

GENU VALGUM

(UM CASO CLINICO)

91/6 EYE

Para o dia 25 de julho de 1898,
pelas 11 horas da manhã

Presidente da Câmara Antonio de
Oliveira Monteiro

Senhor Sr. J. J. J.

Dr. Agostinho Ant. do Souto
Antonio Joaz. de Moraes Caldas
Antonio Claudio da Costa
Maximiliano Augusto de Oli-
veira Lemos

JOAQUIM ANTONIO D'OLIVEIRA

GENU VALGUM

(UM CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYP. A VAPOR DE ARTHUR JOSÉ DE SOUSA & IRMÃO

74 — Largo de S. Domingos — 76

1898

9116 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. JOÃO PEREIRA DIAS LEBRE

SECRETARIO, O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EXC.^{mos} SNRS.

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica....	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria....	Roberto B. do Rosario Frias.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Candido Augusto C. de Pinho.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica ..	Augusto H. Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologica..	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Maximiano A. O. Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	} Dr. José Carlos Lopes. José d'Andrade Gramaxo
Secção cirurgica	

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} João Lopes da Silva M. Junior. Alberto Pereira P. d'Aguiar.
Secção cirurgica.....	

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vago.
------------------------	-------

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas nas dissertações e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escóla*, de 24 d'abril de 1840, art. 155).

A Angola

Esta é a ditosa patria minha amada.

(Camões.)

A' saúdosa memoria de minha Mãe.

A minha mãe faltou-me.....

Mas da sua piedade o fulgor diamantino

Ficou sempre abençoando a minha vida inteira,

Como junto dum leão um sorriso divino,

Como sôbre uma fôrca um ramo de oliveira!

(Guerra Junqueiro).

AO MEU PAE

*Recebei este insignificante trabalho
em penhor do vosso grandissimo
amor.*

AOS MEUS TIOS

MEUS SEGUNDOS PAES

Offereço-vos muito pouco em troca
de tanta amizade e dedicação.

Aos meus Irmãos

A' MEMORIA DE MEU CUNHADO

Westerouen van Meeteren

E

Aos meus Primos
e suas Familias

A' MEMORIA

DO

Commendador José Bento Ramos Pereira

As Ex.^{mas} Sny.^{as}

D. Maria Gertrudes da Silva Pereira

D. Emilia Ramos Pereira.

ÁQUELLE QUE É UMA PARCELLA DA MINHA ALMA

A

Luis Ramos Pereira

E

sua Familia

*Como prova do mais acrisolado
affecto.*

A

José Benio Ramos Pereira

E A

Amorim Carvalho

Amizade funda e sincera.

AOS MEUS AMIGOS

Os Ex.^{mos} Srs.

Alfredo Soares Russell
Dr. Antonio Joaquim da Rocha Pereira
Dr. Guilherme Ramos Pereira
Daniel Antonio Pereira
Luís Bernardo Gonçalves Pereira

e a

suas Ex.^{mas} Famílias

Um apertado abraço.

AOS EX.^{MOS} SNRS.

Dr. Manoel Ferreira da Silva Couto
Dr. Julio Cesar Gomes Barbosa

e

Dr. Ferreira da Silva

Illustre professor da Academia Polytechnica do Porto

Admiração pelo seu saber.

e a suas Ex.^{mas} Familias



As Ex.^{mas} Srs.^{as}

D. Rolinda Fuentes Jampaio
D. Esperança Fuentes Jampaio

e ao Ex.^{mo} Sr.

Leopoldo Girne e sua Ex.^{ma} Familia

Ho Hg.^{mo} Anr.

Dr. Tito Fontes

Nunca esquecerei quanto
vos devo.

AO DISTINGTO CORPO CLINICO

DO

Hospital Geral de Santo Antonio

E EM ESPECIAL

Aos Ex.^{mas} Srs.

Dr. Guilherme Rogueira

Dr. Julio Franchini

Dr. Sousa Oliveira

Dr. Ramos de Magalhães

Dr. Agostinho de Faria

Aos Fx.^{mos} Anns.

Dr. Adelino Costa

e

Dr. Perry de Sampaio

Os meus Amigos

Dr. Alfredo da Cunha Pinto.

Arnaldo de Carvalho.

Dr. Miguel Moreira da Fonseca.

Dr. Eduardoampaio da Silveira.

Dr. Gaspar Moreira.

Dr. Moraes Costa.

Dr. Tito Malta.

Dr. Pedro Guimarães.

Raul dos Santos R. deampaio.

