

VISITA OFICIAL DE ORTOPEDISTAS BRASILEIROS À GRÃ-BRETANHA **

LÉO MARIO MABILDE *

1. INTRODUÇÃO

A visita oficial de dez ortopedistas brasileiros aos centros ortopédicos da Grã-Bretanha, foi a feliz concretização de entendimentos realizados entre a Sociedade Brasileira de Ortopedia, através de seu dinâmico presidente Prof. Marcondes de Souza, e Sociedade Britânica de Ortopedia.

A escolha dos dez colegas foi realizada através de concurso de títulos, conforme edital previamente divulgado no boletim da S.B.O.T. Atendendo solicitação da Sociedade Britânica foram os brasileiros selecionados divididos em dois grupos:

Grupo A

M. Ibrahim de Carvalho — B. Horizonte
L. T. Assis Lopes — Ribeirão Preto
E. J. Kanan — Pôrto Alegre
H. Rocha Portella — Rio de Janeiro
J. Carlos Ferreira — Campinas

Grupo B

J. H. Matta Machado — Belo Horizonte
J. P. Marcondes de Souza — R. Prêto
H. Rucker — Curitiba
L. M. Mabilde — Pôrto Alegre
D. D'Angelo — Rio de Janeiro

Finalizado o congresso da S.I.C.O.T. em Paris, ambos os grupos voaram para Londres em 13 de setembro de 1966. À noite do mesmo dia, éramos recepcionados com um jantar de boas vindas oferecido pela diretoria da Sociedade Britânica. No dia seguinte, o grupo A seguiria para Bristol, e o grupo B para

Oxford, seguindo um roteiro diferente. Dia 24 dar-se-ia o encontro em Glasgow, para então reunidos completarem a segunda parte do programa. Tudo foi cumprido na íntegra, dentro do melhor espírito britânico de cordialidade e pontualidade.

2. OXFORD

Visita ao Nuffield Orthopaedic Centre

Direção do Prof. R. B. Duthie. Estadia nos dias 14 e 15 em regime de tempo integral com pequena interrupção para o lunch. O primeiro conferencista é Mr. E. W. Sommerville que aborda o tema "Luxação congênita do quadril". Inicia com seus conceitos etiopatogênicos da afecção, como sendo um certo grau de frouxidão da cápsula que ocasionaria as demais alterações. Faz artrografia, a fim de bem esclarecer a posição da cápsula que, segundo ele, constitui o real obstáculo à redução.

Nas luxações estabelecidas usa a tração contínua e abdução progressiva como meio de redução e para prevenir a necrose asséptica epifisária. Nos casos mais antigos, obtém a redução cirúrgica extirpando o limbo e realizando posteriormente a osteotomia de desrotação. Apresenta a sua estatística de mais de 100 casos com resultados muito satisfatórios (80 a 100%) nos pacientes com início de tratamento entre 9 e 12 meses e 50 a 65% nos de 2 a 3 anos.

Mr. J. D. Morgan é o seguinte conferencista, que aborda o tema alongamento de perna nas desigualdades dos membros. Usa o processo de Anderson, e como critério de seleção coloca em pri-

* Livre Docente de Ortopedia e Traumatologia. Professor Adjunto F.M.P.A., U.F.R.G.S.

** Patrocínio da British Orthopaedic Association.

meio lugar as seqüelas de Polio com joelho livre e sem retração do tendão de Aquiles. Obtém em média alongamentos de 1,6 polegadas. Enumera as complicações: fratura do calo, pseudoartrose, equinismo e infecção.

Mr. E. W. Somerville volta, pronunciando uma conferência sobre o método de tratamento empregado na doença de Legg-Perthes-Calvé: gessado em abdução e rotação interna, até conseguir uma perfeita centragem da epífise no acetábulo, realiza então uma osteotomia desrotatória subtrocantérica que é fixada com placa e parafusos. Gessado por 6 semanas, finda as quais o paciente está livre para iniciar o apoio e a deambulação. Sua estatística apresenta resultados muitos satisfatórios com uma morfologia epifisária quase normal.

A tarde, acompanhamos o Prof. Duthie em prolongada visita as enfermarias, onde foram mostrados e discutidos muitos pacientes em tratamento com artrite hemofílica, artrite reumatóide, coxartrose, alongamento de fêmur, etc.

