com as fístulas dos cotos de ressecção. A cotilectomia será sempre feita como segundo tempo de uma desarticulação.

TRATAMENTO DE CORREÇÃO APÓS A CURA

As osteotomias subtrocanterianas corrigirão os desvios por demais exagerados que dificultem a marcha.

Existem muitos processos. Preferimos o de Momm e o de Bracket-Albee.

Os encurtamentos muito grandes serão corrigidos ou pelo alongamento do membro doente ou pelo encurtamento do membro são.

É óbvio lembrar que essas intervenções serão praticadas nos doentes clinicamente curados.

As indicações de uma osteotomia com pseudo-artrose forçada ficarão para os raros casos de coxalgia anquilosada dupla.

CONCLUSÕES

I

A coxalgia é uma doença grave, relativamente rara no Brasil.

II

Seu diagnóstico precoce é difícil e será, essencialmente, clínico.

III

Os raios X só dão imagens positivas da moléstia 4 a 5 meses depois de seu início.

IV

Como não existe específico para o tratamento da tuberculose, assim, também, não existe para o da coxalgia.

V

A coxalgia da criança tem tendência para a cura em anquilose. Depois dos 15 anos e no adulto não existe quase mais essa tendência.

VI

Helioterapia, talassoterapia, imobilização por meio

de aparelhagem gessada são as armas mais eficientes de cura da coxalgia infantil.

Depois dos 10 anos de idade, as recidivas devem ser tratadas pela artrodese extra-articular.

Na coxalgia do adulto, a artrodese extra-articular está indicada, imediatamente depois do diagnóstico.

VII

A cirurgia mutiladora na coxalgia, desarticulação, ressecção, cotilectomia, será indicada nos casos excepcionais.

Antônio Prado — maio — 1939.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARROS LIMA — "Artrodese extra-articular em coxalgia", nos "Arquivos de Cirurgia e Ortopedia" — março 1935.
- 2) CARLOS WERNECK-RAUL BAPTISTA — "Diagnóstico cirúrgico" — 1921.
- 3) ENRIQUE A. VOTTA — "Tuberculose ósteo-articular. — Processo Robertson Lavalle", na "Revista Brasileira de Cirurgia" Ano I — N.º 6 — Páginas 309-320.
- 4) NOGUEIRA FLORES — "Lições sôbre os métodos de tratamento ortopédico" na "Revista dos Cursos" — Pôrto Alegre, 1929.
- 5) NOGUEIRA FLORES — "Lições sôbre a tuberculose ósteo-articular em geral e seus métodos de tratamento na criança", na "Revista dos Cursos" de 1930 — Pôrto Alegre.
- 6) NOGUEIRA FLORES — "Do estado atual dos tratamentos da tuberculose ósteo-articular na criança". Memória ao II Congresso Internacional de Pediatria, reunido em Stockolmo. (Arquivos Rio-Grandenses, 1930).
- 7) NOGUEIRA FLORES — "Do estado atual dos tratamentos da tuberculose ósteo-articular na criança" — Memória ao VI Congresso Pan-Americano da Criança, reunido em Lima — 1930.
- 8) NOGUEIRA FLORES — "Lições sôbre a coxalgia na criança" — "Revista dos Cursos" — Pôrto Alegre — 1931.
- 9) NOGUEIRA FLORES — "Conferências na clínica Cirúrgica da Faculdade sôbre a apendicite na criança" — "Revista dos Cursos" — Pôrto Alegre — 1932.
- 10) WHITMAN — "Orthopedic Surgery" — 1930.
- 11) W. KREMER-O. WIESE — "Tuberculosis de los huesos y articulaciones" — 1936.
- 12) STEIDLER — "Operative Orthopedics" — 1925.
- 13) P. J. ERLACHER — "Ortopedia operatória" — 1932.
- 14) J. y F. KLEMPERER — "Tratado Completo de Clínica Moderna" — Apêndice — 1935.
- 15) JULIUS HASS — "Ortopedia Cruenta e Incruenta" — 1938.

