

# CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA OSTEOCHONDRITE DEFORMANTE DA ANCA <sup>(1)</sup>

Prof. NOGUEIRA FLÔRES

Cathedrático de Clinica Cirurgica Infantil e Orthopedica. Membro da Academia Nacional de Medicina. Da Sociedade de Radiologia Medica de Franca. Da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal da Sociedade de Medicina de Porto Alegre e da Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia.

Le savant qui veut trouver la vérité ne doit pas avoir la passion.

(Claude Bernard).

En médecine il reste à chercher plus de choses qu'il y en a de trouvées.

(Ambroise Paré).

E' de grande importancia este estudo com o advento da syndroma da osteochondrite deformante dentro da pathologia da anca, que marca, não ha duvida, uma das balisas mais notaveis no avanço dos conhecimentos da clinica cirurgica infantil e pathologica dos órgãos dos movimentos em geral.

Devemos destacar o interesse nitidamente pratico da individualisação desta affecção subtraida do tortuoso e nefasto territorio das **coxalgias**, como prova subsiste grande numero de autores notaveis que se tem occupado do assumpto e a extensa litteratura universal resultante. Releva declarar desde já que, apesar de ter transcorrido mais de 25 annos de sua descoberta, a osteochondrite deformante da anca é ainda ignorada por muitos praticos e constituiu para os orthopedicos e cirurgiões de crian-

ças um problema de immensos aspectos não resolvido. E' pois, de real importancia o estudo desta entidade morbida, sobretudo quando não se considera isolada esta affecção, senão do contrario, formando parte da vasta nosologia da anca na infancia e na adolescencia.

Em resumo historico, diremos que a osteochondrite deformante da anca foi descripta pela primeira vez por Legg de (Boston) em Junho de 1909 e comunicada a Sociedade Americana de Orthopédia de Hartford e publicada em Fevereiro de 1910, cinco observações no Jornal de Cirurgia de Boston sob o titulo de **uma affecção obscura da anca** (an obscure affection of the hip-joint), cuja entidade morbida inteiramente nova, já expunha seu autor a theoria pathogenica fundada na hypothese de perturbações circulatorias produzidas por traumatismo.

Calvé (de Berck-Plage) inseriu um artigo na Revista de Cirurgia de Junho de 1910, sob o titulo de "**uma forma de pseudo-coxalgia enxertada sobre deformações características de extremidade superior do**

<sup>(1)</sup> Conferencias na Clinica Cirurgica Infantil em Agosto de 1935.

**femur** (une forme de pseudo-coxalgie greffée sur déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur). Depois de ter este autor dado a publicidade com 10 observações, em que precisava os caracteres da nova doença, descrevia symptomas clinicos e aspectos radiographicos como tambem a individualisava, distinguindo da coxalgia e de outras affecções conhecidas da anca.

Não foi senão em Outubro que Perthes (de Tubingen) publicou no Jornal Allemão de Cirurgia um trabalho. Este autor descrevia perfeitamente o quadro clinico que dava o nome de "**artrite deformante**", sendo sem a menor duvida a pedra fundamental da **osteochondrite deformante**, como assim o chamava em 1913. Era pois um estudo anatomo-pathologico de um caso operado da anca, em que examinava a cartilagem da cabeça do femur histologicamente e verificava haver uma hyperplasia da cartilagem anormal, penetrando na camada subjacente do osso perfeitamente são, concluindo pela existencia de uma **atrophia, particular especifica**. Mais tarde ainda este Professor escrevia em 1913 no Jornal Allemão de Cirurgia Clinica, englobando na descripção de osteochondrite deformante juvenil, denominado **osteochondrite deformante da epiphyse superior do femur**. Mérine em sua thèse (de doutoramento de 1919, de Paris) resolveu estabelecer a mneumonica de O. C. D., como abreviação desta affecção, comtudo preferimos conservar sem a abreviação, o titulo apenas de **osteochondrite deformante da anca**.

Waldenström (de Stokolmo) descrevia mais ou menos no anno de 1910, casos analogos que interpretava como **tuberculose do collo do femur**.

Em resumo este autor se achava em presenca de **osteochondrite deformante** e tivera o merito de seguir em radiographias successivas, porém o aspecto das lesões sobre seus eschemas não podem ser de lesões tuberculosas do collo femural e as

provas clinicas e biologicas desta etiologia não são menos convincentes.

Lance acha que foi um grande erro dos Allemães quererem dar o nome de **Molestia de Perthes**. Si se tem de dar o nome do autor da doença, dir-se-á **Molestia de Calvé-Legg**. Albert Mouchet e Georges III (Revue de Orthopédie de Paris de 1921 escreveram: "L'Allemand Perthes (de Tubingen) a tenu plus tard, en 1913, le nouveau-né sur les fonts baptismaux en proposant le nom de **ostéochondrite déformante de l'épiphyse supérieure du fémur**."

La confusion s'est faite dans la suite entre le parrain et le père et l'usage fâcheux, contre lequel nous protestons à nouveau, a prévalu, outre Rhin d'appeler "Maladie de Perthes" cette ostéochondrite. De tous les noms qui ont été proposés depuis lors pour désigner cette affection, celui d'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur, si long qu'il soit, semble le plus satisfaisant; il dépeint nettement le caractère anatomique de la maladie et il ne paraît pas mériter le reproche de Waldenström, d'indiquer trop bien par sa terminaison en "ite" une origine infectieuse qui est, peut-être d'ailleurs, la vraie".

Puech (professor da Faculdade de Medicina de São Paulo) em brilhante conferencia do mez de Setembro de 1921, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio, dissertou sobre um assumpto inteiramente novo entre nós "**osteochondrite deformante infantil — (Molestia de Legg-Perthes)**".

Em 1923 publicamos nos Archivos de Medicina Rio Grandense, do mez de Setembro "**Dados estatísticos de clinica Pediatrica Cirurgica**" em um triennio (1920-23), declarando á respeito que "não conhecemos entre nós, caso algum desta doença, segundo documentação de vinte e um annos de revisão e estudo minucioso feito nos innumerados clichés radiographicos do

archivo de nosso Gabinete particular de Radiologia”.

Os Professores Saint Pastous e Martins Costa escreveram um interessante artigo intitulado “diagnostico clinico radiologico da osteochondrite coxo-femural” (na Revista de Radiologia e Clinica de Porto Alegre, Abril de 1932).

**Etiopathogenia.** Mouchet pensa que esta affecção é relativamente rara, (1 a 2 casos de osteochondrite para 100 coxalgias, segundo a maioria dos autores). Diz ainda este autor que é mistér rejeitar do quadro desta affecção os casos numerosos descriptos por Legg, Perthes e outros em que a **osteochondrite** se apresenta na cabeça femural de uma **luxação congenita** da anca que foi reduzida. As alterações da cabeça e do collo femural que apparecem depois destas reduções sempre mais ou menos traumatizantes não podem ser assimiladas a verdadeiras **osteochondrites**.

E' mais frequentemente observada no sexo masculino, isto é, nos dois terços dos casos. Perthes dá uma proporção de 5:2. Gohrbandt affirma que é difficil se obter dados sobre a frequencia absoluta do processo, as cifras oscillam de 2 a 10 % de todas as doengas da anca.

No serviço do Professor Sussini, de Buenos Ayres (thése de doutorado de Marotoli — 1932) regista 14 casos entre 84 casos de diversas affecções da anca, e na mesma thése se verifica 9 casos do serviço do Professor Rivaroli. Outrosim, podemos dizer que não é frequente entre nós, por isso que, temos sempre presente a formula Clinica, “não se descobre uma doenga sem que se a procure methodicamente”. Quanto a idade, é de 5 a 9 annos (estatística de Mérine); Mouchet declara se observar de 3 annos ou depois de 12 annos de idade; Calvé dá a idade de 3 a 10 annos e Gohrbandt de 5 a 10 annos.

Quanto a herança é rara, pois que apenas se regista um caso de Schwartz entre dois irmãos e um de Calvé e Eiden entre

pae e filho. Gohrbandt diz poder ser occasionalmente familiar.

Quanto ao lado atacado, é quasi sempre unilateral. Confirma-se na estatística de Taylor que dá em 19 casos, apenas um bilateral, podendo atacar de modo simultaneo ou consecutivo, e Mérine em 14 casos não viu senão uma vez a bilateralidade.

A etiopathogenia é o problema dos mais complexos da pathologia cirurgica da anca, pois que o numero de publicações feitas é enorme e longe de conseguir seu objectivo tem complicado ainda o assumpto, posto que cada um dos autores, baseando-se em algum trabalho de character particular, de sua observação clinica, imaginou uma hypothese de modo a chegar enunciar conceitos oppostos e illogicos. Apesar de tudo quanto se tem feito, declaramos que este problema permanece ainda a espera de sua completa solução.

Façamos pois uma evocação a Laennec sobre o que disse das theorias: les efforts pour soutenir les anciennes théories ou pour en créer les nouvelles doivent être considérés comme des amusements de l'esprit, propres à rallier les faits, entre eux, et qu'il faut abandonner dès qu'un fait leur résiste”.

Comtudo, vamos expôr succintamente apenas, duas theorias creadas para explicar a etiopathogenia determinando unicamente os factos mais importantes, e empós, enumeraremos somente as outras theorias para não nos alongarmos e os conceitos de Ombrédanne relativos ao estado actual em face de nossos conhecimentos.

**1.ª Theoria que assimila a osteochondrite deformante a uma dystrophia congenita.** Nella estão condicionadas duas categorias: a) a osteochondrite deformante seria o resultado da estatica articular; b) a osteochondrite deformante se originaria por perturbações do nucleo epiphysario cephalico. Neste sub grupo estão comprehendidas as hypotheses que fazem da osteochondrite deformante um expoente da

alteração morphologica congenita da articulação do eixo-femural e tendo em Calot seu mais fervoroso defensor, muito embora Leucutia relate ter tido a oportunidade de acompanhar a evolução de uma osteochondrite em uma creança na qual, annos antes por outro motivo fizera exame radiographico na anca, sem encontrar vestigios de luxação congenita. Murke Jansen em 1923 expoz sua theoria, que fazia depender das alterações da cabeça femural de uma mal formação da cavidade acetabular, constituindo o chamado **ischium varum**.

Como etiologia do **ischium varum** e espessamento do tecido ósseo da cavidade cotyloidea, este autor sustenta a origem congenita consecutiva a uma estreiteza do sacco amniotico. O argumento fundamental que invalida a theoria de Jansen são as observações radiographicas em periodo de normalidade e que demonstram a inexistencia destas modificações morphologicas previas.

Ademais, Perkins em 1925 em seu bem documentado trabalho criticou as bases da theoria de Jansen, demonstrou que o **ischium varum** é mais do que uma mal formação congenita, é o producto de vicio na technica radiographica que dá o aspecto do engrossamento ou espessamento do assoalho do acetabulo e que pôde se observar em ancas sãs ou em lado indemne da pelve com osteochondrite deformante e por fim, que as modificações cotyloideas nesta affecção apparecem tardiamente em relação as predominantemente lesões da epiphysse femural.

2.<sup>a</sup> **Theoria infecciosa.** Esta theoria de origem infecciosa foi primeiramente lembrada por Froelich e depois por Kidner em 1916 em communicações feita a Sociedade Americana de Orthopédia, que sustentou ser a osteochondrite deformante na realidade uma infecção attenuada de origem sanguinea do collo do femur, da li-

nya epiphysaria, o que perturbaria profundamente a nutrição do osso. Baseou-se este autor sobre uma observação muito interessante digna de registo: "tratava-se de uma criança de 5 annos com lesões typicas de osteochondrite deformante; trepanou o collo do femur através do grande trochanter, chegou a uma cavidade de paredes nitidas, cujo conteúdo se extraiu a cureta; o laboratorio isolou neste material estaphylococos doirados e pouco virulentos". Do estudo clinico destaca-se dois factos a favor desta origem infecciosa: os casos entre os quaes a doença começa em forma aguda com uma apparencia polyarticular para se localisar logo na anca e aquellas observações de osteochondrite deformante immediatas a um processo infeccioso nitidamente, como um rheumatismo polyarticular, escarlatina, forunculose, amygdalites e outras infecções fôcaes.

