

## (Doença de Leg-Perthes-Calvé) (\*)

CESAR ÁVILA (\*\*)

Em 1949, lendo os artigos de Beckett Howorth e Ferguson (1) (2) vimos que estes autores desde abril de 1928, perfuravam o colo e a cabeça do fêmur, em várias direções com o fito de revascularizar as estruturas atingidas pela necrose na coxa plana. A fim de evitar uma hemartrose, colocavam na janelinha óssea um fragmento livre de músculo.

Nasceu-nos então, em 1949, a idéia de tentar a revascularização da cabeça femoral na coxa plana, inserindo em um túnel ósseo uma **lingueta de músculo pediculado e bem nutrido**.

Por esta ocasião operamos três casos, usando uma via posterior de acesso à coxo-femoral, e uma lingueta de glúteo pediculado.

Não pudemos acompanhar esses casos e passamos a usar a técnica da tunelização e enxerto ósseo.

Em janeiro de 1964, tivemos informações a respeito de um dos casos operados em 1949. O pai, médico, relatou-nos que seu filho curou-se rapidamente e que não apresentava sequela alguma da moléstia, praticando perfeitamente, vários esportes.

Examinamos então este antigo clientezinho, hoje um jovem forte de vinte e um anos de idade e que havia sido operado aos cinco anos de idade.

Na figura 1 vemos as radiografias atuais de C.G.S. O lado esquerdo, o operado, apresenta uma deformidade residual comum da cabeça porém com excelente interlinha articular e boa rela-

ção cotiloideia. A função da articulação, perfeita.

Resolvemos tentar novamente a técnica por nós abandonada em 1949. Modificamos porém a mesma e os esquemas numerados de 2 a 14, mostram como hoje a sistematizamos. Em síntese, ela pode ser descrita assim:

Incisão vertical de Hüeter.

Afastamento do Sartório e dos fascia lata para isolar o músculo Reto do Fêmur, o que será usado como enxerto.

Desinserção do Reto do Fêmur de suas inserções proximais, seccionando os tendões.

Isolamento da parte proximal deste músculo, conservando quanto possível sua vascularização.

As vezes é necessário ligar o ramo anterior da artéria circunflexa lateral para obtermos mais campo e porção mais longa de músculo.

Isolamento da face anterior da cápsula da articulação coxo-femoral com dois afastadores de Putti. Abertura longitudinal da cápsula, deixando à mostra parte da cabeça e a face anterior do colo. Bem no limite inferior da cabeça, abertura de uma janela quadrada, de cerca de 3 mm de lado, no colo femoral.

Avivamos, então, a extremidade livre do músculo Reto do Fêmur, seccionando os fragmentos livres de suas anteriores inserções.

Dividimos então o músculo, no sentido longitudinal, em duas porções, uma anterior e outra posterior.

(\*) Trabalho apresentado na I Jornada de Ortopedia e Traumatologia, em Curitiba, 29 de agosto de 1964. Nota prévia apresentada em 6 de abril de 1964, na sessão regional da S.B.O.T., em Porto Alegre.

(\*\*) Professor de Clínica Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre da Universidade do Rio Grande do Sul.

Fazemos um túnel oblíquo no colo e o alongamos até o núcleo cefálico por meio de curetas progressivamente calibradas.

Introduzimos a lingueta posterior, através do túnel, até ao núcleo cefálico.

Fixamos esse enxerto pediculado nos bordos da cápsula com três pontos de catgut cromado, um em cada bordo da base do enxerto e um terceiro fixando a face anterior de sua base.

Fechamos a cápsula com a lingueta anterior do músculo dividido, cuidando não estrangular o enxerto pediculado. Fechamento por planos. Gesso pelvi-podálico, membro inferior em moderada abdução e rotação interna.

A imobilização é mantida por dois meses. No fim deste tempo, conforme o aspecto radiológico, deixamos o paciente andar.

Em 7-2-1964 operamos com esta técnica a C.A.N., do sexo masculino, de 4 anos de idade, com uma coxa plana direita, em fase de fragmentação e com evolução clínica de, mais ou menos, um ano.

