Faculdade de Medicina de Porto Alegre

These

apresentada em Junho 1923
á Faculdade de Medicina de Porto Alegre

pelo

Dr. F. Hinrichsen

formado pela

Faculdade de Medicina da Universidade de Rostock (Allemanha)

para Revalidação do Diploma.

Cadeira: Clinica pediatrica cirurgica.

Em torno de um caso de Luxação congenita da anca.

BIBLIOTHECA DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre
Typographia de Cesar Reinhardt — Rua 24 de Maio 14-16

H 6694

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

These

apresentada em Junho 1923
á Faculdade de Medicina de Porto Alegre

pelo

Dr. F. Hinrichsen

formado pela

Faculdade de Medicina da Universidade de Rostock (Allemanha)

para Revalidação do Diploma.

Cadeira: Clinica pediatrica cirurgica.

Em torno de um caso de Luxação congenita da anca.

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre
Typographia de Cesar Reinhardt — Rua 24 de Maio 14-16

Bib.Fac.Med.UFRGS
T-0485
Em torno de um caso de luxacao

A luxação congenita da anca era considerada ainda ha poucos decennios como uma affecção incuravel e grave. Hoje em dia, porém, devido principalmente ao processo da reposição incruenta, consegue-se curar a maioria dos casos.

As notas estatisticas sobre a cura da luxação variam entre 60% e 90% naquelles casos em que o tratamento é iniciado em idade conveniente.

Tambem dos casos que não podem ser curados pelo methodo incruento muitos podem ser curados ou ao menos muito melhorados por medidas operatorias.

Tive occasião de observar um caso de luxação congenita da anca tratado pelo Dr. Bruno Künne com minha assistencia.

Tratava-se de uma menina de 2 annos de idade, gosando saude e em bom estado de nutrição.

Em seu nascimento que se fez com apresentação de nadegas, deu-se a fractura do femur direito. A fractura consolidou, porém, com grande deformação. Por meio de uma osteotomia na idade de um anno endireitou-se a perna que se apresenta em boas condições.

A criança começou a caminhar. Notou-se porém logo que ella claudicava da perna esquerda, até então tida como sã.

Assim os paes pensavam que a perna anteriormente fracturada apresentasse um crescimento maior do que a perna esquerda ainda mais porque a perna direita parecia mais musculosa, gorda e forte.

No exame notou-se logo a differença de desenvolvimento das duas pernas já notada pelos paes. A perna esquerda parecia atrophiada e 2 centimetros mais curta do que a outra. O encurtamento se fazia a custa da coxa. Na região inguinal esquerda, nas proximidades dos grandes vasos mostrava-se durante a abducção uma cavidade, emquanto a parte correspondente do lado direito estava cheia. O grande trochanter estava situado acima da linha de Roser-Nelaton e o phenomeno de Trendelenburg, isto é, o abaixamento da parte sã da bacia ao descançar sobre a perna doente, — era positivo; tambem se mostrou na narcose uma mobilidade sensivel da cabeça do femur sobre o osso iliaco (signal de Dupuytren), com o qual ella estava em contacto.

A radiographia trouxe a confirmação do diagnostico clinico: luxação congenita da anca.

Mostrou que o espaço interarticular estava alargada, que a cabeça era pequena e mal formada e que sahira do acetabulo para cima e para fóra. Além disso notou-se que o collo do femur estava em anteversão regular e que os ossos da parte esquerda da bacia e da coxa estavam sensivelmente atrophiados.

Em 28-3-1922 effectuou-se, em narcose de chloroformio, a reposição pela borda posterior do acetabulo, poupando-se o mais possivel os musculos adductores.

A estabilidade primaria, depois da reposição, não estava muito pronunciada.

Para manter a perna na posição alcançada applicou-se um apparelho de gesso, com o membro em abducção de 90°, com flexão de 90° e com o eixo transversal do joelho em posição sagital (posição primaria de Lorenz).