Uffreduzzi, fervoroso partidario desta theoria, dá argumentos poderosos em seu favor, baseados nos conhecimentos sobre pathologia da epiphysse óssea infantil. Conclue este Professor: "estas formas mais commumente admittidas, são as formas agudas e supragudas, cujo quadro clinico se impõe pela gravidade e evidencia de symptomas; as outras são formas chronicas ou subagudas, insidiosas com um quadro radiographico negativo e das quaes descobrimos só mais tarde as alterações tardias, morphologicas da cabeça do femur. Nesta forma attenuada, na qual não se chega a morte do osso, ou se forma algum sequestro que é absorvido expontaneamente sem suppuração e nem eliminação, pertence a osteochondrite deformante. Si temos em conta tudo isto, veremos que a hypothese mais fundada para etiologia da doença é uma infecção dos ossos subchondral e epiphysario devido ao estaphylococco ou outro germe piogenico; outras vezes, de outros germes pathogenicos e ainda o virus syphilitico."

Em 1914 Mc. Whorter publicava "o caso

de uma criança de 6 annos de idade que iniciava seu processo da anca em forma aguda, com dôres, claudicação etc., acompanhado de febre e leucocytose; com o diagnostico de osteomyelite aguda do collo femural o intervem, fazendo uma arthrotomia anterior do collo, não encontrou pús, porém a cultura do material recolhido revelou "estaphylococcus aureus". A criança fez uma evolução normal e é aqui um facto importante: o estudo radiographico a posteriori e repetido demonstrou lesões typicas de osteochondrite deformante. Mc. Whorter interpretou o caso, dizendo que deve ter havido um fóco infeccioso no collo do femur junto da linha epiphysaria, assemelhando-se a um abcesso de Brodie ou a uma osteomyelite attenuada que originou consecutivamente uma osteochondrite deformante."

Phemister, Brunshwig e Day em 1930 realisaram uma biopsia em "um caso de osteochondrite deformante, demonstrando em estudo histologico, signaes evidentes de inflammção e de necróse óssea e achando no exame bacteriologico o **estreptococco.**"

Marottoli (thése de doutorado de 1932 — Contribuição ao estudo da pathologia cirurgica da anca — Buenos Aires), cita uma observação do serviço do Professor Rivaroli: "A. A. de -2 annos. Argentino. **Começo** — Ha 3 e meio annos que apresenta claudicação do membro inferior direito. — **Estado actual.** Anca direita deformada por tumefacção e saliência do grande trochanter. Basculação da pelve; signal de Tredenleburg; grande encurtamento aparente. Ponto doloroso anterior muito sensível, o mesmo o posterior e trochantericano. Movimentos activos e passivos totalmente abolidos. Dezembro de 1930: enxerto ósseo. Abril de 1932: Arthrotomia, grande abundancia de pús. O quadro clinico e radiographias apresentavam então uma osteochondrite deformante. Apesar do tratamento instituido, a criança não melhora, senão do contrario exagera sua

symptomalogia, o qual ajuntado ao aspecto da imagem radiographica, faz rectificar o primitivo diagnostico de osteochondrite deformante e pensar em coxalgia. Cinco mezes depois, em Dezembro de 1930 em vista do avanço do processo intervem, collocando um enxerto ósseo sobre o collo até a cabeça femural. Uma radiographia obtida, 4 mezes depois, evidencia que as lesões continuam em plena actividade. Nesta época apparece uma tumefacção inflammatoria muito grande da anca, acompanhada de uma suppuração, se pratica uma arthrotomia, dando sahida a uma grande quantidade de pús, o mesmo se faz com o abcesso da fóssea iliaca interna.

O exame bacteriologico revelou a presença de estreptococcus; a lesão da articulação marcadamente destructiva, não se deteve como demonstra as radiographias de Outubro de 1931 e a ultima do mez de Junho do corrente anno, donde recem parecera que o processo ósseo de reparação começára a se vislumbrar. A interpretação clinica do presente caso e de sua evolução anormal póde prestar-se a muitas divergencias, porém o facto indubitavel é que se tratava de um menino com uma coxopathia de mais de 3 annos de evolução na qual se fez o diagnostico de osteochondrite, e enxerto ósseo praticado pareceria que houvera provocado a exacerbção do microbismo latente da epiphyse, produzindo uma intensa arthrite purulenta com um germe bacteriologicamente comprovado: o estreptococco."

Dentro deste grupo de theorias devemos collocar os autores que assignalam na syphilis o papel etiologico da osteochondrite-deformante. Pois que, se tem baseado os casos que apresentam Wassermann positivo e em outros menos ainda que se tem beneficiado do tratamento especifico. Na realidade não existe argumento sério que falle em favor da natureza syphilitica da osteochondrite deformante.

Lance, Andrieu e Coppelle escreveram

no *Jornal de Cirurgia*, de Paris. Anno 1921 que a syphilis é rejeitada como etiologia possível. O argumento principal era que a reacção Wassermann se mostrava negativa nestes doentes.

Heckmann, sem além disto trazer algum facto em apoio admite a origem syphilitica que assimila, como a maior parte dos autores allemães, a osteochondrite deformante ao traumatismo desempenhando o papel de causa occasional. W. Watkins sem prova alguma emite a mesma hypothese.

Finalmente Willard Roberts sustenta nitidamente a origem "heredo-syphilitica". Apoiase: 1.º na analogia das lesões com lesões ósseas da doença de Parrot; 2.º na evolução da doença chamada pelo Americanos "quiet hip disease" na cura espontanea e semelhança clinica com as osteochondrites syphiliticas dos punhos, joelhos e cotovelos; 3.º ausencia da reacção de Wassermann não significa grande cousa na heredo-syphilis; póde faltar ao passo que os pais apresentam lesões claras; 4.º na acção "vigorosa" do tratamento anti-syphilitico. Este autor se refere a oito observações, infelizmente muito breves e sem re-produções radiographicas; contenta-se em mencionar "que as radiographias mostram lesões typicas de osteochondrite". Sobre os oito doentes houve sete de Wassermann positivos e um negativo, duas vezes syphilis dos pais; em todos os casos, em oito a quinze dias de tratamento, houve melhora dos symptomas em 2 a 4 mezes, cura. Impressionado por este artigo, um dos autores, Lance desde um anno procurou cuidadosamente os traços de heredo-syphilis nas osteochondrites deformantes que encontrou na "Consultation d'Orthopédie du service de Ombrédanne aux Enfants-Malades". Poude estudar neste ponto de vista cinco doentes.

Os resultados do tratamento anti-syphilitico têm sido tão nitidos que já em Dezembro de 1920 poude chamar a attenção

sobre este ponto. Finalmente pensamos que a theoria infecciosa da osteochondrite deformante é até o momento actual de nossos conhecimentos a que se tem submettido maior numero de autores e nos dão indubitavelmente fundamento solido á theoria "infecciosa attenuada da epiphyse femural, como productora da osteochondrite deformante".

Mencionando apenas as outras theorias: **vascular e baseadas em perturbação especial da ossificação do nucleo epiphysario**, temos que a da perturbação da ossificação do nucleo epiphysario condiciona um disturbio da ossificação como seja: 1.º alteração congenita (Delitala), 2.º por traumatismos (Legg), e 3.º pelo rachitismo (Calvé).

A vascular deve ser explicada por uma perturbação da circulação sanguinea da epiphyse; e assim estão comprehendidas nas theorias baseadas em um mecanismo vascular: 1.º por diminuição do affluxo sanguineo como consequencia da uma embolia aseptica (necrose embolica de Axhausen); 2.º por augmento activo da circulação phenomeno vasomotor essencial, productora de toda lesão — (theoria da hyperemia activa de Leriche).

Ainda Leriche na "Société de Chirurgie de Lyon-Mars de 1934, in *Lyon Chirurgical (Recherches expérimentales sur le mécanisme de formation de l'ostéochondrite de la hanche)*: "pensa que a osteochondrite da anca entra no quadro das molestias ósseas de origem vasomotor. A alteração óssea, a rarefacção da cabeça faz com que a cartilagem demasiado grande para o volume da cabeça rarefeita que tem de cobrir, se descolla e mais tarde se reabreve.

Na origem da rarefacção óssea, ha um processo de hyperemia que póde ser provocado por um traumatismo, seja por um traumatismo unico marcado, seja por pequenos traumatismos repetidos. As pesquisas experimentaes de seu discipulo In-

trozzi permitem dar como resultado desta conclusão.”

**Conceito do Professor Ombrédanne.** Pensa este Professor que a dystrophia óssea conhecida em seus aspectos anatomicos, radiologicos e em sua propriedade funcional fundamental, que á a malleabilidade. Resta discutir o modo de producção do tecido dystrophico de um lado e as causas que determinam esta producção de outro lado. Declara este Professor que não hesitou em dizer que sua opinião variou neste assumpto. Emquanto que encarava a producção do tecido anormal, como quase exclusivamente uma lesão de crescimento por perturbação funcional da actividade da cartilagem de conjugação, pensa hoje que é preciso dar um lugar muito mais amplo as transformações regressivas, se produzindo “in situ” ao nivel do osso correctamente elaborado e tendo até ahi os caracteres normais. Assim chegou este Professor a esta evolução de concepção por estudos de certo numero de radiographias. Nos primeiros estados, emquanto que os signaes clinicos já existiam nitidamente, e aqui durante varios mezes não se via modificação alguma em contactos da cartilagem conjugal.

Tres mezes mais tarde a cabeça femural era aplanada, a epiphyse parecia fragmentada. Por fim, dois annos depois a epiphyse tinha tomado a forma característica de “boina vasca”. De sorte que, diz ainda este Professor que sua opinião actual se resume no seguinte: a dystrophia óssea epiphysaria póde se constituir de duas maneiras: 1.º Por **dyschondroplasia** e 2.º por **transformação regressiva “in situ”**.

**1.º Dyschondroplasia:** E’ o processo menos frequente, corresponde as formas de crescimento de evolução lenta. A cartilagem conjugal elabora osso anormal em quantidade e em particular malleavel, que não se calcifica ou se calcifica muito irregularmente durante toda a evolução da affecção. Com um certo grau de contractura

muscular acompanha os phenomenos dolorosos ligados a este crescimento pathologico, esta contractura comprime o collo femural contra esta cabeça que se torna malleavel e as deformações se constituem.

**2.º Transformação regressiva “in situ”.** Uma epiphyse já volumosa e constituida por tecido ósseo normal póde soffrer uma descalcificação irregular, parcellaria, uma desintegração em pequenos focos multiplos, donde provem a malleabilidade pathologica da cabeça.

Parece muito provavel que, após as verificaçãoes de Walther e segundo a opinião de Huc, que esta transformação regressiva se produza sob a influencia de perturbações vasculares que são essencialmente “blocagens arteriais”. E’ mistér, não desprezar a concepção emitida por Josserrand: estreito parentesco, que parece existir entre o processo de **osteite fibrosa** e os processos de desintegração da côxa-vara e da osteochondrite deformante. Ademais, escreve Ombrédanne que não se sabe dos agentes da infecção hypothetica, que se póde traduzir, talvez pela acção de veneno microbiano como no rheumatismo tuberculoso. E’ talvez, por arterite que actuariam os factores de origem infecciosa ou determinando a formação destas barreiras do osso unificado de que se tem fallado a proposito dos **kystos ósseos**. Walther incrimina então, sob a influencia destes factores, uma necrôse **osteo-cartilaginosa aséptica**.