*Aquelles dos meus condiscipulos que nutrem
por mim uma resea d'amizade e particular-
mente a*

Vieira de Castro

Aos meus contemporaneos especialmente

a

Carlos d'Axevado Albuquerque
Francisco Regalla
Eugenio Ribeiro
Nico Neves
Antonio Augusto Fernandes
Manoel Carvalho
José Miranda
Paul Pacheco
José Lima.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. José Carlos Lopes

*Ao Mestre sábio
de alma toda luminosa e coração
diamantino.*

*esta singela homenagem do
mais obscuro discípulo do
seu ultimo curso de mate-
ria médica.*

Aos illustres Professores

Dr. Ricardo Jorge

Dr. Silva Martins Junior

Dr. Carlos Lima.

Ao meu Presidente

O Ex.^{mo} Snr.

Dr. Oliveira Monteiro



ARTICULAÇÃO do joelho, a mais complicada de todas as articulações da economia, é, algumas vezes, sede duma affecção extremamente curiosa, intitulada *genu valgum*.

Genu valgum é uma affecção ossea caracterisada por um desvío para dentro duma ou das duas articulações do joelho.

Neste desvío que é devido a uma deformação do esqueleto articular, a coxa forma com a perna um angulo aberto para fora maior do que o angulo normal, que é de 172 graus.

Havendo entre um joelho normal ⁽¹⁾ e um

(1) O estado normal do joelho é definido por uma linha que, partindo da cabeça femoral passa pelo meio dos cóndylos para terminar na parte media da articulação tibio-tarsica (*Mac-Ewen e Mikulicz*).

joelho valgo, assás accentuado, graus intermediarios, é difficil, ás vezes, precisar-se onde este começa.

Quando o joelho valgo é duplo, o que é mais geral, ordinariamente um dos joelhos é mais reintrante do que o outro; e casos há em que um dos joelhos permanece normal ou se mostra varo.

Varios processos há para se determinar o desvio do *genu valgum*.

No processo de Marchand e Terrillon mede-se o angulo que faz a perna com o prolongamento da direcção do fémur, não de Schreiber mede-se a perpendicular a que se dá o nome de flecha, abaixada do cóndylo externo sobre uma linha tirada do grande trochânter ao malléolo externo. Esta perpendicular que no estado normal attinge 2 centímetros, no estado pathológico vae de 4,5 até 10 centímetros (Delore).

Há ainda um terceiro processo baseado no afastamento dos malléolos internos.

Este afastamento, como está bem de vêr, é tanto maior quanto mais accentuada fôr a deformidade. Faz-se deitar o paciente no decúbito dorsal, os membros inferiores devem estar em extensão completa e os joelhos em contacto;

e avalia-se, então, a distancia entre os malléolos internos. Êste último processo, porém, é deficiente, porquanto não nos diz qual das pernas é a mais desviada.

Etiología

Podemos affirmar afoutamente que os estudos sobre esta doença estão aínda em esboço. Não há por emquanto trabalho algum de fôlego que desvende por completo a causa ou as causas desta deformidade. A anatomía pathológica tem de desempenhar aqui um papel primacial. Só ella nos pode dizer pelo estudo histológico da articulação enferma se as lesões encontradas são ou não eguaes ás do rachitismo.

O *genu valgum*, affecção raramente congenital, é, a nosso vêr, e nisto seguimos MacEwen e outros auctores, principalmente inglezes, uma manifestação do rachitismo. E se assim não fôra, como explicar o seu appare-

cimento precisamente na mesma época do rachitismo ?

Como se hão de interpretar também as curvaturas do terço inferior do fémur e do terço medio da tibia, curvaturas estas que acompanham o *genu valgum* e que são de origem rachítica ?

Não podemos, portanto, deixar de considerar esta doença como uma revelação do rachitismo; e tanto mais que Mac-Ewen e Micukliz nos seus estudos anatomo-pathologicos viram que as lesões do *genu valgum* eram precisamente eguaes ás do rachitismo.

Nem todos os auctores pensam assim.

Os francezes e os allemães, pelo contrario, consideram o joelho valgo como podendo sobrevir em adultos vigorosos sem terem antecedentes rachiticos. (1)

Tillaux, por exemplo, diz:

« Les deux condyles ne descendent pas ou même niveau, le condyle interne descend plus bas que l'externe. De ce fait découlent des résultats très intéressants. Les surfaces articulaires du tibia étant situées sur un plan parfaitement horizontal, et les deux condyles ne descen-

(1) Estes auctores vão já considerando que nas creanças não pèdem pôr em duvida o rachitismo.

dant pas au même niveau, il s'ensuit que le fémur est incliné sur le tibia de haut en bas et de dehors en dedans. L'axe du fémur et celui du tibia ne forment donc pas une ligne droite, mais une ligne brisée au niveau du genou : d'où l'existence d'un angle très obtus, ouvert en dehors et saillant en dedans.