- 16) S. di RIENZO — "Ondas ultra-cortas" — 1936.
- 17) MERCER — "Orthopedic Surgery" — 1938.
- 18) SPEED — "Fractures and Dislocations" — 1935.
- 19) SIMON E REDEKER — "Tuberculosis Infantil" — 1932.
- 20) ROBERT LENK — "Röntgentherapeutisches Hilfbuch" — 1937.
- 21) SCHINTZ-BAENSH-FRIEDL — "Röntgen diagnóstico" — Vol. I — 1932.
- 22) CLEMENTINO FRAGA — "Tuberculose Pulmonar" — 1931.
- 23) GRANDWOHL — "Clinical Laboratory Methods and Diagnósis" — 1936.
- 24) G. DEICKE — "Tuberculosis" — 1927.
- 25) LECÉNE-LERICHE — "Terapeutica Quirurgica" — Vol. I.
- 26) AUGUSTIN A. SALVATI — "Osteocondrosis de crescimento" — 1937.
- 27) DEAN LEWIS — "Practice of Surgery" — Vol. II — 1939.
- 28) L. OMBREDANNE-P. MATHIEU — "Traité de Chirurgie Orthopédique" — Vol. IV — 1937.
- 29) ALBEE — "Surg. Gyn. and Obst." — t. XVIII — maio 1914 — Páginas 699-719.
- 30) MAC. AUSLAND — "The mobilization of Ankylosed joints by Arthroplasty" — 1929.
- 31) E. FORGUE — "Compendio di Patologia Chirurgica" — Vol. I.
- 32) THOREK — "Surgical Errors and Safeguards" — 1937.
- 33) GUSTAVO LUSENA — "Tratado de Traumatologia Clínica" — 1933.
- 34) W. ELDON TUCKER — "Injuries and their Treatment" — 1935.
- 35) H. ALEXANDER-G. BAER — "Tratado Practico de Tuberculosis" — 1935.
- 36) BASSET - CONSTANTINI - JEANNENEY-MAISONET-MIGINIAC — "Tratado de Patologia Quirurgica" — Vols. I-II — 1933.
- 37) E. FEER — "Diagnostica delle Malattie dei Bambini" — 1924.
- 38) VICTOR SCHMIEDEN — "Curso de Operatoria Quirurgica" — 1931.
- 39) G. LABEY-J. LEVEUF — "Chirurgie du membre inférieur" — 1931.
- 40) MAURICE TUSSAU — "Traité de Symptomatologie Topographique Chirurgicale" — 1928.
- 41) A. B. T. — "Year Book of Pediatrics" — 1937.
- 42) HELION PÓVOA — "Memórias Laureadas" — 1936.
- 43) L. OMBREDANNE — "Précis Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile" — 1932.
- 44) RODNEY MAINGOT — "Postgraduate Surgery" — Vol. III — 1937.

- 45) P. SANTY — “Arthrodèse extra-articulaire” — Lyon Chirurgical — 1936 — T. 33 — N.º 5 — Página 587.
- 46) M. L. TAVERNIER — “L’arthrodèse dans les coxalgies en évolution...” — Lyon Chirurgical — T. 33 — N.º 6 — Páginas 733-738 — Ano 1936.
- 47) VILLARD — “Centenaire d’Ollier — Lyon Chirurgical — 1930 — T. 27 — N.º 6 — Páginas 769-771.
- 48) ROBERT GUERIN — “Arthrodèse” — Revue d’Orthopédie — 1938 — T. 25 — N. 1 — Página 80.
- 49) H. L. ROCHER — “Technique pour l’arthrodèse...” — Revue d’Orthopédie — 1938 — T. 25 — N.º 1 — Página 81.
- 50) ANDRÉ RICHARD-J. COLMENARES — “Technique de l’arthrodèse p. c. chez l’enfant” — 1938 — T. 25 — N.º 6 — Páginas 701-707.
- 51) ETIENNE SORREL E MME. SORREL-DEJERINE — Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire” — 1932.
- 52) JOÃO DA SILVA XAVIER — “Da coxotuberculose” — 1892.