**Causas determinantes destes dois processos.** Estudando estas causas, argumenta Ombrédanne da seguinte forma: ou que seja um vicio de funcionamento da cartilagem conjugal, ou que seja um vicio de circulação arterial, ha uma causa nestes 2 processos ou antes ha provalmente varias causas. E’ uma perturbação endocrinica talvez; é uma infecção attenuada talvez, (Froëlich); é uma manifestação do rheumatismo tuberculoso talvez; e é ás vezes de heredo-syphilis talvez, (Lance).

Estão ali as causas primeiras, pondo em jogo os factores possíveis de dystrophias. Porém, a partir do momento em que esta é constituída pela sequencia “a malleabilidade”, póde entrar em jogo as causas de deformação. Assim, se tem assignalado logo a contractura muscular que tem como resultado a dôr. Ajunta-se ali o “traumatismo e a sobrecarga” que em summa, não é senão “um micro-traumatismo” em todos os instantes durante a estação de pé.

**Anatomia pathologica.** Zemansky no anno de 1927 realisa o estudo anatomo-pathologico de uma cabeça femural reseçada por Whitmann; este estudo foi considerado como o melhor ponto de referencia, toda vez que se falla neste assumpto. Analysa immediatamente este autor os achados anatomo-pathologicos dos differentes scientistas e condensa em quadros de alto valor illustrativo todas as modificações mais importantes. O numero já ponderavel de investigações anatomicas publicadas e a serieidade dos mesmos, dá em nosso conceito um valor absoluto aos phenomenos que se reproduzem nos differentes estudos, de modo que bem póde se affirmar que a osteochondrite deformante, é uma entidade nosologica que tem um quadro anatomo-pathologico proprio; devemos comtudo advertir que existem pontos nos quaes os autores, como se deduz da leitura do quadro de Zemansky, as modificações anatomo-pathologicas da osteochondrite deformante mais consideraveis e constantes são: “1.º — Deformação da superficie do contorno da cabeça femural que varia desde a ligeira depressão até ao achatamento e estrias mais accentuadas; 2.º — A superficie cartilaginosa permanece indemne; 3.º — A linha epiphysaria está intacta nos casos precoces; interrompida e detida nos casos de mais tempo”. O facto de se encontrar 3 casos evidentes de doença de Perthes com linha epiphysaria intacta, mostra que não é uma doença primitiva da cartilagem de conjugação (Zemansky).

“4.º — A extensa necróse óssea subchondral e medullar e o tecido de granulação ricamente vascularizado, é o achado mais constante no quadro anatomico da osteochondrite deformante, e finalmente, “5.º — a infiltração de leucocytos, plasmocytos e o eosinophilos, argumento importante a favor da origem infecciosa da lesão, só se tem encontrado cinco casos reaes sobre doze casos”. O aspecto microscopico da extremidade superior do femur atacado pelo osteochondrite deformante se verifica em photographia de peça de Delchaf.

Lemberg precisa a natureza anatomo-pathologica, descrevendo-a como uma necróse subchondral aseptica do nucleo epiphysario femural. As alterações ósseas verificaveis no exame radiologico, considera como expressão das reacções que conduzem a compressão do osso e frequentemente a fractura pathologica.

**Coexistencia com outras dystrophias de vizinhança.** A coexistencia com um certo grau de côxa-vara é de tal modo frequente que alguns tem visto um signal de osteochondrite deformante.

Muitas vezes tambem verifica-se ao mesmo tempo uma dystrophia cotyloidea marcada que augmenta com a cavidade sobretudo para cima: é o cotylo em forma “de meio limão de Calot”. Esta coexistencia póde dar a osteochondrite deformante uma evolução sub-luxante. Porém, existe osteochondrite deformante sem a menor subluxação com arco perfeitamente alinhado — “cervico-obturador”. E aqui, vem em apoio da identidade de natureza entre as **dystrophias metaphysarias, cotyloidea e epiphysaria**. A osteochondrite deformante pura deixaria intacta a cartilagem de encrustamento articular, em outros termos, o processo de osteochondrite deformante não comporta necessariamente — **arthrite concomitante**.

E' opinião de Sorrel que julga as alterações da cartilagem articular resultante de

uma outra affecção a — **artrite deformante juvenil**. Não impede que esta artrite, se não é um limitrophe necessario, é uma complicação frequente. ¿Estaria a osteochondrite deformante, o que o **morbus coxae senil** é para outra dystrophia, dita luxação congenita da anca, porém se produziria muito cedo?

Ombredanne affirma que esta artrite deformante juvenil, seja um limitrophe do processo dystrophico da osteochondrite deformante, ou que seja uma complicação suprapajuntada, não resta disto menos verdade porque destroe as cartilagens de revestimento articular, as cartilagens de encrustamento, provoca estalidos na junta durante os movimentos, termina muitas vezes em rigidez e ás vezes na ancylose da anca. Porfim, Lange e Pommer tem designado estes casos de doença de Perthes de "osteo-artrite deformante".

**Estudo clinico.** Encontramos no estudo clinico dois periodos: 1.º periodo, tambem chamado periodo de **começo**, e o 2.º periodo de **estado**.

**1.º periodo:** neste periodo notamos que se apresentam diversos estados. 1.º se manifesta bruscamente com signaes de artrite aguda da anca; 2.º se apresenta lenta e insidiosamente, como uma coxalgia, e 3.º se mostra em seguida a um traumatismo. Releva ainda bordar consideração indispensavel neste periodo, assim sendo o modo de começo, acontece o momento em que as perturbações funcçionaes augmentando de intensidade, ou não retrogrando, os paes da creança decidem a fazer examinar seu filho. E', em outras circunstancias, na occasião de um ataque sub-agudo com exacerbação dos symptomas que o medico é consultado. A's vezes, o diagnostico da osteochondrite deformante é feito no curso de uma doença intercurrente. De facto, tem raras vezes se observado a affecção em inicio. O diagnostico tem sido feito no fim de tres mezes, cinco mezes, seis mezes, oito mezes, um anno e dois annos. E' na

media, depois de uma evolução de cerca de um anno, que os symptomas se tornam susceptiveis pela sua intensidade ou pela sua duração em atrair a attenção do doente e de seu ambiente.

E' de difficuldade no estado incipiente como affirma Gohrbandt, a exploração não accusa nenhuma modificação na forma da articulação, nada se aprecia por pressão e percussão. De modo prematuro, se póde ver uma ligeira atrophia do quadriceps. A flexão é livre, a abducção e a rotação interna estão diminuidas, a rotação externa, a adducção e hyperextensão são normaes.

**2.º periodo:** Este periodo que é tambem denominado de estado, se caracteriza ás vezes por innumerous signaes de reacção articular ligeira da anca: 1.º claudicação; 2.º dôr; 3.º limitação dos movimentos; 4.º atrophia muscular; 5.º empastamento da região da anca; 6.º hypertrophia da cabeça femural; 7.º ascensão trochanteriana, e 8.º atrophia óssea a distancia.

Passando em revista todos estes signaes temos:

**1.º Claudicação** — Este signal não é uma manifestação muito frequente e assim se póde dizer que: 1.º ás vezes, falta totalmente; 2.º póde ser reduzido a um prejuizo na marcha, devido a uma falta de flexibilidade da anca, e 3.º a claudicação póde ser produzida por causas variaveis em alguns doentes no periodo de estado da affecção; o membro inferior toma uma posição em abducção ligeira sem flexão. Estes doentes caminham então em abducção e alongamento funcçional, que arrasta á claudicação. Em outros, a claudicação se assemelha a da luxação congenita da anca pela insufficiencia dos musculos abductores, em particular do medio gluteo, que coexiste nestes casos com a ascensão do grande trochanter. Ahí, como na luxação congenita o leque muscular do medio gluteo, tornado horizontal pela ascensão de seu ponto de inserção trochanteriana per-

deu sua acção abductora. Poder-se-ia também, então pesquisar o signal de Trendelenburg.

**2.º Dôr** — Gohrbandt declara que as dôres podem estar presentes ou faltar. Não é raro, diz este autor, que em outras doenças da anca neste processo, as dôres se assestam ao nível do joelho.

**3.º Limitação dos movimentos da articulação da anca.** — E' um signal constante, traduzido por uma abducção marcada; a flexão e a rotação externa muito menos limitada; a abducção e a rotação interna ou a extensão são mais raramente assignaladas.

**4.º Atrophia muscular** — A atrophia da côxa e da nadega sobrevem depois de alguns mezes, é pouco mais ou menos constante. Muitas vezes os doentes são tratados por coxalgias e como tal são immobilizados em gesso que poderia tornar responsavel desta atrophia. No entretanto, as crianças que nunca soffreram tratamento algum tem também atrophia muscular; é muito menos marcada. Pelo contrario, não se verifica hypotonia dos gluteos na opinião de Mérine, ao passo que nas observações de Calvé esta hypotonia é presente, e entre nós temos encontrado em poucos casos.

**5.º Empastamento da região da anca.** — Existe certamente em alguns casos este empastamento, em outros a anca é completamente secca. Estes dois estados correspondem a periodos successivos da affecção ou bem existe osteochondrite deformante que evolve sem nunca provocar edema da região? Nem sempre se encontra adenopathias, podemos mesmo declarar que a presença ou ausencia de ganglios iliacos ou inguinaes, ha autores que não dão importancia a estas adenopathias, porque é um signal peculiar a coxalgia.

**6.º Hypertrophia da cabeça femural** — A' inspecção da cabeça femural se observa uma saliencia no triangulo de Scarpa. Palpavel nos movimentos da rotação, rola so-

bre os dedos e não deixando de ser este signal, por via de regra, frequente.

**7.º Ascensão trochanteriana** — Condiçiona-se neste estado, dois signaes: "saliencia do grande trochanter e ascensão tronchanteriana", que imprimiriam a deformação em côxa-vara. Explica-se e mesmo se mede exactamente, ou pelo encurtamento do collo, ou pelo achatamento da epiphyse, ou pela existencia destes dois factores. E' facil de conceber isto pela diminuição do espaço comprehendido entre o apice da cabeça femural e a implantação do collo sobre o femur, terá por consequencia de se approximar da abobada do cotylo e da espinha iliaca antero-superior.

**8.º Dystrophias ósseas a distancia** — O alongamento ou encurtamento do femur e do tibia quando existe é mediocre, quasi inappreciavel.

Nunca se tem observado dystrophias ósseas a distancia. Em todas as radiographias o diametro da diaphyse femural é o mesmo do lado são e lado doente. O canal medular não é alargado, a tinta dos ossos não é mais clara. Do lado da bacia, nada ha a assignalar neste sentido.

**Formas complexas.** Nové-Josserand assignalou formas atypicas de osteochondrite deformante que pareceram indicar a limitação nosologica das differentes affecções da anca, e não são tão nitidamente marcadas como lhe parecera affirmar. Assim, segundo Josserand e Albert Mouchet o acetabulo poderia participar das lesões da cabeça femural. Calvé e Mérine ratificaram, declarando que as lesões do cotylo são um dos traços caracteristicos da affecção. Assim, um caso de uma "menina que foi acompanhada na clinica por espaço de 2 annos, se curou completamente, conforme declaração de Josserand". Este Professor verificou na prova radiographica o seguinte "região do tecto ou do cotylo um espessamento nitido do osso, cuja parte central descalcificada formava uma mancha clara, de bordos irregulares que se assemelhava

a uma imagem de um sarcoma". Mouchet, Sorrel e Delchef observaram irregularidades na linha de contornos do cotylo que foram documentados com casos diversos. Jossierand na descripção de variedade particular de osteochondrite deformante nas crianças, a seu modo de ver, são casos típicos de **uma forma cotyloidea predominante**. Ainda este Professor verificou em dois casos, cujas formas cotyloideas de osteochondrite deformante, erosão do tecto da cavidade cotyloidea e espessamento do fundo desta cavidade, porém o tecto não estava atrophiado, como nas formas características observadas. Ademais, a evolução das lesões, sua comprovação radiographica em varios mezes de intervalo permite afastar a hypothese de Calot.