Apresentava uma coxo-femoral muito dolorosa à movimentação passiva e ativa.

Forte contratura dos adutores.

Neste caso, praticamos também a neuréctomia do obturador e secção dos adutores contraídos.

Na figura 15, vemos a radiografia pré-operatória, caso típico de coxa plana direita. A figura 16 é de uma radiografia trans-operatória para guiar a profundidade da curetagem.

Colocamos um gesso pelvi-podálico e mandamos o paciente voltar dentro de cinco meses.

Em 30-3-1964, isto é, 53 dias após a operação, voltou o paciente com o gesso quebrado.

Antes de colocar novo gesso a chapa de controle, feita na ocasião (figura 17) mostrou-nos uma recuperação da cabeça em tempo que jamais tínhamos visto e obtido com qualquer outro processo.

Mantivemos o paciente em observação, sem gesso, por mais 30 dias, em relativo repouso, caminhando pouco.

No fim deste período, verificamos uma perfeita recuperação funcional.

A chapa de figuras 18, com 6 meses,

mostra a manutenção do aspecto de cura. As figuras 19, 20 e 21 são do nosso paciente aos seis meses da operação, recuperado funcionalmente.

Até a presente data, 20 de agosto de 1964, operamos, 10 lados de oito pacientes. Cinco já podem ser analisados. Os outros são muito recentes para tirarmos conclusões.

Três, entre os quais está o acima relatado, evoluíram como esse. Os outros dois apresentaram aspectos clínicos interessantes.

Ei-los:

S. K., sexo masculino, 11 anos de idade. Claudicação e dores na raiz da coxa direita, há três anos. Em uma das crises dolorosas foi apendicectomizado. Apesar da operação, as dores continuaram. Em 20-4-64 apresentava limitação dolorosa da coxo-femoral esquerda, normal ao exame clínico. A radiografia da figura 22, batida então, mostra uma forma bilateral de coxa plana. A direita já grande absorção cefálica e, à esquerda, assintomática, um processo provavelmente em início. Em 23-4-64 foi operado do lado direito. A radiografia tirada em 26-6-64, 60 dias após a operação (figura 23) mostra recuperação notável da cabeça direita, que era sede de uma afecção datando de, pelo menos, três anos e, também, melhora pela imobilização precoce gessada, do lado esquerdo.

Resolvemos continuar a imobilização do lado esquerdo e eis a radiografia tirada em 20-8-64 (figura 24) onde aparecem curados ambos os lados, o direito operado e o esquerdo apenas com a imobilização gessada. Naturalmente que continuaremos a observar este paciente para ulteriores conclusões mais precisas. O caso é interessante para lembrarmos a evolução diversa da coxa plana desde os casos frustos até os graves e os de evolução tórpida.

Sem dúvida, são dois tipos clínicos das duas coxo-femorais de S. K.

O tratamento conservador precoce do lado esquerdo levou a resultado pelo menos, até agora, excelente. Digo até agora porque vimos alguns casos de coxa plana, tratados apenas pelo gesso que, depois de apresentarem um aspecto ra-

diológico e clínico de cura, recidivaram, em formas bastante graves.

O outro caso é de:

C. P. N., sexo masculino, 4 anos de idade, forma bilateral de coxa plana, evolução clínica de 3 meses. Dôr mais acentuada à esquerda.

Radiografia (figura 25), tirada em 10-2-64, onde se vê uma forma bilateral com acentuada picnose do núcleo cefálico direito. Operação bilateral praticada em 14-2-64.

Radiografia dois meses após a intervenção (figura 26) com melhora bilateral. Passou a andar.

Em agosto, gueixou-se de dôr no lado esquerdo, dôr passageira e de repetição.

A radiografia da figura 27, mostra recuperação completa à esquerda e absorção parcial do núcleo cefálico à direita. Caso em observação.

Justifica a publicação do presente trabalho os resultados precoces animadores no tratamento da coxa plana por processo bastante simples e, quanto pesquisamos, parecendo original.

O tempo e a observação de outros, julgará seu valor.

Vários de nossos colaboradores, a quem agradecemos, estão tentando o método.