Le genou est donc naturellement dévié en dedans, et cela tient, je le répète, à ce que le condyle interne du fémur descend plus bas que l'externe. Cette attitude naturelle peut être exagérée au point de devenir une difformité très choquante à laquelle on donne le nom de genou en dedans, *genu valgum*.

Or il est évident que cette déviation latérale du genou est due à l'exagération de la cause qui produit la déviation physiologique, c'est-à-dire à une disproportion entre le développement des deux condyles. Sous une influence quelconque, le condyle interne se développe en hauteur, plus vite que l'externe, et l'inclinaison du fémur sur le tibia augmente nécessairement d'autant.

Ce qu'il ya d'absolument certain c'est que la déviation du genou ne se rattache ni à une faiblesse ligamenteuse, ni à une contracture ou

rétraction musculaire, mais bien à une trouble dans l'ossification du fémur.

Si l'on songe que cette affection apparait en général sur des sujets en voie de développement et dont l'épiphyse du fémur n'est pas soudée, on sera porté à croire que le point de départ est dans cette épiphyse; l'activité physiologique est plus grande du côté du condyle interne que de l'externe, l'apport des matériaux y est plus abondant.

Sous quelle influence ce produisent ces phénomènes d'hypernutrition unilatérale? Il est actuellement impossible de le dire; on a invoqué le rachitisme, mais à tort. Je ne dis pas que le rachitisme ne puisse chez les petits enfants produire une lésion analogue, mais le véritable genu valgum est une affection spéciale, indépendante du rachitisme.» (1)

Como se vê, Tillaux não perfilha a opinião de Mac-Ewen; mas, também é verdade que não apresenta argumento capaz de nos convencer da inexatidão do conceito por nós seguido. Nega que o rachitismo seja a causa da deformidade, mas não o prova.

(1) *Traité d'Anatomie Topographique*, 7.^a édition.

Duret, por seu turno, num artigo publicado na *Semaine Medicale* de 1888, combate tambem a concepção rachítica do joelho valgo.

O *genu valgum*, para elle, é produzido por uma perturbação osteogénica da cartilagem diáphyso-epiphysiaría da extremidade inferior do fémur; e esta perturbação traz consecutivamente a hypertrophía do cóndylo interno.

Mas essa perturbação não podia ser devida a um rachitismo local? Duret responde categoricamente que jámais se podia dar êsse factó, poisque nunca encontrara nessas deformações alterações typicas de rachitismo: o que é falso, porque, como já dissemos, Mac-Ewen e outros encontraram effectivamente as ditas alterações.

Uma das causas, e a mais forte até, da não concordancia dos tratadistas sobre a etiologia do *genu valgum*, é o encontrarem-se exemplares desta deformidade sem acompanhamento doutras lesões osseas que caracterizassem o rachitismo.

Baseando-se nisto, é que Marchand e Terrillon não admittem a origem rachítica do joelho valgo. Das varias creanças valgas por elles examinadas, nenhuma apresentou outras deformações.

O argumento cae pela base. O não apparecimento doutras deformidades não pode, por forma alguma, invalidar a theoria da origem rachitica do joelho valgo.

Se Marchand e Terrillon não encontraram jámais outras deformações nessas creanças o certo é que os outros auctores teem visto quasi sempre o joelho valgo ser acompanhado das encurvações do terço inferior do fémur e do terço medio da tibia; encurvações estas que são o apanagio do rachitismo.

O joelho valgo, como manifestação do rachitismo que é, pode ser precoce (creanças) ou tardio (adolescentes).

O nosso caso é um exemplo frisante do rachitismo tardio.

Podemos considerar o joelho valgo dividido em duas classes: *genu valgum* das creanças e dos adolescentes, que é o joelho valgo verdadeiro, primitivo, e *genu valgum* dos velhos que é uma affecção secundaria devida a arthrite secca, etc.

Variadas são as causas que os auctores apontam como capazes de produzir a doença que estudamos. Passa-las-hemos em revista.

Desde já diremos que tudo quanto possa

enfraquecer o organismo, favorece o apparecimento do joelho valgo.

Redard dá certa importancia ás deformações do pé e entre estas ao pé chato.

Tem-se imputado esta lesão á estulta ideia de obrigar as creanças a andarem precozmente, quando as suas pernas não possuem ainda a solidez necessaria para poderem sustentar o peso do corpo.

Després e Renard consideram como causa também o modo vicioso de se trazerem as creanças ao collo, por se comprimirem as pernas. Escusado será dizer que esta proposição é falsa. Suppondo-a verdadeira, porém, restava explicar por que é que o outro joelho se não tornava varo.