No dia seguinte, pela manhã, voltamos ao Nuffield Centre, para percorrer demoradamente a enfermaria Radcliffe onde está o serviço de acidentados do Mr. J. C. Scott. Serviço que atende uma área aproximada de um milhão de habitantes com cerca de 35.000 casos por ano, dos quais 80% são do aparelho locomotor. Instalações simples mais muito efetivas: quartos de tratamento intensivo, goteiras de imobilização tipo Thomas com molas espirais de suspensão, coxins de borracha cheios de ar para controle dos desvios angulares. Orientação de tratamento das fraturas eminentemente conservadora. Mr. Scott chama a atenção para o fato de que "os grandes períodos de inconsciência seriam causadores de rápidas consolidações das fraturas!"

A tarde, percorremos demoradamente Mary Marlborough Lodge, uma unidade de pesquisa e centro de reabilitação de inválidos na mesma área do Centro. É constituído de pequenos apartamentos para um casal ser treinado nas atividades de todo o dia, com todos os móveis e utensílios apropriados e desenhados para o melhor desempenho de suas tarefas. Noutro setor, são desenvolvidas as

pesquisas de prótese de membro superior acionadas a gás carbônico.

3. BIRMINGHAM

Visita ao Royal Orthopaedic Hospital, Woodlands

O estágio dos dias 16 e 17 é iniciado com Mr. F. G. Allan, que é o Head do serviço, percorrendo as enfermarias onde nos são mostrados numerosos casos de artrites e espondilites. Mr. Allan nos relata sua experiência nos alongamentos de fêmur e tibia isolados ou combinados. Usa a técnica de Anderson utilizando aparelho similar. Possui fichados cerca de 300 casos. A média do alongamento obtido no fêmur foi de 4,4 cm. Dá as complicações mais frequentes: paralisia transitória do ciático popliteo externo e limitação funcional do joelho.

Mr. J. Hicks apresenta um "paper" sobre os problemas de consolidação nas fraturas. Acredita que na perna o problema do tratamento cirúrgico reside fundamentalmente na falta de fixação adequada. Tem 130 casos com 98% de consolidação. Usou os princípios de Muller. Só permite o apoio quando exista imagem segura de calo.

Mr. H. Piggott apresenta os seus estudos em coelhos para melhor conhecer e interpretar a escoliose idiopática. Resseca segmentos de costela junto a articulação costo-vertebral. O método parece ter indicação em pacientes escolióticos ainda em fase de crescimento com resultados ainda não bem definidos.

Mr. W. H. Scrase relata a seguir sua experiência no igualamento dos membros, usando o alongamento da tibia pelo processo de Anderson. Possui 72 casos e julga que possam ser obtidos alongamentos de 2 a 3 polegadas e que a idade ideal estaria entre os 8 e 16 anos.

No dia seguinte voltamos ao Royal para inicialmente ouvirmos o radiologista do serviço Mr. P. Jacobs sobre seus trabalhos de investigação da displasia congênita do quadril no recém-nascido. Examinou 234 quadris com o seguinte resultado: 97 normais, 43 deslocados, 81 displásicos e 13 com outras alterações. Valoriza o teste de abdução das coxas e o sinal de ressalto de Ortolani. Conclui

que 80% dos quadris que mostram sinais clínicos suspeitos de displasia, êstes desaparecem no segundo exame realizado meses após.

Mr. M. H. M. Harrison relata seus conceitos sobre o tratamento da doença de Perthes usando o método do "bromstick plaster" já divulgado. Para acelerar a cura emprega uma osteotomia subtrocanterica de efeito revascularisante. Avalia os seus resultados pelo quociente compreensivo de Heyman e Herdon e termina afirmando que seu método oferece os melhores resultados no tratamento do Perthes.

Mr. J. Penrose em seu "paper" relata sua experiência na substituição do fíbula e ulna nas grandes perdas de tibia e rádio. Usa processo pessoal que modifica a técnica original de Hey-Groves. Grande preocupação com o estado da pele fazendo inicialmente grandes enxertos pediculares. Casos muito bem documentados com resultados muito satisfatórios.

Como último conferencista, Mr. W. R. Risk expõe sua experiência na artrite reumatóide. Na anilose do quadril indica a operação de Girdlestone e nos joelhos as sinovectomias. Termina mostrando os resultados da cirurgia no tratamento do hallux valgus artrodesando a metatarso falângica após a ressecção corretora. O ângulo de apoio ideal é moldado previamente de acordo com a altura do salto usado pela paciente. Resultados cosméticos muito bons e indolores.