Porto Alegre, 20 de agosto de 1964

## RESUMO

Em 1949 o autor operou 3 casos de coxa plana, doença de Legg-Perthes-Calvé, visando revascularizar a cabeça do fêmur por meio de um enxerto muscular pediculado, introduzido até o núcleo curetado através de um túnel ósseo.

Usou então uma via posterior e uma lingueta de gluteo. Em fevereiro de 1964, passou a usar o Reto do Fêmur como enxerto pediculado e a via anterior de Huetter. Já operou 10 lados em 8 pacientes. A recuperação em 4 casos, já observados, foi rápida. Em dois meses o núcleo cefálico se refez. Num caso houve recuperação de um lado e piora tardia do outro. Nos três outros pacientes as operações são demais recentes para conclusões.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — FERGUSON, Albert e HOWORTH, Becket: Coxa Plana and Related Condition at the Hip. J. of Bone and Joint Surg., 16: 781-803. October, 1934.
- 2 — Becket Howorth: Coxa Plana. J. of Bone and Joint Surg. 30 A: 601-620, July, 1948.

## SUMMARY

In 1949 the author operated three cases of coxa plana, Legg-Perthes-Calvé's disease, aiming the femur head revascularization by a pediculated muscular grafting mean, introducing until the osseus curated nucleus by an osseus tunnel.

They use a posterior access and a Gluteus bolt.

In February, 1964, he began to use the Rectus Femoris like a pediculated grafting and the Hueter's anterior way.

He operated 10 sides in 8 patients.

The recuperation in 4 observed cases was quickly.

In two months the cefalic nucleus have been restored. At one case it happened one side recuperation and a little reabsorption of the other side.

In the three other patients, the recently operations are for conclusions.

## RÉSUMÉ

En 1949 l'auteur a opéré 3 (trois) cas de coxa plana, maladie de Legg-Perthes-Calvé, ayant pour but la révascularisation de la tête du fémur à l'aide d'une greffe musculaire pédiculée, introduit jusqu'au noyau nettoyé à travers un tunnel osseux. A ce moment l'auteur a fait l'usage d'une voie postérieure et d'une languette de **Gluteus**.

Cependant, en Février 1964 il passa à user, comme greffe pédiculée, le **Rectus Femoris** à travers la voie antérieure de Hueter. L'auteur a déjà opéré 10 côtés en 8 malades.

En 4 cas, déjà observés, la récupération a été rapide. Au bout de deux mois le noyau céphalique s'est refait. Dans un cas il y a une bonne récupération d'un côté tandis que de l'autre côté a eu tardivement une réabsorption partielle. Les trois autres malades ont très récemment subi l'intervention, ce que défend l'auteur d'en tirer des conclusions.