O apparelho abrangia a bacia e a coxa esquerda até acima do joelho.

Em 15-5-1922 tirou-se o apparelho e aplicou-se outro na mesma posiçao, fez-se tambem um eskiagramma que mostrou a cabeça em posição boa no acetabulo. Este apparelho ficou até o dia 4 de Agosto. A posição primaria, segundo Lorenz, foi pois empregada durante 18 semanas e varios dias. Outra radiographia mostrou a cabeça em boa posição em relação ao acetabulo.

A criança podia caminhar desde principio de Junho com sola espessada na botina do pé do lado doente.

Mais ou menos meio anno após a reducção, no dia 18 de Setembro, tirou-se novamente o apparelho e fez-se um exame em narcose. A articulação apresentava pouca rigidez e movia com facilidade.

Applicou-se de novo um apparelho de gesso, desta vez em rotação para dentro com abducção diminuida mais o menos até 60° com o segmento inferior do membro em extensão.

Como esta posição não foi bem snpportada, tirou-se a parte inferior do apparelho. Com isto a rotação para dentro foi abandonada e a perna podia ser posta em posição indifferente.

Nesta posição ficou até o dia 17 de novembro, quando se tirou o apparelho definitivamente.

A perna se achava em rotação para fora. A cabeça podia ser sentida pela palpação em contacto com o acetabulo; a perna esquerda apresentava o mesmo comprimento de outro, a musculatura estava em bom estado e a articulação pouco rija e muito movel.

Na radiographia a cabeça parece um pouco maior do que antes e um pouco mais impellida para cima, a posição não sendo tão perfeitamente concentrica como na chapa anterior.

Depois deste resumo do quadro morbido, falarei mais detalhadamente dos pontos essenciaes do tratamento. Pronunciar-me-ei sobre o prognostico, considerando tambem as medidas therapeuticas que se possam tornar necessarias.

Qualquer tratamento da luxação da anca tem um duplo fim: 1° a reposição da cabeça do femur no acetabulo e 2° a contenção, isto é, a conservação na posição adquirida.

No nosso caso, a reposição, como já foi mencionado, se fez, segundo Lorenz, pela borda posterior do acetabulo. A manobra consiste

em movimentos continuos no sentido da abducção como tambem na hyperextensão da perna flexionada na anca e no joelho. Na posição extrema da abducção exerce-se uma pressão sobre o trochanter na direcção do eixo do collo do femur, e extende-se a coxa na direcção de seu eixo. Durante todo o processo, a bacia do doente narcotisado deve ser bem fixada por um assistente.

Como preparo deve se fazer uma leve massagem dos musculos adductores para facilitar o seu alongamento.

Em crianças de idade conveniente, até 6 annos, consegue-se geralmente effectuar a reposição deste modo, sem difficuldades consideraveis. Tambem no nosso doente a reposição se fez em poucos minutos.

Depois da reducção effectuada, repetem-se varias vezes as manobras da reposição, accrescentando fortes rotações para alargar a bolsa synovial fibrosa anterior, para separar a capsula adherente ao fundo do acetabulo e para collocar a cabeça em contacto intimo e concentrico com o acetabulo.

Quanto mais nova fôr a criança, tanto mais facilmente se obtem o resultado.

Para crianças mais velhas e casos complicados existem modificações do methodo de Lorenz.

Calot, Weischer e Schanz empregam nas suas manobras de reposição uma adducção forte e não se servem da abducção como Lorentz.

Principalmente o methodo de Calot tem muitos adeptos. Nelle por meio da adducção forçada e da extensão da coxa executa-se uma rotação interna de 90° e então por pressão sobre a cabeça do femur esta é impellido para dentro do acetabulo.

Quando não se consegue a reposição pela borda posterior do acetabulo, ás vezes ainda se obtem resultado pelo methodo de Calot.