SEXO. — Parece não existir no sexo feminino. Nas velhas é symptomatico duma arthrite sêcca.

IDADE. — E' muito freqüente na infancia dos 2 aos 4 annos e na adolescencia dos 13 aos 17 annos; idade esta em que se começa com os trabalhos pesados, caminhadas fatigantes, etc.

PROFISSÃO. — Aquellas profissões que demandam grande trabalho, fatigador dão um grande contingente. Esta affecção observa-se

muito entre nós nos padeiros, pedreiros, e marçanos. Na Allemanha, é tão freqüente nos padeiros, que até disso proveio uma expressão com que é designada vulgarmente: Bäcker-bein (perna de padeiro). Tem-se julgado que a posição em pé é um dos agentes desta deformidade.

Parece não ser verdade, pois que o Joelho valgo não apparece nos typographos.

Tillaux cita até o caso de tratar varias raparigas valgas que trabalhavam constantemente assentadas.

ESTATURA. — Predomina nos individuos altos.

POSIÇÃO SOCIAL. — E' mais vulgar nas classes menos abastadas.

LOCALIDADES. — Encontra-se mais nas cidades do que nas aldeias.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRAPHICA. — E' mais vulgar em certas regiões do que noutras, e naquellas precisamente em que predomina o rachitismo o que milita a favor da nossa theoria.

HEREDITARIEDADE. — Tem-se observado alguns casos de transmissão.

Pathogenia

Varias, theorias, 4 pelo menos, teem reinado na sciencia para explicar o genu valgum.

De todas ellas, a mais seguida actualmente e a que mais satisfaz é a theoria ossea, inaugurada por Mac-Even.

THEORÍA LIGAMENTOSA.— Jules Guerin e outros escriptores admittiam a retracção do ligamento lateral externo, obrigando assim o ligamento interno a distender-se.

Malgaigne, Ollier, etc., invertiam os termos, dizendo que era o ligamento lateral interno que se distendia a ponto de não contrabalançar a acção do ligamento externo.

No primeiro caso, a distensão do liga

mento lateral interno é secundaria e no segundo primitiva.

A hypertrophía do cóndylo interno era explicado pelo pêso do corpo actuar mais sobre o cóndylo externo, de maneira a favorecer a atrophía e a distensão do ligamento lateral interno o que trazia consigo o desenvolvimento anormal do dito cóndylo.

Esta theoría caíu rapidamente, por quanto a distensão ou o relaxamento dos ligamentos em vez de serem a causa, eram a consequencia da deformação. E se realmente esta theoría fosse verdadeira, a anesthesía chlorofórmica e qualquer esforço deveriam annullar a diformação. Tal não se dá.

THEORÍA MUSCULAR. — A deformação era causada, para uns como Bonnet, pela retração do bicipite, para outros (Duchenne de Boulogne, Desprès) pela paralyisia dos adductores.

Esta theoría, como a antecedente, nasceu dum êrro de observação. A retracção ou paralyisia dos músculos são um phenómeno secundario.

THEORÍA OSSEA. — E' esta a mais racional e a que campeia modernamente. A lesão incide na diaphyse do fémur que se curva, e no cóndylo interno que se hypertrophía. A extremi-

dade inferior e interna da diáphyse femoral apresenta um alongamento, como provou Mikuliez nas autópsias que realizou.

Há ainda a

THEORÍA ESTÁTICA. — Wolff sustenta que não existe a alteração local nem dos ossos, nem dos músculos e dos ligamentos. Sómente a forma das partes molles e osseas é que se modifica.

A causa desta modificação reside unicamente nas mudanças das condições estáticas normaes.

Wolff conclue, dizendo: o « genu valgum » não é mais do que uma accommodação funcional da extremidade inferior á abducção muitas vezes repetidas da perna.

Anatomía pathológica

Dissemos já no principio do nosso trabalho que a anatomía pathológica ainda deixa muito a desejar.

As principaes lesões revelam-se nas extremidades diaphysarias.

A parte inferior da diáphyse femoral curva-se para dentro (Mikulicz), algumas vezea para deante (Mack Ewen) e torna-se menos densa do que no estado normal.

A parte superior da diáphyse tibial soffre uma curvatura com a convexidade dirigida para dentro. Há um augmento da altura do cóndylo interno, ⁽¹⁾ e uma depressão exagerada do prato interno da tibia (Lannelongue).

(1) A hypertrophía do cóndylo é devido a um excesso de funcionamento da parte interna da cartilagem interdýaphyso-epiphysaria. Este facto tem grande importancia, porque nos diz que é sobre o fémur se deve dirigir a operação.