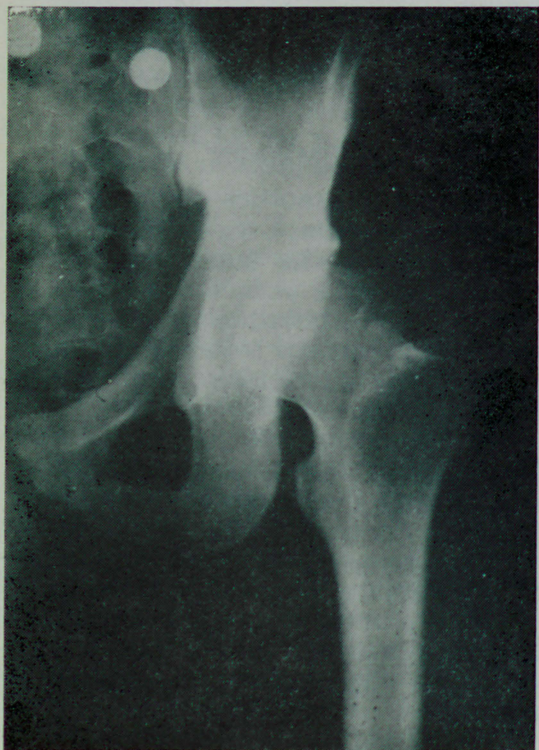


Fig. 1

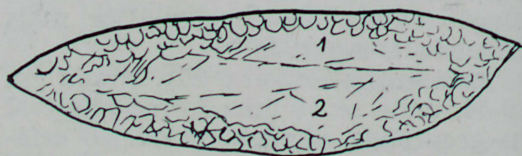


Fig. 2

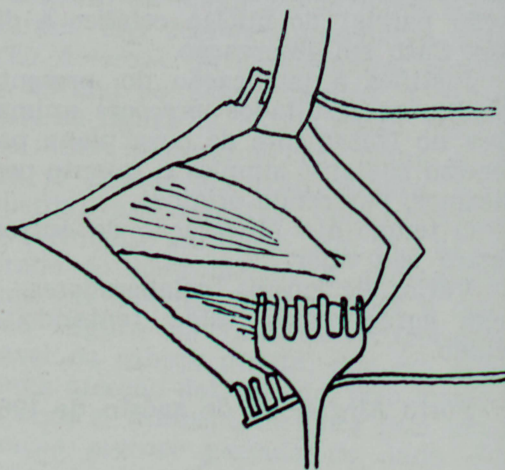


Fig. 3

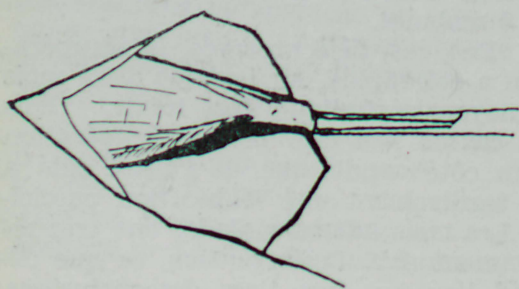


Fig. 4

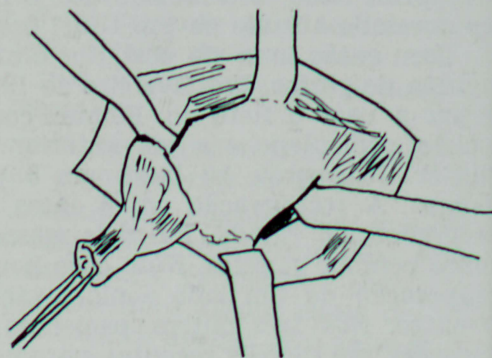


Fig. 5