Além disso, empregar-se-á nas crianças mais velhas e nos casos em que a cabeça estiver muito alta, um tratamento de extensão como preparatoria, ora durante varias semanas por meio dum apparelho extensor. ora por acção de parafuzo na mesa de extensão (Schede).

Tambem o apparelho de Bradford que actua como alavanca sobre o trochanter, da bons resultados em casos graves.

Nestes ultimos tempos Wisbrunn recommenda muito para casos graves a reposição em series gradual já empregada antes por Schlesinger, Reiner e Weitscher. Pois quando não se consegue a reposição na primeira tentativa, apezar de ter tirada a cabeça do femur da sua posição extra-articular, fixa-se a cabeça na posição conseguida o mais perto possivel do acetabulo, por um apparelho de gesso. Depois de alguns dias o apparelho póde ser tirado e consegue-se então ou depois de uma ou mais repetições, si fôr necessario, a reposição.

Este phenomeno se explica de seguinte modo: na posição fixada pelo apparelho, os musculos pelvi-trochantericos exercem um impulso continuo sobre a parte superior do femur, approximando a cabeça do acetabulo.

Outro momento efficaz consiste, segundo Reiner, no traumatismo dos tecidos que, pela lubrificação edematosa, se tornam relaxados e assim oppõem menos resistencia a uma segunda manobra de reposição.

E' de summa importancia fazer as manipulações com muito cuidado, para evitar accidentes graves, como fractura do collo ou descollamento da epiphyse e principalmente para conservar os tecidos molles. Attenção especial neste sentido merecem os musculos adductores.

Emquanto Lorenz e outros, no começo da éra do tratamento incruento, procediam muito radicalmente contra os adductores, porque se considerava sua secção como condição essencial para uma reposição efficaz, viu-se com a experiencia cada vez mais crescente, que a conservação dos adductores é de grande importancia. Entre outros Gaugele accentuou muito este ponto, sendo conseguidõ reduzir a maioria dos seus casos, sem damno apreciavel para os adductores.

O proveito consiste nas circumstancias novas creadas que augmentam a estabilidade, pois os adductores têm durante o periodo de contensão o papel importante de attrahir a cabeça para dentro do acetabulo.

Naturalmente só podem cumprir o seu papel quando em substancia a sua continuidade estiver conservada.

A capacidade do funccionamento deste grupo de musculos ainda é muito importante para o uso da perna depois da cura da luxação.

Lesão forte dos adductores produz leve abducção e leve flexão na anca unidas a um gráo maior ou menor de torção para fóra e uma certa instabilidade da articulação, com capacidade anormal de abducção.

No nosso doente, os adductores puderam facilmente ser conservados. mesmo a abducção até 90° não produziu rompimento dos musculos.

Depois de ter tirado o apparelho, existia um forte grupo de musculos na região adductora.

Emquando Lorenz e até agora os outros operadores não executavam a reposição antes do doente completar dois annos, augmentam hoje as vozes que recommendam a reposição precoce (Lance, Peltesohn, Henry Taylor, Henry Frauenthal).

Todos estes auctores recommendam que se faça a reposição si fôr possivel, antes que a criança começe a caminhar.

Nestas condições a reposição se produz muito mais fazilmente, muitas vezes sem narcose.

Frauenthal fala de 25 casos repostos em idade mais nova, dos quaes 24 foram curados e, o que é muito notavel, sem que se empregassem apparelhos de contensão.

Estas noticias são muito sensacionaes, o que o auctor parece sentir, tanto que, a respeito do seu methodo, elle fala duma revolução no tratamento da luxação da anca.

O seu compatriota Galloway o ataca de tal modo que até chamma as affirmaçoes de Frauenthal de incriveis.

De facto, será necessario de acceital-as com muita reserva.

De outro lado, deve-se confessar, que as condições nas crianças de peito são muito mais favoraveis do que nas crianças de 2 annos ou mais.