O exame macroscópico demonstra que não existe nenhum indício de affecção ossea; as substancias compacta e esponjosa tem um aspecto normal.

A estrutura interna dos ossos transforma-se completamente. As substancias compacta e esponjosa condensam-se na face externa, e ream na face interna.

Nalgumas peças anatómicas, Mikulicz encontrou um espessamento da cartilagem de conjugação com a hyperplasia da zona de proliferação. Este espessamento é mais accentuado na parte interna.

A tibia, ás vezes, é sede de lesões extremamente pronunciadas.

A rótula não conserva a situação normal, desvia-se para o cóndylo externo. Volkman encontrou num caso uma verdadeira nearthro-se entre a rótula e o cóndylo externo.

Symptomatología

Os symptomas dividem-se em physicos e funcionaes:

SYMPTOMAS PHYSICOS. — O symptoma mais choquante, mais visível, digamos, é a reintrancia do joelho. O fêmur toma uma direcção para baixo e para dentro e a tibia para baixo e para fóra. O cóndylo, como está hypertrophiado, torna-se muito saliente. A rótula desvia-se para fora e, ás vezes, apresenta-se completamente luxada o que se vê perfeitamente pela elevação dos tegumentos. O pé torna-se valgo e outras vezes varo. ⁽¹⁾ Êste último estado não é

⁽¹⁾ O pé tambem se torna *chato*. Estas deformações secundarias teem por fim compensar o desvio do joelho.

tão raro como querem quási todos os auctores; e só neste caso é que se póde explicar a proeminencia do malléolo externo.

O malléolo interno salienta-se bastante, é claro que este facto só se dá quando o pé se torna valgo. Esta saliencia é maior nos casos de «*genu valgum*» duplo.

Quási todos os cambaios ou cambados, expressões com que vulgarmente se nomeiam estes doêntes, curvam-se sensivelmente sôbre as pernas; a ponta do pé desvia-se para fora (no caso do pé valgo), e caminham sobre o lado externo ou interno do pé.

SYMPTOMAS FUNCIONAES. — Os movimentos normaes da articulação, conservam-se, muitas vezes exageram-se, e quási sempre acrescem os movimentos de lateralidade, devidos ao relaxamento dos ligamentos, principalmente do ligamento lateral interno.

Na flexão da perna sobre a coxa dá-se um phenómeno extremamente curioso: é o desaparecimento da deformação. Varias interpretações tem tido este phenómeno.

Duret explica o factô duma maneira feliz. A deformidade desaparece na flexão por as tuberosidades da tibia se adaptarem á face

posterior dos cóndylos, cuja curvatura permanece normal.

Se o «genu valgum» é unilateral, a marcha faz-se sem grande dificuldade; mas se é duplo e nomeadamente se é muito accentuado, os doêntes veem-se embaraçados para evitar o choque dos joêlhos.

A marcha neste último caso faz lembrar, na feliz expressão dum escriptor, a marcha dos palmípedes. Êste modo de andar explica-se por se enclinarem sobre um dos membros que desempenha a funcção de ponto de apoio para poderem avançar o outro sem choque.

Ao andar os joelhos cruzam-se.

O «genu valgum» é geralmente indolor; certos doentes, porém, queixam-se de dôres á pressão ⁽¹⁾ e outros após uma marcha, ainda que curta.

Quando o «genu valgum» é unilateral, o tronco inclina-se para o lado doente e apresenta uma escoliose compensadora com a concavidade voltada para o lado são.

Segundo Saurel, de Santi e Launelongue, o «genu valgum» predispõe ao *entorse, hy-*

(1) Estas dôres localizam-se, como pontos perfeitamente limitados, na parte interna das epiphyses do fêmur e da tibia.

darthrose, e numa idade avançada á *arthritis sêcca*.

A deselegancia dos individuos nesta affecção é enorme, e esta é a principal causa que os leva a tratarem-se.

Diagnóstico

O genu valgum, é, em geral, de fácil diagnóstico. Sómente há que distinguir as variedades, isto é, se é de origem rachítica ou symptomática duma artrite deformante.

Esta diagnose differencial obtem-se pela idade do doente.

Prognóstico

O genu valgum tem uma tendencia a exaggerar-se; tem-se observado, comtudo, suspensão do movimento progressivo e, até de cura nas creanças submettidas a um tratamento conveniente. Gilney tem insistido sobre a cura espontanea nos adolescentes. A's vezes, a exaggeração faz-se intermitentemente, sob a influencia de fadigas, traumatismos e febres infecciosas.

O genu valgum, quando é muito accentuado, é um grande embaraço á marcha.