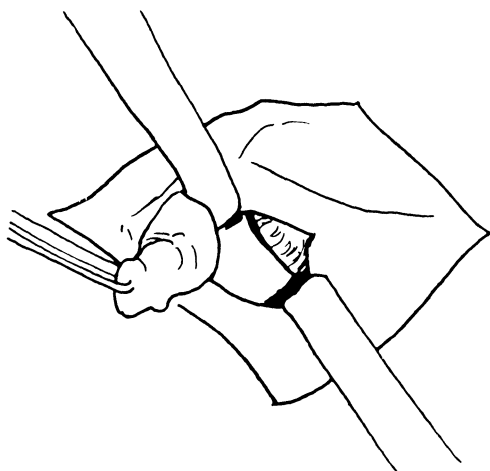


Fig. 6

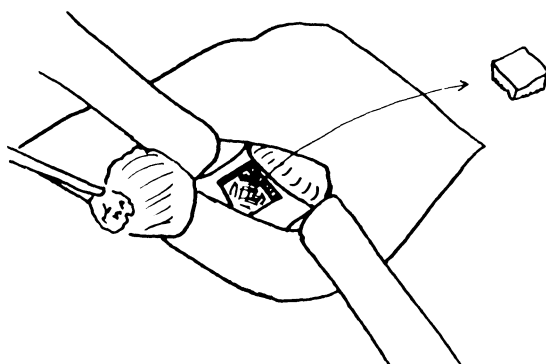


Fig. 7

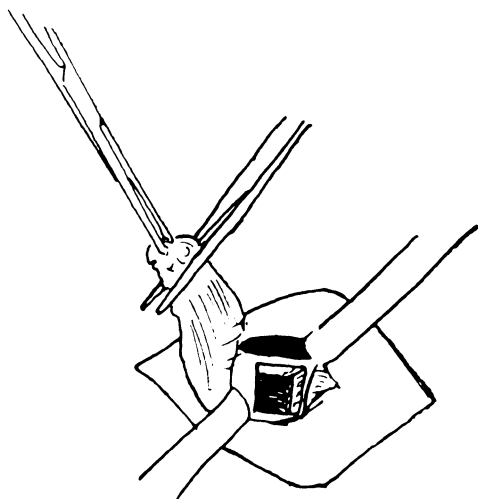


Fig. 8

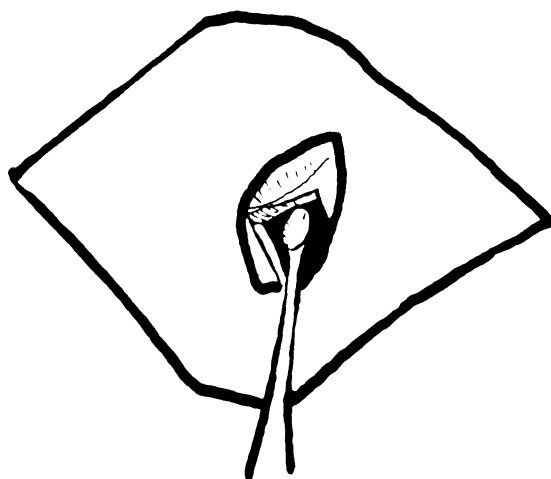


Fig. 9

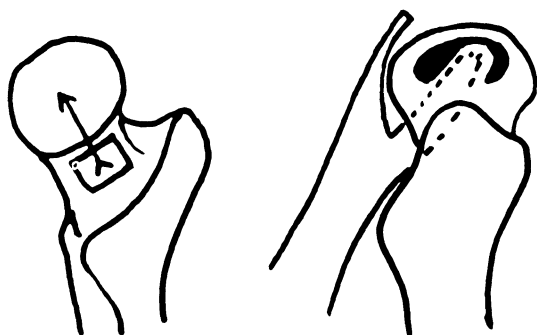


Fig. 10

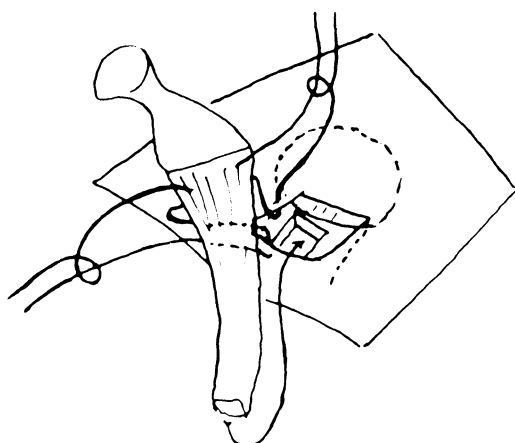