O acetabulo é relativamente mais largo, as bordas estão bem conservadas, o encurtamento da perna ainda não existe ou sómente

num gráo pequeno, a musculatura e os ligamentos são molles, elasticos e ainda não encolhidos.

As condições se approximam, no total, ás da luxação traumatica. Em muitos casos só se trata de subluxação que só mais tarde, pelo peso funccional no caminhar se transforma em lnxação.

Digna de menção é a este respeito o caso de Kopits, recentemente publicado, da cura espontanea duma luxação congenita da anca.

Não é de duvidar que isto se possa dar em casos raros. Além do caso do Kopits, Dreesemann publicou tres casos de luxação provados pelo raio X, que sararam sem assistencia medica.

A noticia de Kopits vem acompanhada de tres desenhos, nos quaes a cabeça da coxa deformada não está muito mais alto do que o acetabulo e tem-se a impressão de que este retrato possa talvez patentear uma subluxação.

Ora, si na idade de criança de peito se trata mais frequentemente de subluxações ou até só de predisposição á luxação, a cura pela simples reducção sem apparelho retensor não é absolutamente incrivel em todos os casos.

No emtanto, será melhor não dispensar um periodo de contensão. Este pode ser curto nas crianças de peito; segundo o proceder de Peltesohn, 3 a 5 semanas bastam.

Nas crianças mais velhas que pelo caminhar já forçaram a articulação, deve-se empregar um periodo de fixação muito maior para alcançar uma retenção estavel.

Este periodo foi fixado por quasi todos os auctores em 6 a 9 mezes, segundo a idade e o gráo de rigidez.

Differenças de opinião maiores existem sobre a posição, na qual se fixar a perna para proteger a nova posição contra a reluxação e para obter uma articulação capaz de funccionar.

Isso é bem comprehensivel pois aqui o procedimento medico é determinado por dois principios oppostos, tratando-se de achar a media mais favoravel para todos os casos.

De um lado, deve-se evitar a extensão demasiada dos musculos, principalmente dos adductores, pelas razões já acima explicadas, do outro lado existe a necessidade de achar-se uma posição da articulação que impeça o deslisar da cabeça tanto para traz e para cima como para a frente e para baixo e que ponha a cabeça em intimo contacto com o acetaculo fixando-a ahi.

Si depois da reposição existir um alto gráo de estabilidade primaria, isto é, si quando o doente está em decubito dorsal, não houver tendencia para a reluxação, tem-se grande garantia para uma contensão efficaz no apparelho.

Partindo destas reflexões Lorenz estabeleceu sua posição primaria para o periodo da contensão, tomando-a dependente da estabilidade primaria. Elle escolheu uma posição de abducção de 90° ao minimo, ás vezes, porém quando a estabilidade é pequena, ella passa para a posição chamada de abducção negativa, na qual o joelho se deve approximar da axilla.

Em certas circumstancias junta-se a esta posição uma hyperextensão, de modo que a coxa fique situado atraz do plano frontal do corpo.

Quando na necessidade de empregar tal posição extrema, principalmente nos casos em que existe a anteversão frequente da cabeça do femur ou da parte superior do femur, a cabeça póde ser impellida demasiadamente para a frente, creando uma predisposição para luxação para deante.

Para evitar tal aceidente Lorenz nestes casos deixa o apparelho só 3 a 4 semanas diminuindo então a abducção.

Calot oppõe-se ao perigo de outro modo, ligando menos importancia da fixação na posição de estabilidade primaria, mas principalmente tratando de conservar o eixo do collo do femur sempre em posição horizontal e transversal sobre o centro do acetabulo.

Para este fim, elle imaginou um methodo engenhoso, pelo qual elle mede o angulo de inclinação do collo do femur sobre o seu eixo e, segundo o tamanho destes angulos, elle determina o gráo da abducção da flexão e da rotação.