A recidiva nas creanças em virtude da continuação evolutiva do rachitismo é menos raro do que nos adultos.

Tratamento

O tratamento do genu valgum tem feito progressos nestes últimos annos. Podemos avançar, sem receio de errar, que o actual tratamento pela osteotomía é uma maravilha da cirurgia contemporanea. A sciencia, sob o ponto de vista da therapéutica cirúrgica, pouco mais terá de avançar; outro tanto pudessemos nós dizer da etiología, etc.

O TRATAMENTO divide-se em *médico* e *cirúrgico*.

A therapéutica médica tem alguma effica·cia na infancia, e na adolescencia quando a le·são está no seu início, porquanto se chegou a

ter grande desenvolvimento impossível se tor-
no, é claro, modificá-la.

Na therapéutica médica estão indicados os
tonicos, alterantes, como oleo de figado de ba-
calhau, phósphoro, phospho-lactato de cal, ba-
nhos de mar, arez do campo, etc.

Tambem se preceitúa o repouso, immobi-
lisação no leito, electricidade e massagem.

O tratamento medico desempenha um gran-
de papel como adjuvante da therapeutica ci-
rurgica.

O TRATAMENTO CIRÚRGICO, cujos resultados
são extremamante satisfatorios, divide-se, por
sua vez, em *endireitamento lento*, *indireitamento
brusco* ou *osteoclasia* e *osteotomia*.

A therapéutica cirúrgica tem acompanha-
do sempre as theorías dominantes, assim é que
se fizeram as secções subcutaneas musculares
e tendinosas. A ineficacia destas operações
concorreu para derrubar as theorías em que se
fundavam.

O INDIREITAMENTO LENTO applica-se ás
creanças e aos adolescentes, quando as defor-
mações são pouco accentuadas. Êste méthodo
therapéutico realisa-se ou por meio duma sim-

ples tala ou por aparelhos mais ao menos complicados. A tala colloca-se quer na parte interna quer na parte externa do membro.

Applicada na parte externa, as extremidades são ligadas á coxa e á perna e com uma ligadura forceja-se por se lhe approximar o joelho. Applicada na parte interna, o ponto de apoio, então, é o proprio joelho, e trata-se de se lhe fazer approximar a perna.

Quando o joelho valgo é duplo, Owen recommenda a collocação, entre os joelhos, duma almofada. Os membros fixam-se por tres laços, um ao nível dos joelhos, outro na parte media das pernas e o terceiro ao nível dos tornelzellos.

Entre os innumerous aparelhos em voga citaremos o de Verneuil e o de Redard.

Os aparelhos são impotentes nos individuos de quatorze annos para cima (Tillaux).

APPARELHO DE VERNEUIL. No membro a endireitar applicam-se duas ligaduras uma indo da parte supra-malleolar da perna á parte superior da tibia, a outra, do terço inferior da coxa ao seu terço superior. Colloca-se na parte externa do membro uma tala solida, fixa pelas extremidades. Uma ligadura de cautchu, applicada todos os dias ao nível do joelho, produz

o endireitamento. Quando êste se apresentar sufficiente, envolve-se o membro num apparelho gessado ou silicatado; e o doente pode levantar-se e passear.

APPARELHO DE REDARD. Envolve-se o membro em algodão, de maneira que o cóndylo interno tenha maior camada, e applica-se um apparelho gessado. O apparelho que se colloca em cima do primeiro, compõem-se duma tala metallica externa, terminada por duas placas concavas e almofadadas que se adaptam uma á raiz da coxa e outra acima do malléolo externo; uma terceira tambem almofadada que se applica á face interna do joêlho, está ligada a tala por um circulo metallico. Na parte externa da terceira placa há um parafuso com que se obtem a pressão para se reduzir a deformidade.

Há aínha os apparelhos orthopédicos que se aconselham com o fim de manter a extensão permanente e produzir o endireitamento não obstante permitirem a marcha.

O ENDIREITAMENTO BRUSCO subdivide-se em manual e instrumental.

O manual, que determina uma fractura intra-articular, executa-se pelo processo de Delore e de Tillaux.

No primeiro processo, o joelho é assente pelo lado externo, e exercem-se pressões enérgicas no lado contrario até se ouvirem os estalidos que denunciam a fractura.

No de Tillaux, o doente colloca o cóndylo interno na borda da mesa e utiliza-se da perna como duma alavanca. Foi este processo que inspirou a Collin a ideia do seu aparelho.

Tem-se accusado este método de produzir o descollamento das epíphyses da tibia ou do peroneo, fractura do fémur, ruptura dos ligamentos que trazem consigo a loucura da articulação.