A proposito das perturbações do estado geral releva dizer que são interessantes assignalar no estudo clinico a relação entre o estado do organismo da criança e as "trophopathias enchondraes e a osteochondrite deformante". Como premissa, poderemos declarar que a osteochondrite deformante apparece nas crianças em pleno periodo do crescimento harmonicamente constituidas e que é difficil affirmar estricitamente a vinculação que pode ter este processo articular com o estado geral do paciente. Comtudo isto, sem entrar em considerações a respeito da etiopathogenia desta entidade nosologica, atraz estudada, tal seja a existencia dos estigmas heredo-siphiliticos.

Em alguns casos de osteochondrite deformante é manifesta uma perturbação geral do organismo da criança, como consequencia de um transtorno de suas glandulas de secreção interna. Por outra parte, se tem comprovado indubitavelmente a influencia do factor endocrinico sobre o crescimento e ossificação da epiphyse, especialmente com a glandula tireoide e hypophyse. Tambem não, neste sentido cremos que se pode tirar conclusões definitivas no que tange a vinculação das disendocrineas com

a trophopathia osteo-enchondral, posto que na enorme maioria dos casos, as crianças atacadas de osteochondrite deformante não apresentam symptomas reveladores de perturbação endocrina.

Cita-se o caso isolado de Lieschield e Seilheim; "de uma menina com symptomas de eunucoidismo feminino, na qual existia uma osteochondrite juvenil" por cujo motivo realisam um enxerto ovarico que produz uma notavel melhoria na lesão articular". Foi tal o entusiasmo destes autores que indicam o organo-therapia nos casos de osteochondrite deformante.

Marottoli em observações pessoais, menciona o caso de um "menino de 11 annos com um processo intenso de osteochondrite deformante e que apresentava toda morphologia exterior de uma syndroma adiposo genital de Frölich".

**Signaes radiographicos:** Gohrbandt declara que o quadro radiographico não apresenta dados definitivos nos estados incipientes, o mesmo que ocorre com os signaes clinicos. Ainda este Professor diz que os symptomas clinicos podem estar em aberta opposição aos radiographicos. A marcha posterior é mais caracteristica pelo aspecto radiographico que o clinico.

A principio existe difficuldades, porém logo o exame radiographico esclarece todas as duvidas. Nos casos suspeitos pois, cumpre ao clinico fazer o tratamento, como se tratasse de "coxalgia".

Sem embargo, reportemo-nos ao aphorismo de Albert Mouchet a respeito do diagnostico clinico: "la clinique n'est presque rien dans l'ostéochondrite, la radiographie est tout, la radiographie est la clef du diagnostic".

Delchef affirma tambem que não existe parallelismo entre as lesões anatomicas da osteochondrite deformante e as comprovações radiologicas.

O **diagnostico differencial** feito em quadro, entre a coxalgia e a osteochondrite deformante foi magistralmente estabelecido

do por Irrmann da seguinte forma: 1.º — **A descalcificação**, tanto em um como em outro se caracterizam, porque na **coxalgia** a epiphyse não é respeitada. 2.º — **A condensação epiphysaria**, signal importante, posto que muito poucas vezes se observe na coxalgia. 3.º — **Estado da interlinha articular**, tambem é de grande importancia, pelo seu valor na **coxalgia**, a regra é que o espaço está diminuído com falta de nitidez dos contornos, que são sombreados e na **osteochondrite deformante** o alargamento da interlinha é commum. 4.º — **A cabeça femural é aplanada e atrophiada na osteochondrite deformante** e logo é fragmentada no periodo de estado, em quanto que na **coxalgia** precoce se acha mais ou menos respeitada para participar depois do processo destructivo articular.

5.º — **O collo femural** apresenta modificações pouco caracteristicas.

6.º — O acetabulo se mostra com lesão nitidamente destructiva, quase exclusiva da **coxalgia**, posto que na **osteochondrite deformante** só existe uma discreta irregularidade do rebordo com descalcificação.

**Exames de laboratorio.** Alguns cirurgiões praticam a reacção de Wassermann ou cutireacção tuberculínica sobretudo os Americanos, sendo a de Wassermann sempre negativa. A tuberculina é signal importante por ser reveladora para muitos autores e para outros não tem valor.

A formula sanguinea revelava uma leucocytose de 7.000 a 8.000 e acima. Westergren e Linzenmeyer dão muito valor a prova de sedimentação dos globulos vermelhos que nos doentes tuberculosos se processa mais rapidamente, cerca do dobro em comparação com o normal (120' e 60'). Esta reacção como a flocculação de Vernes cujo indice depõe a favor de uma lesão tuberculosa, servirão para confirmar a suspeita de uma coxalgia e nunca para caracterisar a osteochondrite deformante. Allison fez o exame do liquido da articulação feita por punção e encontrou glo-

bulos gordurosos, leucocytos polynucleares que inoculados em cobaio foi de resultado negativo para tuberculose.

Rost praticou o sero-diagnostico para o estaphylococco que foi positivo em um caso de doença evolutiva recente e negativo em doença antiga. Kidner poz em evidencia o estaphylococco doirado em um fragmento de osso retirado por intervenção cirurgica, como já nos referimos na 1.ª conferencia a respeito da theoria infecciosa.

**Diagnostic** — A proposito do diagnostico alguns autores tem verificado, além das lesões do nucleo epiphysario uma inflexão do collo, lembrando a côxa-vara.

Comtudo, segundo o diagnostico habitualmente trazido é a **coxalgia**, de symptomas frustos; porém a benignidade dos signaes se prolongando, surge a duvida. O espessamento do collo femural pôde fazer então pensar por **uma osteite bacillar do collo com repercussão articular**; uma radiographia se impõe porque só ella pôde fazer o diagnostico geralmente no periodo de estado, porém não é possivel por via de regra, se ter precocemente um diagnostico. Chaumet escreve: "survenant sur une hanche dont les rapports articulaires sont primitivement respectés, elle est acquise et elle tend à la régénération spontanée du noyau osseux; ce point épiphysaire fragmenté, puis unique, donne enfin une galette aplatie dont les contours et la structure se régularisent, mais dont la forme en champignon porte la trace de la lésion; l'ostéochondrite infantile se fixe chez l'adulte en donnant la variété de déformation que l'on a appelée coxa plana. Donc la coxa plana est le résultat de l'ostéochondrite fémurale infantile".

Nos estados iniciaes o diagnostico differencial é difficil; os finos matizes, os aspectos que podem differenciar a dôr da coxalgia com a osteochondrite deformante, a preferencia de limitar a flexão-abducção, a menor contractura e a adenopathia, a atrophia muscular menos intensa, são pe-

quenos symptomas que pódem orientar o clinico no diagnostico, porém nunca affirmal-o redondamente.

Concluindo o estudo do diagnostico, diremos que o diagnostico differencial entre a **coxalgia** e a **osteochondrite deformante da anca**, resultará da união de todos os elementos de inicio que derivam da clinica, da radiologia e, ás vezes do poderoso auxiliar do medico — o tempo.

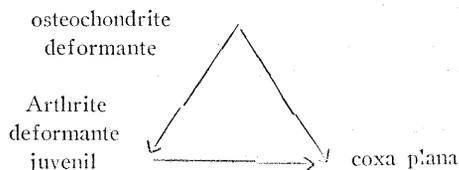
**Evolução e prognostico.** — Alguns casos são vistos desde o começo, são geralmente aquelles de inicio febril; outros no fim de tempo variavel. Parece que na maioria dos casos a affecção só é reconhecida no periodo das deformações. E' muito provavel que em um periodo qualquer da evolução da osteochondrite deformante, a anca possa estar sujeita a ataques sub-agudos e na occasião destes ataques é que nos trazem a criança para examinar.

Mérine acredita que as deformações ósseas persistem indefinidamente e não estão talvez ao abrigo de ataques ulteriores de arthrite ligeira como pareciam demonstral-o Froelich, em observações de casos recentes de soldados reformados anteriormente e retornado ao serviço activo do exercito, viram sua anca se tornar de novo dolorosa. Este Professor observou ainda uma vez uma osteochondrite deformante bilateral terminar depois de varios annos em uma deformação bilateral de côxavara. Mérine sobre este caso curioso e notavel deixa antever que a osteochondrite deformante não seja talvez senão o estado infantil de deformações differentes della observados na adolescencia.

A osteochondrite deformante se cura em dois annos com ou sem tratamento, é conclusão dos partidarios da osteochondrite deformante e da arthrite deformante juvenil. Ombrédanne considera muito excessivo este optimismo, não raro haver casos de 3, 4, annos e mais. Seguimos bem esta evolução, interrogando a dôr de uma parte; porém muitas vezes é minima, as ra-

diographias de outra parte mostram os contornos da cabeça femural retomar a nitidez e a opacidade; porém isto não quer dizer que a cabeça volte a forma anatomica normal; se fixa na forma anormal pelas deformações soffridas de malleabilidade.

Seja qual for a doutrina sobre a sua natureza mesmo, a syndroma da arthrite deformante juvenil pôde terminar pelas rigidezes até a ancylose. A vingulação em pathologia cirurgica entre a osteochondrite deformante, côxa-plana, e arthrite deformante juvenil está plenamente demonstrada desde o ponto de vista da physio-pathologia e corroborado pela experiencia clinica; esta dita relação, quanto a successão das syndromas, bem se pôde eschematizar com o triangulo:



Masseli escreveu a proposito da osteochondrite e osteo-arthrite deformante juvenil da anca no jornal italiano de cirurgia dos órgãos do movimento e transcripto em julho de 1935 na revista franceza de orthopedia: "commentando os casos de sua observação pessoal, 6 localisações a esquerda e 4 bilateraes. Todos os casos unilateraes apresentavam clinicamente leves alterações no lado são o sexo masculino era interessado 7 vezes. A anamnèse se referia em 5 casos um traumatismo e 5 uma infecção, as duas etiologias, sendo concomitantes em 3 casos. A localização das lesões radiographicas era na grande maioria, o nucleo cephalico com ataque contemporaneo do collo; nos 2 casos as lesões pre-

dominavam sobre o cotylo em 1 caso, o collo só era attingido. Em 2 casos uma lesão osteochondrite inicial extra-articular evoluiu para um processo osteo-arthritico secundario.

Conclue Masseli com a união dos autores, na individualidade do quadro cartilaginoso da anca identificada durante estes ultimos annos. A séde das lesões, localizadas não no unico nucleo cephalico, porém estendidas no collo e no cotylo explica as deformações com côxa-vara ou valga e a possibilidade de evolução de uma osteochondrite para uma osteo-arthritis. A verificação, nas formas unilateraes clinicamente as mais frequentes, alterações radiographicas do lado são, permite admitir condições pathologicas congenitas ou adquiridas, necessarias a contribuição da osteochondrite. A etiologia, sempre obscura, é discutivel entre o trauma, a toxinfecção, as perturbações circulatorias ou endocrinicas”.

Ainda Lance, Andrieu e Coppelle escreveram em um artigo que já nos referimos atraz, longe de considerar uma affecção benigna, curando-se totalmente quando immobilisamos os doentes com cuidado, diagnosticados e tratados como coxalgicos, acreditamos que é mistér fazel-a uma affecção de prognostico muito reservado para o futuro afastado das funcções da anca.

**Tratamento.** — Quanto ao que tange ao tratamento, todos autores acham que não se pôde fazer uma therapeutica causal porque não se tem dados etiologicos seguros a respeito desta coxapathia.

Em geral a medicação é pouco activa e muitas vezes puramente symptomatica. A experiencia nos tem demonstrado que ha uma grande desproporção entre os exitos obtidos e a pobreza dos meios empregados. contras as **dôres** e as **contracturas** podemos empregar de um modo **passageiro** o tratamento pela extensão continua e pelos aparelhos de gesso. Tambem pôde ser necessario uma **reducção** sobre anesthesia

geral com fixação consecutiva. Quando as dôres desaparecerem está justificado o emprego dos methodos phisicos conducentes a fortalecer a musculatura do membro e da anca.