Em todos os casos elle, como aliás os outros auctores, emprega sempre uma posição de abducção, mesmo quando pratica a reducção pelo seu methodo de adducção extrema; depois da reposição e antes de fixação no apparelho de gesso, elle passa gradualmente da addução para a abducção sempre de baixo de extensão.

E' verdade que elle precisa de um gráo menor de abducção, tendo ainda a vantagem de correr menos perigo de torcer ou mesmo romper os musculos adductores.

Este processo tem a desvantagem de não possuir o grande gráo de certeza da posição primaria de Lorenz, pois sem duvida é nessa posição a fixação pelo apparelho é mais facil e mais certa.

Assim procurar-se-á no primeiro tempo do periodo de contensão uma posição que corresponda á posição primaria de Lorenz ou ao menos se approxima delle e exija o menor gráo possivel alongamento dos adductores.

Isso, em muitos casos, conseguir-se-á nas crianças novas com muita facilidade.

Para os apparelhos empregadas na segunda metade do periodo de contensão convirá respeitar os principios dados por Calot.

No nosso caso, sem extensão demasiada dos adductores, com a posição primaria de Lorenz (90° de abducção, 90° de flexão), conseguiu-se segurar a cabeça concentricamente no acetabulo como mostraram as chapas de raios X frequentemente tiradas. Tambem quando se diminuiu a abducção de cerca de 10°, a cabeça ficou em boa posição; só quando depois de 6 mezes, para effectuar a rotação para dentro, se diminuiu mais a abducção até 60°, a cabeça sahiu um pouco da sua posição primaria para cima.

A rotação para dentro foi escolhida para o ultimo tempo do periodo de contensão, para impellir a cabeça mais para dentro do acetabulo e para fazer encolher um pouco o apparelho ligamentoso principalmente a parte anterior da capsula articular.

Este fim não podia ser alcançado, porque a pequena doente não podia supportar o apparelho e por causa disso foi necessario abandonar a rotação para dentro.

Ao mesmo tempo diminuiu-se a abducção, como já foi mencionado em cima. Isso teve como consequencia a cabeça sahir da sua posição

central um pouco para cima contra o tecto do acetabulo. Até que ponto este será capaz de offerecer á cabeça um apoio firme, não é possivel determinar de modo certo pela radiographia. Pois o tecto do acetabulo neo-formado, depois da reposição, consiste por emquanto só de cartilagens e não apparece na chapa.

Sabe-se de autopsias feitas num espaço mais ou menos curto depois da reposição que se forma muito rapidamente um tecto cartilaginoso para o acetabulo.

Neste sentido relata por exemplo Scheuermann no anno de 1919 sobre um caso que chegou á autopsia 3/4 de anno depois da reposição, dizendo que o labio glenoidal que antes da reducção estava comprimido e applicado contra os lados do acetabulo, envolvia bem curvado a cabeça formando um ponte sobre a incisura do acetabulo.

As condições anatomicas da articulação reposta são mais favoraveis do que parecem pelo Skiagramma.

O prognostico terá que basear-se essencialmente sobre o estado clinico.

Como se reconheceu em toda parte uma reconstrucção anatomica ideal só se alcançará na minima parte dos casos. Porém sabe-se que a funcção não depende absolutamente da fórma anatomica; existem resultados anatomicos esplendidos com defeitos na funcção e ao contrario uma articulação defeituosa tem ás vezes uma boa capacidade funccional. Isso, como Lorenz diz, não é um resultado ideal, porém póde ser e permanecer muito bom

O estado clinico no nosso doente — cabeça no acetabulo, bom estado da musculatura, igual comprimento das duas pernas — dá a esperança quasi certa que a cura funccional tambem se fará, isto é, que além do igual comprimento das duas pernas alcançará marcha normal e equilibrada e resistencia tambem normal.

Para alcançar este fim, impõe-se depois o tratamento com massagens, movimentos activos e passivos durante varios mezes.

Si contra nossa previsão houver uma reluxação seria necessario repetir o tratamento incruento ou praticar a reposição cruenta.