A esteoclasía mechánica que produz uma fractura extra-articular, realisa-se por varios instrumentos chamados osteoclastas. Os mais conhecidos são os de Collin e de Robin (de Lyon). Êstes aparelhos fracturam o fémur no ponto desejado, apoiando-se sobre o osso, entretanto que os antigos osteoclastas produziam a ruptura ossea por meio dos ligamentos articulares, lesando assim a articulação. Ora um dos objectivos destas operações deve ser poupar a articulação.

A osteoclasía feita principalmente com o aparelho de Robin tem competido com a osteotomia. Effectivamente aquellas complicações

que se lhe imputavam, taes como hydarthrose, arthrites, relaxação dos ligamentos, teem desapparecido após as modificações introduzidas. Actualmente os resultadòs da osteoclasía com o apparelho de Robin são excellentes. A cura obtem-se no fim de trinta dias.

Quer neste método quer na osteoclasía manual, o membro, após a fractura, é collocado num apparelho inamovivel. Robin apresentou grande quantidade de doentes operados pelo seu methodo, que caminhavam perfeitamente e ajoelhavam-se como d'antes.

Osteotomía

A primeira osteotomía do genu valgum foi feita por Meyer (1851), depois seguiram-se as de Annandale (1875), Ogston e Max-Sched (1876). Êste método vulgarisou-se, porém, após os memoráveis trabalhos de Mac-Ewen.

O método seguido antes do de Mac-Ewen, era o de Ogston, que dava uma correção perfeita não obstante os seus seriíssimos inconvenientes.

Ogston destacava com a serra um fragmento obliquo do cóndylo interno, que se impellia, em seguida, de baixo para cima.

Este método era bastante grave por determinar uma ferida articular com hemarthrose.

Com o apparecimento do método de Mac-Ewen ou osteotomia supra-condyliana, o de Ogston decafu completamente.

Foi o proprio Ogston que, no Congresso de Copenhague, ao comparar a sua maneira de operar com o do cirurgião inglês, não hesitou em declarar que abandonava o seu método para seguir o de Mac-Ewen.

Mac-Ewen ataca o fémur pelo seu lado externo num ponto determinado pela intersecção, de duas linhas: uma transversal tirada a um dedo de través acima do bordo superior do condylo externo, a outra paralela ao tendão do terceiro ou grande adductor, a um centimetro adiante d'elle.

Com um escarpello faz-se o corte das partes molles; e deslisa-se o osteótomo sobre o escarpello que se vaé retirando. Introduzido na ferida o osteótomo, dá-se-lhe uma direcção perpendicular ao osso. Secciona-se uma certa porção do fémur, o sufficiente para permittir a fractura feita com as mãos.

Empregam-se successivamente *osteótomos de calibres decrescentes*, tres em geral, desta maneira, os instrumentos profundamente collocados não são comprimidos pelas partes seccionadas.

O osso não é destruído, isto é, não há esquirolas nem pó, mas condensado de cada lado da ferida.

Mac-Ewen dá os seguintes conselhos: o membro deve estar bem assente, cortar o osso a pequenas pancadas, e retira-se, um pouco, da ferida, de vez em quando, o osteótomo, o bisturi dos ossos como elle o qualifica.

O cabo dos osteótomos é oitavado para dar mais segurança á mão, e num dos lados da parte cortante há uma escala.

Feita a fractura, o membro é endireitado e em seguida collocado num apparelho gessado ou silicatado, permanecendo assim durante um mês ou mês e meio.

A osteotomia também se applica á tibia quando esta se apresenta deformada.

Os excellentes resultados fornecidos quer pela osteoclasia com o apparelho de Robin, quer pela ostrotomia linear tornam difficil a opção por um destes métodos.

Modernamente, porém, a osteotomia é o método que mais se vae generalizando; e a sua vulgarisação é devida, não só a não exigencia dum apparelho especial, que é preciso

saber manobrar, como também a uma certa sympathia por ser uma operação sangrenta, ou na expressão de Trelat «por ser mais cirúrgica»; e eu avançarei por ter tal ou qual superioridade sobre a osteoclasia.

No congresso de Copenhague em 1884, Mac-Ewen apresentou 1304 casos, tratados pelo seu methodo. Teve 10 mortos, mas só um podia ser attribuido á operação. Comparando estes resultados com os dos outros métodos, conclue pela superioridade do seu, por ser mais facil, menos perigoso, de menor mortalidade etc.

Os defeitos que os partidarios da osteoclasia assacam á osteotomia cahem por terra em face das estatísticas.

Alguns auctores ainda que partidarios da osteotomia, recommendam a osteoclasia nos velhos, cujo systema osseo é pouco resistente.