Schwartz faz maçagem e mobilisação, tambem pratica uma immobilisação de curta duração com aparelhos de gessos, durante o periodo doloroso e em caso de necessidade faz endireitamento sob a anesthesia. Otto Nieber faz caminhar seus doentes com aparelho de gesso em abducção. Para Taylor a acção do tratamento é nulla, no entretanto a immobilisação acalma as dôres e está abi sua unica indicação. Mérine interroga-nos, si o que nos tem ensinado a radiographia e a evolução de symptomas na osteochondrite deformante, não nos permittiria instituir um tratamento racional. Parece que no curso do periodo agudo, enquanto que o nucleo epiphysario soffra uma desagregação mais ou menos marcada, haja interesse em immobilisar a articulação para acalmar os phenomenos dolorosos. Talvez poder-se-ia, além de evitar assim a medida do possivel, o achatamento da epiphyse sob o peso do corpo, consequencia da estação de pé. A extensão continua seria então preferivel ao gesso, porque é certo que a limitação temporaria dos movimentos e a atrophia muscular se observam sobretudo nos doentes tendo tido gessos.

Si adoptarmos este genero de immobilisação, deverá ser seguido por tanto tempo quanto as radiographias successivas tiverem mostrado a parada do processo destructivo e o começo do periodo de reparação.

Quando os contornos do nucleo epiphysario tiverem retomado sua nitidez, quando a tinta deste nucleo fôr tornada uniforme, então poderemos fazer levantar os doentes; primeiramente com prudencia, depois se segue um periodo de maçagens e de mobilisação, para depois dispensar estes cuidados.

Gohrbandt pensa ser muito discutível o emprego dos aparelhos de descarga para impedir a pressão na cabeça do fêmur, durante toda doença, e não julga necessário. Só se tivessem a segurança de um bom resultado poderiam expôr a criança a todas as doenças e prejuizos que este tratamento acarreta.

Perthes e outros autores affirmam que precisamente os doentes que não têm sido tratados com aparelhos de descarga, têm obtido o melhor resultado funcional. Lange e outros autores recommendam o tratamento com aparelhos de gesso. Lance contra indica os gessos e a extensão continua, declarando que os gessos atrophiam a musculatura e arrisca a endurecer a articulação da anca, e a extensão continua é mesmo superflua; o repouso somente basta.

**1.<sup>a</sup> Observação do Professor Puech, de São Paulo** (Da conferencia na S. de M. C. do Rio de Janeiro, feita em setembro de 1921). Pedro, 6 annos incompletos. Antecedentes da familia sem importancia. Filho de colonos. Ninguém soffreu de molestia óssea. Pai e Mãe gosam boa saúde. E' o quarto filho, evoluiu normalmente e não apresenta incidentes dignos de nota, salvo uma gastro-enterite rebelde aos 2 annos de idade, que o abateu consideravelmente. Apoz uma quédá, ha 8 mezes, ao sahir de casa o menino tropeçou na soleira da porta e cahiu, começando a mancar do lado direito, accusando alguma dôr. Dormia bem; esta claudicação ou coxear ora augmentava, ora diminuía e por vezes a dôr mais se accentuava. Durante mezes foi o unico symptoma observado, salvo tambem facilidade maior ao cansaço. Corria regularmente bem. Certo dia examinando-o com mais attenção sua mãe notou que o membro doente parecia mais curto que o esquerdo e mais fino. Assustada, resolveu trazer o menino a São Paulo, dando entrada para o nosso serviço a 7 de Junho de 1918.

A percussão do cotyloide não provoca dôr; a apalpação dá impressão de cabeça do fêmur hypertrophiada. Não ha attrictio articular. No decubito dorsal a attitude do membro inferior é de ligeira abducção; movimentos articulares de flexão e extensão normais, limitação franca e dôr nos movimentos de abducção e rotação externa; pequena atrophía dos gluteos, mas sem hypotonia, assim como nos musculos da côxa. Não encontramos ganglios; a cutireacção foi negativa. Suspeito de coxalgia benigna. A radiographia demonstra á evidencia as lesões caracteristicas da molestia.

Indicações: repouso relativo, tratamento reconstituinte geral. Prognostico bom. Não foi mais visto o doente, para se dizer sobre a evolução do caso.

**2.<sup>a</sup> Observação do mesmo Professor:** E' resumidamente a seguinte: Clibas D., vindo de França, suspeito de coxalgia, 7 annos. Após um traumatismo, claudicação intensa, intermittente, ligeira dôr. Movimentos articulares livres, mas muito reduzidos o de abducção e rotação externa: atrophía bastante accentuada do membro inferior, encurtamento de um centimetro. Signal de Tredenlenburg. Tonus muscular normal; elevação do grande trochanter e sua saliência; a radiographia esclarece o diagnostico demonstrando as lesões typicas da osteochondrite".

"Observação: — dr. Calvé — obs. II — Thèse pour le doctorat en Médecine, de Mévigne — Paris 1919 — L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémurale supérieure. — Suzanne B. 5 annos e meio.

Esta criança nunca coxeou e nem soffreu do membro inferior direito; não teve marcha retardada (que começou aos 14 mezes), porém seus paes dão o testemunho que caminha com alguma preguiça, puxando um pouco da perna direita. As cousas estavam neste pé quando em Setembro de 1915 se declarou uma varicella cuja erupção parece ter sido bastante intensa na

metade inferior do corpo e demorada, e durante o periodo de demora na cama reclamada pela molestia, se manifestaram na anca direita dôres vivas que se attribuiu primeiramente a um engorgitamento ganglionar tendo talvez por origem das pustulas de varicella. Houve sem duvida outra causa, porque quando a criança se levantou, caminhando sem coxear diz a mãe, porém com uma aggravação de sua antiga marcha um pouco defeituosa, o medico que a cuidava em Londres verificou "um enfraquecimento muscular" em tratar pela gymnastica sueca e mobilisação; uma radiographia foi praticada em 15 de Outubro de 1915, que mostrou uma anca normal.

**Radiographia** — Rotação externa do femur um pouco mais marcada a direita; a comprovação dos dous lados mostra uma semelhança das extremidades superiores do femur; si o collo apresenta a direita, um pouco de endireitamento de seu bordo superior, é uma consequencia normal de uma ligeira rotação externa. A cartilagem epiphysaria não está modificada, talvez poder-se-ia dizer que o contorno do nucleo ósseo é um pouco menos regular em sua porção externa. Os espaços articulares são iguaes. O osso iliaco é um pouco mais largo a direita, porém esta ligeira desigualdade se estende a todo osso. E' uma consequencia da posição symetrica da bacia durante a radiographia. Com effeito, em seguida da atrophia muscular da nadega direita o osso iliaco se acha mais approximado da placa deste lado, o que arrastou um certo gráu de rotação da bacia ao redor de seu eixo. O lado direito da bacia, se apresentando assim mais normalmente aos raios obliquos, sua imagem com isso foi alargada. Pois em Outubro de 1915, não existia lesão alguma apreciavel a radiographia. As perturbações funcionaes tendo persistido, a criança foi collocada em repouso na cama, durante o anno de 1916. Uma nova radiographia foi feita em 14 de Julho de 1916.

**Radiographia:** — A bacia não está em posição symetrica, os dois femures não têm o mesmo gráu de rotação, o da direita (lado doente) está em rotação externa marcada. Não se póde pois dizer se ha espessamento do collo ou não, si o angulo de inclinação é ou não diminuido. Isto posto a parte, esta nova radiographia mostra o apparecimento de lesões interessantes. A epiphyse femural a direita está muito modificada, tem a forma de uma calota e de contornos muito indecisos, é a séde de uma rarefacção óssea intensa, a tal ponto que parece formada de varias pequenas ilhotas sombrias, muito irregulares, de contornos muito sombreados. Não é deslocada, nem para fóra, nem para dentro. A linha da cartilagem de conjugação é convexa para cima e para dentro é irregular. E' reforçada de um traço sombrio do lado do collo. O collo femural não está encurtado nem alongado. O espaço articular parece a primeira vista, muito alargado, porém observando as cousas mais de perto, se percebe que isto tenha o aspecto sombreado da cabeça. Encontra-se com effeito, espalhado pequenas manchas desenhando um contorno que limita um espaço articular da mesma dimensão que o do lado são.

A abobada do cotylo não é modificada. Não ha ascensão trochanteriana. Não se póde dizer que o femur esteja dystrophiado, porque não é mais palido e si seu diametro é um pouco mais fraco. Não é precioso esquecer que é mais perto da placa photographica pela sequencia da atrophia dos gluteos. A criança é então conduzida a Berck em Janeiro de 1917, onde em seguida de um diagnostico de osteo-arthritis tuberculosa da anca, é cuidada durante um anno, até Janeiro de 1918 por associação de aparelhos de gesso e de extensão continua, depois por injecções intra-articulares. Em seguida a este tratamento de um anno, o medico tratante considera que a coxalgia está curada. E' então que a familia decide fazer examinar a pequena doente por

dois cirurgiões de Berck que, depois de ter feito praticar um exame radiographico, redigem a consulta seguinte. Os medicos abaixo-assignados verificam na senhorita B., de idade de cinco annos e meio, uma deformação da anca caracterizada por um achatamento do nuco de ossificação da cabeça do femur com alargamento da corôa articular e espessamento do collo.

Esta deformação é verificada, desde a época dos primeiros symptomas de arthrite (radiographia).

Os movimentos da anca inteiramente livres, a excepção da abducção, um pouco incompleta. Este estado se liga a uma entidade nosologica bem determinada e designada actualmente sob os nomes de arthrite deformante juvenil ou doença de Perthes. Trata-se de uma affecção não tuberculosa. Está sujeita a ataques dolorosos podendo durar algumas semanas, cedendo ao repouso, não acarretando as complicações habituaes da coxalgia: ulceração das superficies articulares, abcessos.

Os medicos firmados aconselham: 1.º — Deixar a criança retomar a marcha, depois de precauções previas impostas pelo estado da atrophia muscular do membro doente e o joelho recurvado, consequencias de uma longa immobilisação (apparelho de gesso, extensão continua); 2.º — Estas precauções consistirão em sessões de maçagens e de mobilisação activa durante um periodo de dois a tres mezes, a criança ficando em repouso deitada ou assentada. Berck-Plage, 20 de Janeiro de 1918.

Radiographia. A cabeça femural é hypertrophiada a direita. A epiphyse é achatada em crescente muito regular de tinta uniforme de bordos muito nitidos. E' achatada, porém é mais larga, se avança pelo bordo inferior do collo, muito mais que do lado são. A cartilagem de conjugação é muito regular, porém convexa para dentro e para cima. O collo é grosso, é alargado transversalmente, sobretudo a parte

interna de seu bordo inferior, que é dilatada na porção em que contribue para constituir a cabeça femural. O collo não é encurtado ao nivel de seu eixo central, porém é sobre seus bordos o que traduz a convexidade da cartilagem de conjugação. Não ha desvio em côxa-vara, os angulos de inclinação sendo os mesmos dos dois lados. A abobada do cotylo é um pouco achatada e irregular, o espaço articular é pouco modificado, é, quasi tão largo como o do lado são.

Sem dystrophias osseas a distancia, sem ascensão trochanteriana.

A criança é então tratada pela maçagem e mobilisação; depois da marcha pôde ser permittida. Ao cabo de um mez, não persistia senão um pouco de limitação da abducção. Esta observação é notavel neste sentido, que mostra successivamente uma anca sã, uma anca atacada de lesões do nucleo epiphysario, em seguida de uma varicella acompanhada de localisação articular, emfim a anca parece curada, conservando porém uma deformação característica. E' um caso raro de O. C. D., cuja evolução foi seguida de radiographias successivas."