Provavelmente a reposição repetida não encontraria obstaculos, não assim a contensão pois pelo tratamento emprehendido a cabeça formou um novo leito e talvez tenha achatado uma parte da borda superior do acetabulo.

Aqui, pois, a cabeça encontraria menos apoio. Além disso, adherencias novas e uma certa insufficiencia de elasticidade dos tecidos desempenham um papel desfavoravel.

Quando por essas causas não fôr possivel formar uma articulação capaz de funccionar pelo methodo incruento, será necessario proceder á operação.

O fim desta é 1.° remover obstaculos que se oppoem á reposição da cabeça no acetabulo ou que com a capsula dobrada se oppoem ao contacto intimo da cabeça com o acetabulo, 2.° formar um leito seguro para a cabeça que impeça uma reluxação e ao mesmo tempo permitta uma mobilidade tão normal quando possivel.

No primeiro sentido separar-se-ão adherencias da capsula, abrir-se-ão partes estreitadas della e talvez o ligamento redondo interposto

haja de ser reseccado. Em seguida fecha-se a capsula, nos logares alargados, suturando com dobras.

Deste modo a capacidade da capsula é reduzida e a contensão é muito favorecida.

Isso bastará em casos excepcionaes, pois na regra o acetabulo não será sufficientemente profundo principalmente a sua borda superior não offerecerá apoio seguro á cabeça.

Hoffa e Lorenz procederam de modo a afundar o fundo do acetabulo por meio da cureta cortante ou por perfurador de osso (Doyen) tirando a camada cartilaginosa e ás vezes a massa esponjosa do osso.

O resultado deste processo em muitos casos não é satisfactorio porque produz muitas vezes ancyloses. Convém, pois, deixar a camada cartilaginosa intacta e augmentar o acetabulo, como mostraram Albee e Klapp.

Ambos procederam duma maneira muito semelhante, cinzelando por fóra, em forma de meio circulo, a borda superior do acetabulo. Assim o tecto do acetabulo tornado movel e deitado para baixo, é fixado por uma peça do osso implantada no sulco formado pelo cinzel.

No nosso caso nenhuma destas medidas foi necessaria, pois hoje em Maio de 1923, a criança deve ser considerada como curada.

A marcha é boa, a articulação move-se bem, o phenomeno de Trendelenburg é negativo; as duas pernas apresentam igual comprimento.

Existe ainda um certo gráo de rotação para fóra, que por emquanto é considerado como protector contra a reluxação e que com o tempo diminuirá.

Este caso poderá servir de exemplo para o bom prognostico para a cura desta affecção que faz com que seu portador, só podendo mover-se com difficuldade, se sinta infeliz para toda a vida.

Como condição principal para a boa cura considera-se, como em quasi toda a cirurgia, uma intervenção precoce: „principiis obsta".

Quanto mais cedo se reconhecer a luxação e se iniciar o tratamento, tanto mais certa será a cura.

Sem duvida vale a pena seguir os conselhos recebidos pela literatura moderna e iniciar o tratamento na infancia mais tenra.

Literatura.

Adolf Lorenz, Heilung der angeborenen Hüftgelenks-Verrenkung. 1900.
G. Joachimsthal, Handbuch der orthopädischen Chirurgie. 1906-1907
Albert Hoffa, Orthopädische Chirurgie. 1921.
F. Calot, L'Orthopédie indispensable. 1917.
H. Scheuermann, Zeitschrift für orthop. Chir. — Bd. 39 H. 3. 1919.
K. Gangele, Zeitschrift f. orthop. Chir. 1920. Bd. 40. H. 4.
Wisbrunn, „ „ „ „ 1921. Bd. 4. H. 1/2.
Graetz, ibidem.
Kopits, Zeitschrift für orthop. Chir. 1921. Bd. 41 H. 5.
Peter Bade, Verhandlungen der deutschen orthop. Gesellschaft. 1914.