Observação

Antonio Francisco Russo, de 22 annos de idade, de estatura alta, jornaleiro, natural de Barcellos, entrou para o hospital no dia 9 de março de 1898, para se tractar duma deformidade d'ambos os joêlhos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Os paes saúdáveis. São cinco irmãos todos altos e saudios, á excepção duma irmã que é adoentada. Elle é o terceiro. Não há na familia arthritismo nem syphilis. A mãe passava necessidades quando os criava, com o fim de que lhes não faltasse subsistencia.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Jamais até o presente tivera relações sexuaes; em compensa-

ção masturbava-se. Dos dezaseis annos por diante é que o crescimento se fez mais depressa. Tem os dentes cariados desde creança. A cabeça é pequena; o desenvolvimento intellectual é infantil. Come muito. Não possui mais deformações do que as apontadas no paragraho seguinte. O seu trabalho era violento: carregava á cabeça, puchava carros com terra etc. etc.

HISTORIA DA DOENÇA. — Até aos dezaseis annos fôra de pernas direitas; desde essa época comecaram a cambar. As dôres de que se queixa após qualquer caminhada ou trabalho, sómente lhe sobrevieram dois meses depois de affecção se ter declarado. Nunca tivera inflamação nas articulações.

ESTADO ACTUAL. — Joêlho valgo duplo, o do lado direito mais accentuado.

As mensurações dão pelo processo de Schreiber 10 cent. para a flecha do membro direito, 8 e meio cent. para a do membro esquerdo; pelo de Marchand e Terrillon 12 cent. para o membro direito e 10 cent. para o esquerdo.

A distancia inter-malleolar é de 35 cent.

Ha curvatura tibial na união do terço medio com o terço superior. A ponta dos pés vira

para fóra. A planta dos pés pousa no chão pelo lado exterior. O bordo interno da planta apresenta-se abobadado. Ha relaxação dos ligamentos, particularmente do interno. O cóndylo interno é mais proeminente, mais volumoso e mais baixo do que o outro.

O joelho tem, principalmente na extensão, movimentos de lateralidade. As articulações do cotovello e tibio-tarsicas estão também valgas. A columna vertebral apresenta uma escoliose lombar com a concavidade virada para o lado esquerdo. Os dedos dos pés tem a forma de garras; as ultimas phalanges dos dedos das mãos tem uma curvatura dirigida para face dorsal.

Operação

No dia 15 de março, o nosso doente foi operado pelo methodo de Mac-Ewen. Empregaram-se dois osteotomos.

Fracturado e endireitado o femur, e suturada a ferida das partes molles, foi o membro collocado num apparelho gersado até o dia 25 d'abril. A operação correu sem incidente algum. A reacção febril que, no dia immediato ao da operação chegou a 38 graus, foi nulla nos dias subseqentes.

Durante a permanencia do apparelho a única complicação que sobreveiu, foi o edema da parte inferior do membro, tratada com compressas molhadas no linimento ammoniac-

camphorado. Como êste edema fosse devido ao aparelho, teve de se lhe dar uns cortes para descomprimir a perna.

Tirado o aparelho, fez-se-lhe a massagem por muito tempo. Sahiu no dia 13 de junho completamente curado.

Sómente da perna direita é que foi operado, a outra opera-la-ha, passado algum tempo.

Proposições

ANATOMÍA. — O appêndice ileo-cecal é um órgão atávico.

PHYSIOLOGÍA. — O homem já amamentou.

ANATOMÍA PATHOLÓGICA. — A hypertrophía da próstata é o análogo pathológico da degenerescencia fibrosa do útero.

THERAPÉUTICA. — A incompatibilidade entre os calomelanos e os acidos e chloretos alcalinos é nulla ou quási nulla.

PATHOLOGÍA GERAL. — Admitto a hereditariedade por *influencia* ou por *impregnação*.

OPERAÇÕES. — A talha hypogástrica é preferível a lithotricia nos seguintes casos:

1.º, quando o cálculo for grande ou duro de mais;

2.º, quando a urethra não se dilatar sufficientemente para deixar passar o lithotritor e

3.º nos prostaticos, por a prostata não consentir a passagem do instrumento.

PATHOLOGÍA EXTERNA. — A intervenção cirúrgica é o único tratamento efficaz na appendicite.

PATHOLOGÍA INTERNA. — A hereditariedade da appendicite é indirecta.

PARTOS. — Nem sempre a prenhez traz consigo a suppressão das regras.

HYGIENE. — Quando não houver *taras hereditarias*, os casamentos consanguineos não devem ser contra-indicados.

Visto.

O. Monteiro.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR INTERINO.

Dr. Lebre.