**“Observação: Dr. Ménard. obs. XII da these de Mérine. L. 11 annos — Radiographia —** Do lado esquerdo, deformação typica da extremidade superior do femur. A comparação do lado são e do lado doente, revela que não ha côxa-vara. Poder-se-ia mesmo acreditar, a primeira vista, na existencia de uma côxa-valga, porém os angulos de inclinação são sensivelmente iguaes e esta apparencia é devida ao deslocamento da calota epiphysaria para fóra. O collo não é encurtado porém um pouco alargado em seu diametro transversal. A epiphyse é achatada em forma de calota e lançada para fóra; não apresenta ilhotas de rarefacção óssea. A linha da cartilagem conjugal é pouco mais ou menos normal, o espaço articular é alargado, a abobada do cotylo é espessado. Sem dystrophias a dis-

tancia. Não ha ascensão trochanteriana como mostram a mensuração e o signal da ogiva. A diminuição de altura da epiphyse sendo compensada pelo alargamento do espaço articular, este alargamento traduz, pois, não o desgaste da cartilagem articular, porém a diminuição de altura do nucleo ósseo da epiphyse”.

“**Observação 1.<sup>a</sup>** (Remarques sur l’ostéochondrite déformante juvénile de la hanche-Lance, Andrieu e Coppelle, — Journal de Chirurgie — Octobre de 1921).

Bot... Léon, cuidado com a idade de 3 e meio a 6 annos e meio por coxalgia direita no Hospital Bretonneau, depois em Berck. Uma radiographia, feita em 1910 no Hospital Maritimo de Berck, mostra um achatamento do nucleo epiphysario em sua parte interna que está scindindo em dois nucleos secundarios. Vemol-o no Bretonneau a 9 annos por uma quêda com movimentos extensos da anca: a flexão é limitada a 90°, a rotação interna nulla; os outros movimentos são livres. Uma radiographia em Janeiro de 1913, mostra uma cabeça femural muito achatada, deformada com manchas mais claras. Damos o diagnostico de osteochondrite deformante. Revisto em 20 de Março de 1921, com 17 annos. Caminha sem aparelho desde 1913. Algumas dôres quando se fatiga. Saliencia consideravel do grande trochanter, alargamento da nadeга direita, abaixamento da dobra glutea. Caminha em adducção ligeira, oscillação do membro limitada. Signal de Trendelenburg nitido. O membro é fixado em flexão de 60°, movimentos muito reduzidos: abducção, rotação interna e externa nullos, flexão e extensão limitadas. Atrophia muscular nitida (4 centímetros  $\frac{1}{2}$  na côxa). Encurtamento do membro de 2 centímetros. A radiographia mostra o encapuzamento do collo na cabeça achatada. O cotylo é profundo e pouco deformado. A radiographia de perfil mostra que o achatamento da cabeça é circular.”

“**Observação 4.<sup>a</sup>** (dos mesmos autores da observação acima).

Lam... Robert. Em Maio de 1911, com 6 annos, a criança, sem soffrer, se põe a coxear de manhã e de noite, se está fatigada. Em Julho, algumas dôres. Durante o verão, poz-se em repouso de 8 dias, depois de 15 dias, os signaes melhoram. Em Dezembro de 1914, é visto no Bretonneau: coxear muito ligeiro, movimentos de abducção e adducção muito limitadas, rotação interna nulla, extensão completa. Sem adenopathia iliaca. O radio mostra um achatamento do nucleo epiphysario. Dá-se o diagnostico de coxalgia: posta no gesso, renovado durante 2 annos. Em Julho de 1917, vai a Roscoff.; retirada do gesso em Dezembro, caminha com muletas. Saê em Julho de 1918, não coxear mais. Revisto em Abril de 1921 com 13 annos, caminha e corre sem coxear e sem soffrer.

Atrophia ligeira, encurtamento 15 mm. sobre o collo. A dobra glutea está abaixada, o grande trochanter saliente. Ligeira limitação dos movimentos da anca. O radio mostra uma epiphyse achatada o encapuzamento do collo em todo sentido. O cotylo é profundo, seu tecto horizontal e o supercilio saliente. A bacia é deformada, o ischion é projectado para a cavidade.”

**Observação I** — (Pessoal) Honoria... S, idade de 13 annos, branca, deste Estado. Entrada a 25 de Fevereiro de 1931 para o serviço de Clinica Cirurgica Infantil da Faculdade (Hospital São Francisco de Porto Alegre).

**Diagnostico** — Osteochondrite deformante da anca, bilateral com ancylose a direita.

**Historia clinica** — Antecedentes hereditarios — mãe soffreu de bronchite, cinco filhos, fallecidos dois (infecção e inflammação intestinal) e os demais sadios. **Pae** sadio. Avó paterna fallecida de asthma (aos 75 annos de idade) e materna fallecida do coração. **Antecedentes** pessoas: — Informa a mãe que até a idade de tres annos sua filha soffria de inflammação dos

intestinos, gozando depois de boa saúde até a presente doença das cadeiras que sobrevieio empós a uma quêda de pequena altura.

**Doença actual.** Declara a mãe que ha um anno começou sua filha a ter dôres no joelho direito e parte anterior da côxa em consequencia da quêda e assim sempre coxeava da perna direita, aggravando-se nestes ultimos quatro mezes.

**Radiographia** — Do quadril — de 26 de Fevereiro de 1931. (Figura n.º 1). O Prof. Saint Pastous informa: osteochondrite deformante com irregularidade do tecto do acetabulo; de 27 de Agosto (Figura n.º 2) o mesmo Professor declara: que em ambas as articulações côxo femuraes, notam-se irregularidade nos contornos ósseos, redução do espaço articular e em alguns pontos formação osteo-fibrosos inter-articular (na articulação direita); de 26 de Outubro de 1932 ainda este professor diz: aspecto radiologico de osteochondrite côxo-femural bilateral e em phase de restauração.

**Tratamento** — Repouso. Attendendo ao estado geral da menina um tanto enfraquecida instituiu-se o methodo de Finikoff (10 injeccões de oleo iodado sem usar o oleo de amendoim por não se obter em condições e sim o de oliva, muito embora reconheça a superioridade daquelle sobre este; uvetherapia; grande gesso por curta duração no periodo doloroso.

Mais tarde empregou-se injeccões de sulfuron, de colobiase de enxofre. Mecanotherapy. Marcha progressiva com muletas.

**Nota** — Cumpre-nos accentuar que esta menina estava em mau ambiente( em derrotismo quanto ao tratamento), razão pela qual a assistencia medica foi sempre irregular, pois os pedidos de sua mãe, ora de alta, ora de baixa do serviço por diversas vezes creava esta situação difficil para a clinica. E assim posto, éra de esperar que os resultados therapeuticos não correspondessem para a doença de prognostico funcional sombrio e com a ancy-

lôse, episodio de osteo-arthritis deformante como temos feito notar neste estudo de pathologia cirurgica infantil applicado.

**II Observação** — (Pessoal). Suelly... R., de idade de 10 annos e meio, mixta, deste estado. Entrada em 12 de Março de 1931 para o serviço da clinica Cirurgica Infantil da Faculdade.

**Diagnostic** — Osteochondrite deformante da anca direita.

**Historia clinica** — Antecedentes hereditarios. Mãe sadia, seis filhos vivos, tres mortos e dois abortos. Pae cancro venereo em moço. Avó materna — fallecida de tuberculose pulmonar (1930); avó paterno soffria de bronchite e fallecera de colite e avó paterna rheumatica. Tio materno fallecido de tuberculose pulmonar. Dois irmãos vivos e fracos; dos fallecidos (o 1.º oito dias empós ao nascimento, o 2.º de hemorragia intestinal ao nascer e o 3.º nascido de sete mezes fallecido seis horas após.)

**Doença actual** — Contam-nos os paes que ha um anno quando brincava sentio fortes dôres na côxa e joelho direito. Medicada com fomentações e ensolação progressiva melhorou para mais tarde sobrevirem as mesmas dôres. Ao cabo de tres mezes notaram encurtamento da perna doente, motivo que a fez se recolher ao hospital.

**Radiographia** — Do quadril — em 30 de Maio de 1931 feita pelo Prof. Saint Pastous: (Figura n.º 3) — I — Sub-luxação ascendente. II — Deformação da cavidade cotyloidea. III — Nucleo epiphysario sephalico achatado e fragmentado, de contornos irregulares com pequenos focos de rarefacção óssea. IV — Collo femural alargado e espesso. Conclusões: signaes radiologicos caracteristicos da osteochondrite femural infantil ou epiphysite femural superior (molestia de Legg, Calvé e Perthes ou ainda segundo a escola de Calot: uma simples sub-luxação congenita côxo-femural.

Releva declarar que se fizeram radiogra-

phias, ainda por este professor, para controle em 15 de Março (Figura n.º 4) e 30 de Setembro de 1931, se conservando esta menina sem maiores modificações do processo.

Em 31 de Julho deste anno o dr. Nestor Barbosa deu o seguinte resultado **radiográfico dos pulmões**: apices claros e permeáveis. Ganglios hilares augmentados. Espaço mediastinal posterior claro. Transparencia pulmonar normal. Fundos de sacco livres. Leve espessamento das ramificações bronchicas. Signaes de peri-bronchite. Em 17 de Novembro de 1932. (Cliché n.º 5). **Radiographia do quadril** foi feito pelo dr. Pedro Maciel cujo resultado foi: articulação côxo-femural — encurtamento do collo femural. Elevação do grande trochanter. Deformação do tecto do cotylo. Interlinha articular normal. Aspecto radiologico da côxa-plana.

Esta radiographia foi tirada na 2.ª vez da entrada no serviço.

**Tratamento**: Repouso — Extensão continua na phase dolorosa, Methodo Finikoff (9 injeções). Serie de injeções de Vitar-gyl Raul Leite. Serie de injeções de arseminól e de thiobi. Grande gesso por muito pouco tempo. Marcha progressiva, com muletas. Obteve alta melhorada e a pedido, sendo transferida para o ambulatorio da clinica.

**III Observação** — (Pessoal). Erna... S., de idade 8 annos, branca, deste estado. Entrada a 16 de Setembro de 1932 para o Serviço de Clinica Cirurgica Infantil da Faculdade.

**Diagnostico** — provavel de osteochondrite deformante da anca, bilateral, benigna.

**Historia clinica** — Antecedentes hereditarios. Mãe sadia, dois filhos. Pae alcoolista. Avós alcoolistas (sic). **Antecedentes pessoases** — Sarampo, varicella e febre typhoide.

**Doença actual** — Mãe conta que aos 4 annos de idade a menina começou a quei-

xar-se de dôres no joelho direito e côxeava, razão pela qual lhe applicaram um grande gesso. Ao cabo de seis semanas lhe retiraram o gesso e ficou sem sentir mais as dôres na anca. Mais tarde sobrevieram dôres na outra anca, lado esquerdo, fazendo-a claudicar da perna correspondente, estado este que a mãe attribue a febre typhoide, a cerca de dois mezes que fizera desengançar a doença actual.

**Radiographia do quadril** foi feita em 24 de Junho de 1932 (Figura n.º 6) pelo Professor Saint Pastous. Ligeira irregularidade nos contornos da cabeça femural esquerda. Deformação da cabeça femural e achatamento, á direita. Reacção de Wassermann negativa (000) e sôro floclulação da resorcina, resultado 17, (Professor Pereira Filho).

**Tratamento** — Applicado o grande gesso esquerdo, obteve alta a pedido. Não supportou o gesso por sentir dôres, sendo-lhe retirado o aparelho gessado em casa. Medicação geral — calcio e oleo de figado de bacalháu e repouso.

**IV Observação** — (Pessoal). Arancibio... S., de idade 11 annos, branco, deste estado, Entrado a 15 de Janeiro de 1935 para o Serviço de Clinica Cirurgica Infantil da Faculdade.

**Diagnostico** — Osteochondrite deformante da anca direita.

**Historia clinica** — Antecedentes hereditarios — Mãe sadia, quatro filhos de bôa saúde. Pae fallecido de aneurisma rompido. Avós, ignora-se os antecedentes. **Antecedentes pessoases** — Varicella e sarampo.