Fig. 11

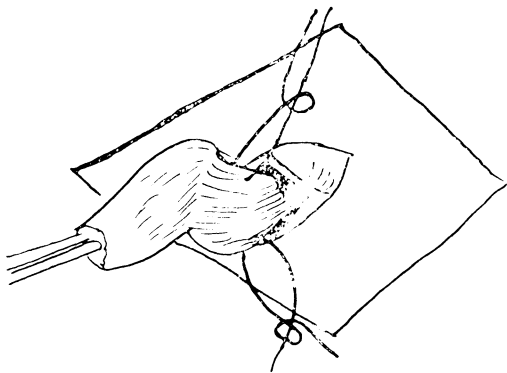


Fig. 12

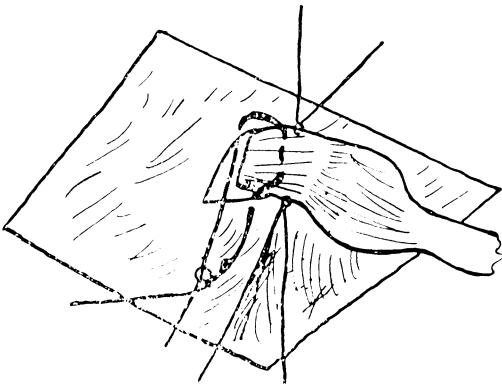


Fig. 13

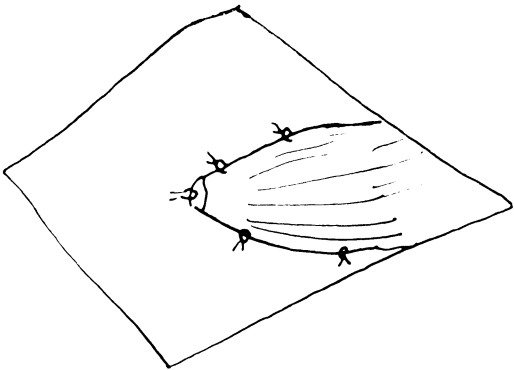


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

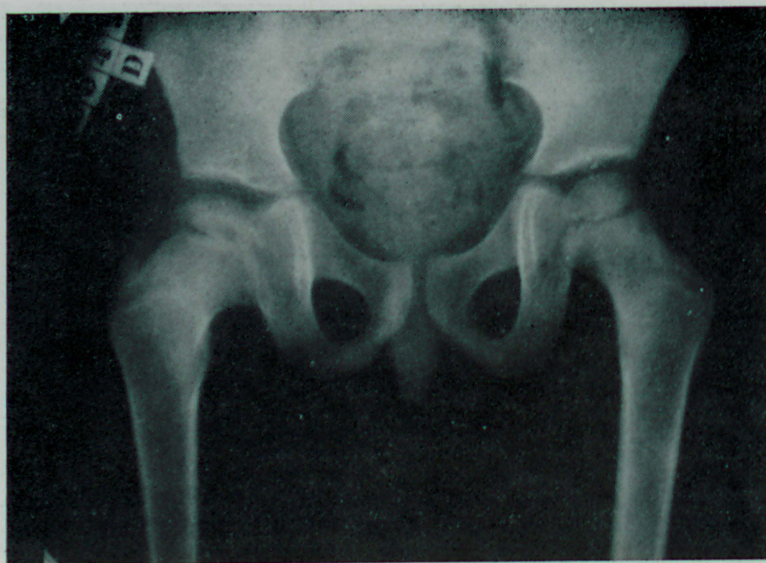


Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

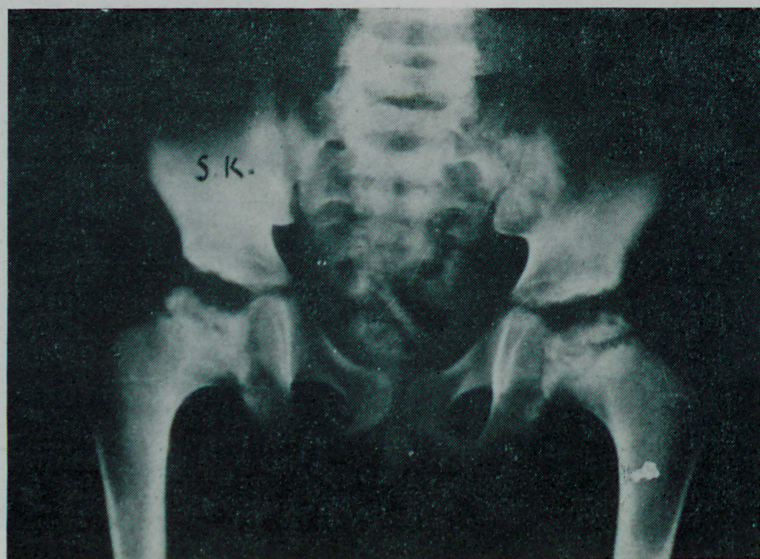


Fig. 22



Fig. 23

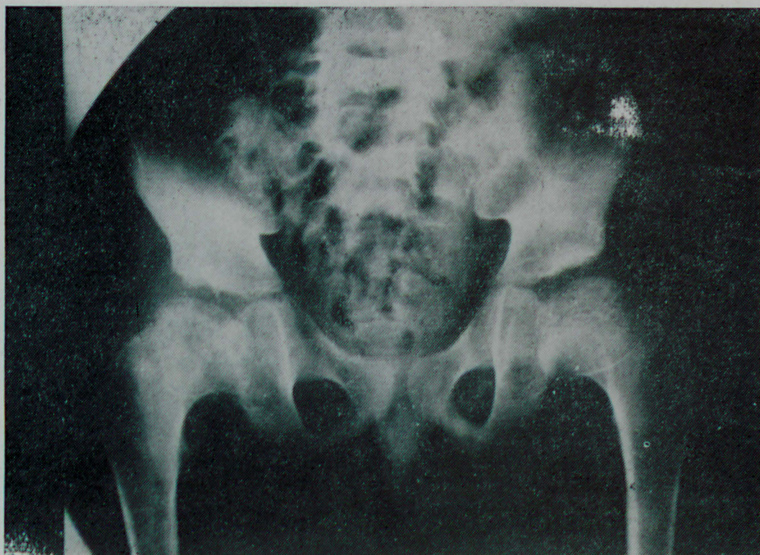


Fig. 24



Fig. 25

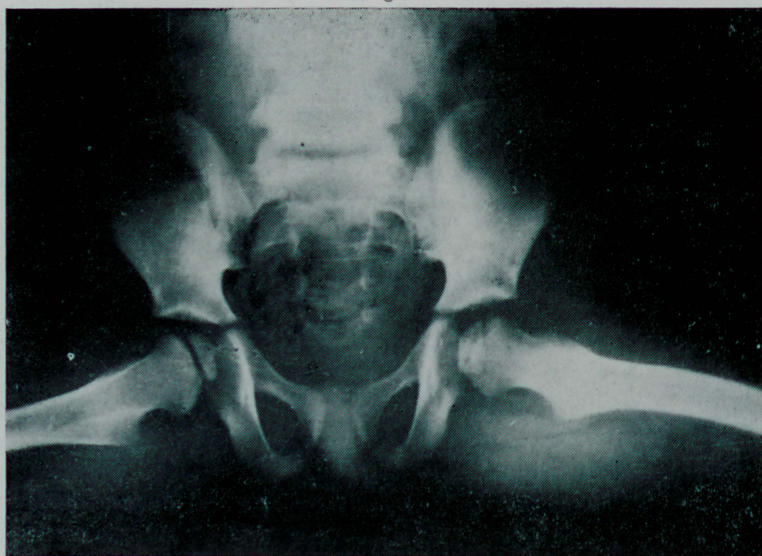


Fig. 26

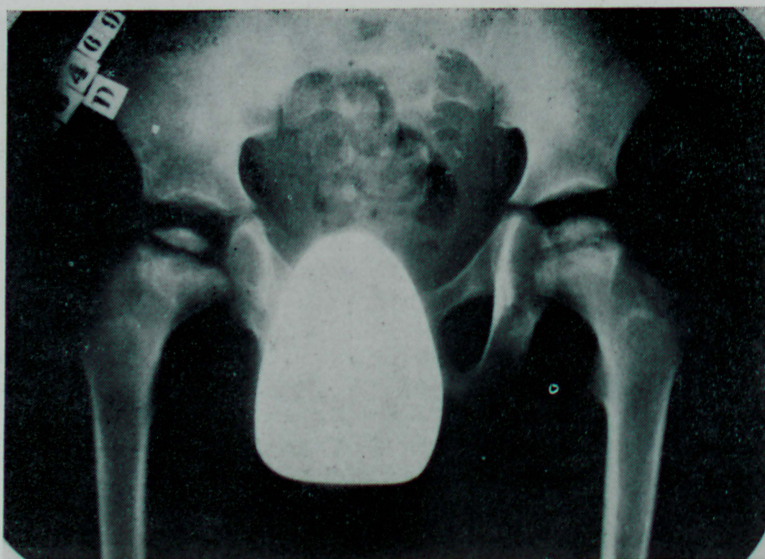


Fig. 27