**Doença actual** — Informam que a causa de sua presente doença fôra um pontapé na verilha; depois de uns 4 ou 5 mezes sobrevieram-lhe fortes dôres na verilha direita dificultando-lhe caminhar não só pelas dôres da verilha como do joelho.

**Radiographia** — Apresentou-nos uma radiographia da anca tirada fôra da Capital, que traz apenas a data, anno de 1934. Exa-

minada a articulação da anca direita se observa signaes radiologicos de sub-luxação, alargamento da interlinha articular e contornos cotylóideos sombreados.

Em 17 de Janeiro de 1935 (Figura n.º 7) tirou-se nova radiographia que mostra signaes característicos na anca direita: descalcificação epiphysaria e collo do femur que é encurtado e grosso; alargamento da interlinha articular. Anca esquerda tem o aspecto normal. Conclusão: osteochondrite deformante da anca direita.

Em 4 de Maio, (Figura n.º 8), ainda nova radiographia que se apresenta, conservando o alargamento inter-articular, condensação epiphysaria, cabeça do femur aplanada e atrophiada com aspectos de fragmentação do nucleo cephalico. Anca esquerda, continúa com aspecto radiographico normal. Conclusões: osteochondrite deformante da anca direita, em periodo de estado.

**Pulmões** — Em 21 de Janeiro — foi tirada radiographia pelo assistente Dr. Norberto Pêgas: Ápices claros. Transparencia pulmonar nas bases. Seios- costo-frenicos permeaveis. Excursões diaphragmaticas amplas. Conclusões: Adenopathia hilar bilateral. Signaes de perilinfite bronchite.

**Cutireacção** — (Morquio — Mantoux) positivo. **Reacção de Wassermann** negativa (000).

**Tratamento** — Repouso — Grande gesso, com o aparelho de descarga para atenuar as dôres, que a princípio se acalmaram para mais tarde sobrevir com certa intensidade assestadas na verilha e joelho. Retirado o gesso ao cabo de 2 mezes por se queixar de dôres nestas regiões; examinou-se a região que era muito dolorosa no triangulo de Scarpa e tambem na região do joelho. Aquella dava a perceber nitidamente a cabeça do femur e muito sensivel a apalpação, e a região trochanteriana apresentava um empastamento da anca e ascensão do grande trochanter. A perna

direita estava encurtada, abducção e rotação externa, de movimentos limitados.

Releva dizer que o menino, tendo a idade de onze annos, aparenta mostrar mais, havendo pois um crescimento um tanto exagerado, os orgãos genitales não são desenvolvidos, quiza rudimentares e um aspecto de certa adiposidade.

Infelizmente o paciente não se deixou tratar convenientemente por solicitação da familia que pediu alta, impedindo assim aos exames complementares para nos orientar na pathogenia do diagnostico, talvez de uma dystrophia adiposo genital de Froelich, muito embora seja rara.

**V Observação** — (Pessoal). Carlos... P., de idade de 6 annos, branco, deste Estado. Entrado a 18 de Fevereiro de 1935, para o Serviço de Clinica Cirurgica Infantil da Faculdade. (Retrato anexo).

**Diagnostico** — Osteochondrite deformante da anca.

**Historia clinica** — antecedentes hereditarios — Mãe soffre de bronchite, tres filhos e um aborto. Informam que o pae tem uma doença da anca, ignorando-se sua natureza. **Irmãos** — sadios, (radiographias da anca normaes). Avós sadios.

**Antecedentes pessoaes** — Varicella e sarampo.

**Doença actual** — Declara a mãe que ha um anno seu filho queixa-se de dôres na côxa direita e se aggravou a ponto de impedir-lhe a marcha.

**Radiographia do quadril** — foi feita em 7 de Fevereiro pelo assistente Dr. Norberto Pêgas. Articulação côxo-femural esquerda: aspecto normal. Articulação côxo-femural direita — Contornos de cotylo regular. Espaço articular conservado.

Nucleo cephalico femural achatado, fragmentado, de contornos imprecisos. Collo do femur ligeiramente alargado. Conclusões: Signaes de osteochondrite côxo-femural ou molestia de Legg — Calvé — Perthes, á direita.

Outras radiographias para controle nos

dias 22 de Abril (Figura n.º 9) e de 6 de Julho se mostram com os nucleos cephalicos mais nitidos.

**Radiographia dos pulmões** — em 20 de Fevereiro: Apices claros. Transparencia pulmonar boa. Seios costo-frenicos permeaveis. Excursões diaphragmaticas amplas.

Cutireacção — Morquio — Mantoux) — negativa.

O menino se apresenta com um bom estado geral. Abduccão e flexão limitadas. Phenomeno de Trendelenburg positivo. Cõxa direita com leve atrophia muscular.

**Tratamento** — Repouso. Grande gesso do membro inferior direito por um mez

apenas, depois marcha feita com cautela e de muletas. Duas series de injeccões de calcinjectol Raul Leite. Obteve alta a pedido sendo transferido para o ambulatório da clinica, onde continúa melhorando.

E' assim que concluindo nossas conferencias clinicas sobre a osteochondrite deformante da anca, doença como acabais de observar ainda tão pouco frequente entre nós e que exige da parte do clinico avisado muita attenção no formular o delicado diagnostico. Devemos pois, vos declarar que fazemos nossas as palavras expressivas do Professor Broca: "envelhecendo o pathologista tem a classificacão menos segura, o clinico tem o diagnostico mais modesto."



Figura n.º 1

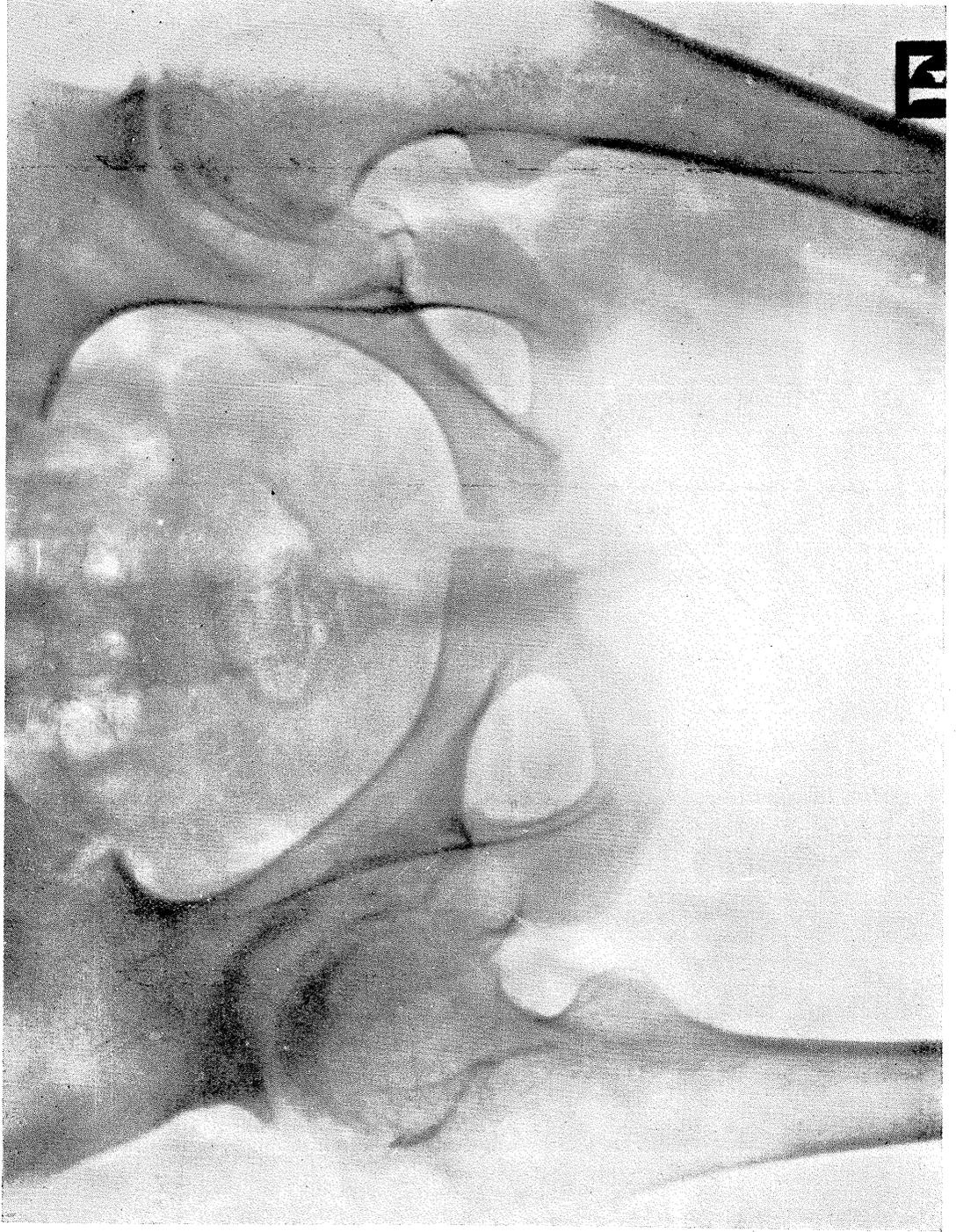


Figura n.º 2

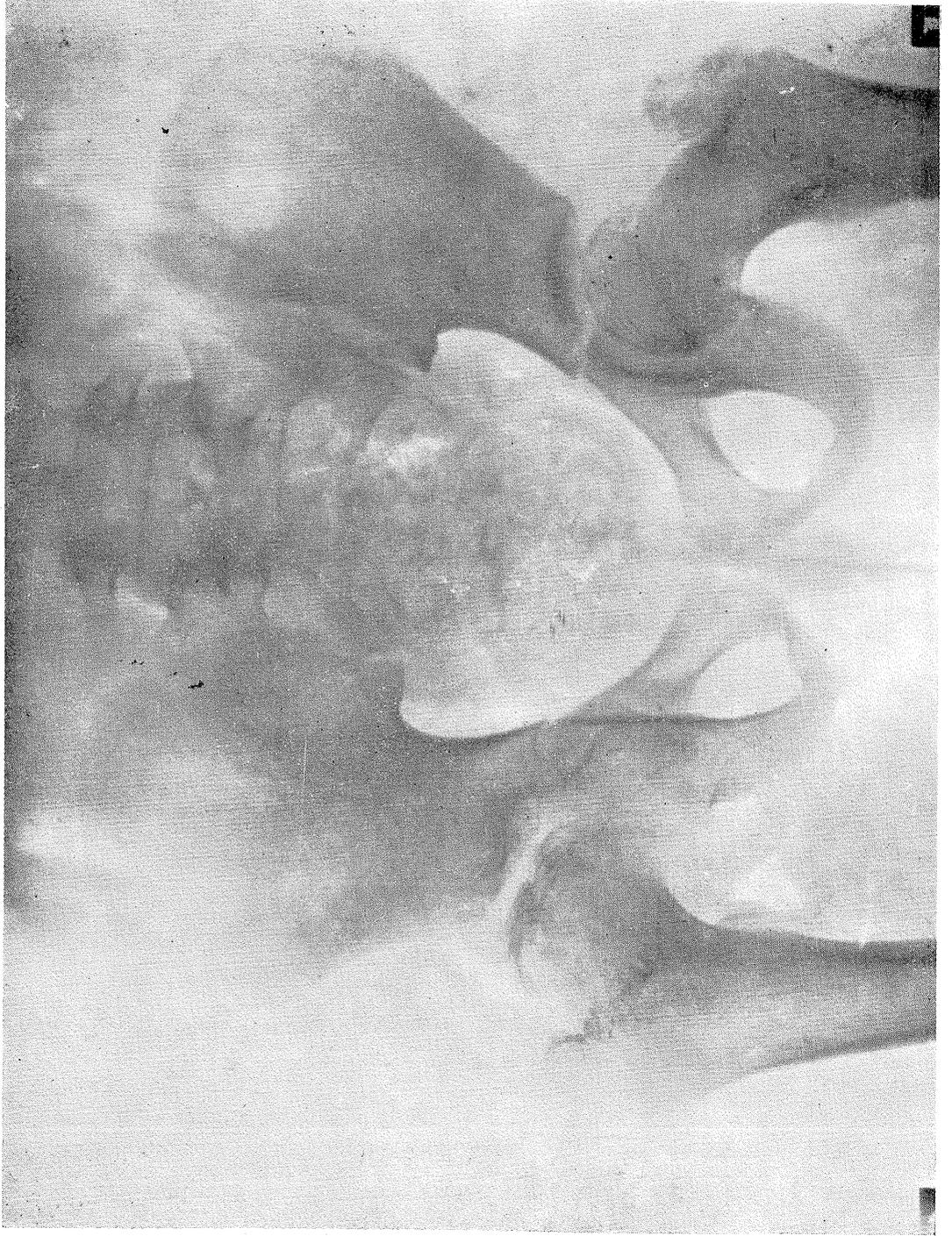


Figura n.º 3

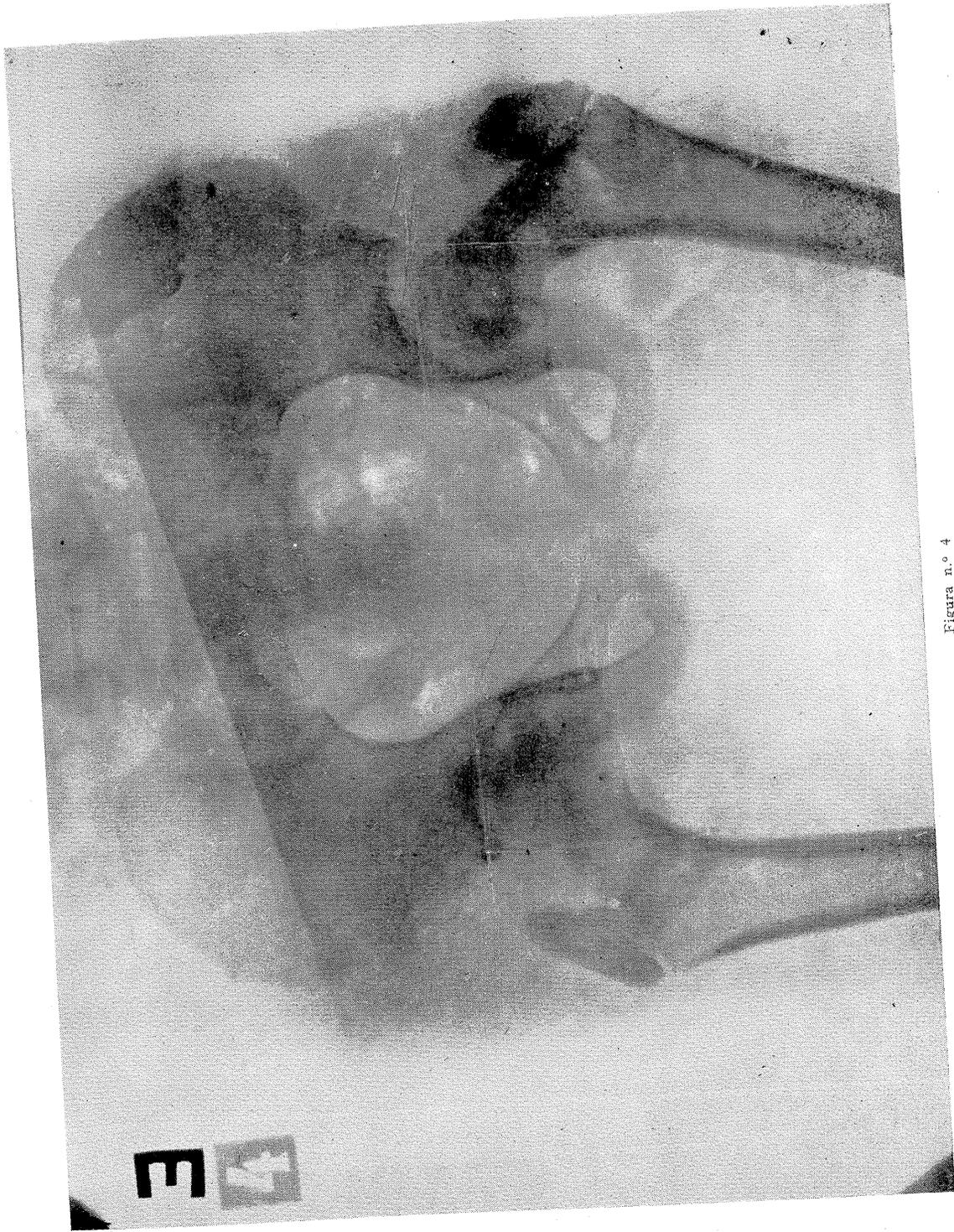


Figura n.º 4

3





Figura n.º 5



Figura n.º 6



Figura n.º 7



Figura n.º 8

Scanned with a high-resolution scanner. The image shows a person's torso and arms, possibly in a medical or forensic context. The image is rotated 90 degrees clockwise.

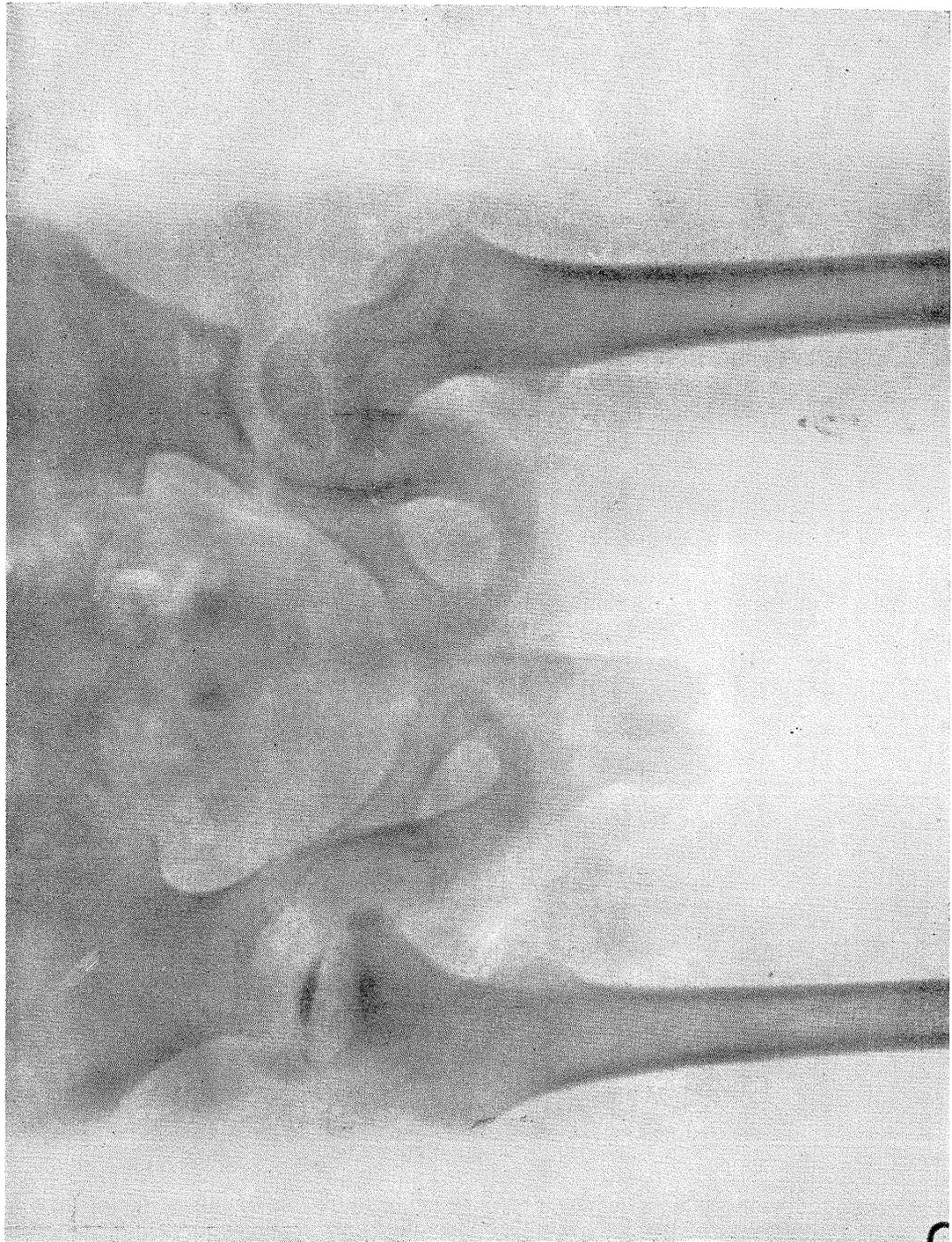
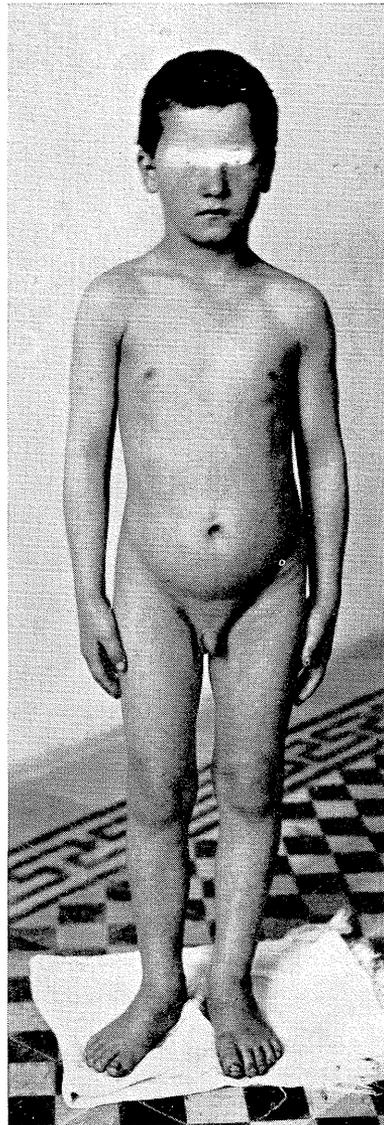
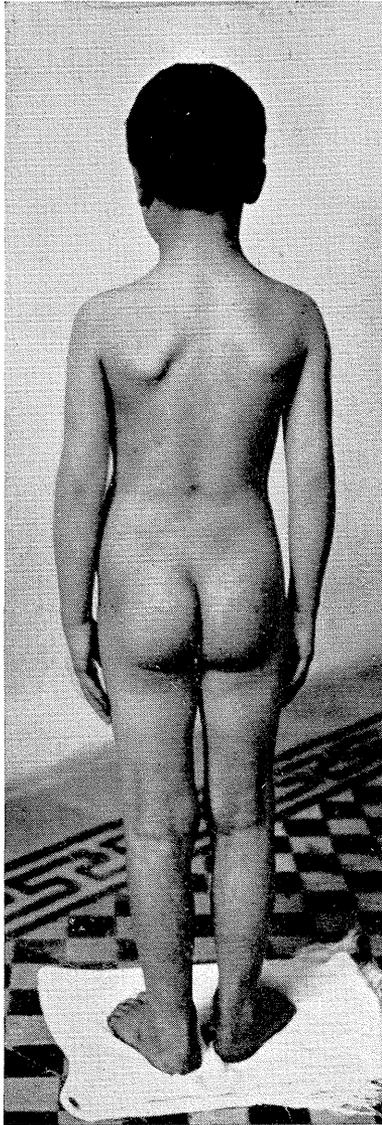


Figura n.º 9



Retratos do menino Carlos (V observação)