4. NOTTINGHAM

Visita ao Harlow Wood Orthopaedic Hospital

A estadia dos dias 19 e 20 é iniciada com as enfermarias de crianças conduzidos por Mr. W. Waugh. Muitos casos de malformações congênitas são examinados: pés tortos e luxações congênitas do quadril. Os métodos conservadores são geralmente usados para o quadril. Nos pés tortos realizam muitas operações de release e translocações tendinosas.

Dr. E. J. F. Townsend radiologista do serviço faz interessantes demonstrações de artrografia do joelho usando o ar co-

mo contraste e um magnífico intensificador de imagens acoplado a um circuito fechado de televisão. As lesões meniscais são facilmente diagnosticáveis com a cineradiografia. Vários pacientes foram examinados revelando em todos a certeza do diagnóstico artrográfico.

No final da manhã, ainda um membro do staff mostra uma criança portadora de um pé plano paralítico, no qual foi utilizado um enxerto ósseo maciço de fíbula introduzido em túnel de cima para baixo e de frente para trás imobilizando a astragalo-calcaneana como modificação do processo de Grice. O resultado da correção é muito satisfatório após 6 semanas de gessado.

Mr. P. Jackson apresenta interessante conferência com abundante projeção de slides sobre a osteotomia da tibia no tratamento das artroses de joelho. Acredita que os desvios de eixo do joelho sejam a razão do aumento de pressão exercida e causador em última análise da artrose. Realizou osteotomia varizante em 42 casos e valgizante em 23 casos. Como indicação principal a dor e como requisito que houvesse mobilidade ativa de pelo menos 90 graus de flexão. Os resultados apresentados foram: 28% bons e 31% satisfatórios, devidos à correção do desvio e a melhora da vascularização produzida pela osteotomia. Complicações: lesão do ciático popliteo externo recuperável e infecção.

Mr. P. Jackson mostra ainda o seu trabalho sobre escoliose utilizando enxertos de fíbula do próprio paciente. Corta o fíbula em vários pedaços de 1 a 2 cm de altura. Aborda a coluna em larga extensão. Faz o release na concavidade e coloca cada pedaço de enxerto sob pressão entre as apófises transversas. Mantém a correção obtida em Milwaukee brace.

Mr. W. Waugh apresenta um interessante trabalho sobre a osteotomia desrotatoria no tratamento da luxação congênita do quadril. Usa, inicialmente, a tração e abdução progressiva até obter a redução. Faz controles radiológicos de mensuração do ângulo de anteversão em posição prona e joelho em flexão.

Nas 70 osteotomias realizadas obtve medidas médias de rotação externa de 60% graus e 45 graus de rotação interna

para 30 graus e 70 graus respectivamente como normais.

Mr. R. G. Pulvertaft é o renomado especialista de mão com quem passamos o interessantíssimo dia seguinte em Harlow Wood. Iniciamos com sessão cirúrgica onde foi realizada uma policização do 2.º dedo. Técnica impecável que pouco difere da técnica de Littler. A seguir uma resseção da aponevrose palmar em paciente portador da doença de Dupuytren.

A tarde, Mr. Pulvertaft faz uma conferência sobre a mão na artrite reumatóide. Mostra sua enorme casuística e os bons resultados que se podem obter pela sinovectomia precoce, pois afirma existirem um quarto de milhão de pessoas que sofrem na Grã-Bretanha. Advoga, ainda, a estabilização das lesões traumáticas dos ossos da mão pelo uso de fios de Kirschner, pois os resultados do tratamento conservador, não satisfazem.

A manhã do dia 21 é ainda aproveitada para uma visita ao "Portland Training College for the Disabled", situado na área de Harlow Wood; é uma magnífica escola de treinamento para a reabilitação profissional abrigada e desabrigada do inválido (relojeiros, eletricitas, carpinteiros, etc.).

"Thieves wood school for the severely disabled" é um outro centro de treinamento da mesma área para crianças severamente incapacitadas em regime de internato. Muitos casos de P. C., Distrofia muscular progressiva, Espina bífida. Grande organização com ótimo pessoal técnico e muito bom equipamento.

5. SHEFFIELD

Visita a Royal Infirmary. Accident department.

Sob a direção de Mr. F. W. Holdsworth, iniciamos a visita de dois dias (22 e 23) a Sheffield, área densamente industrializada. Grande movimento de fraturados, quase 3.000 por mês. Conduta de tratamento essencialmente conservadora. Insiste Mr. Holdsworth que grande parte das pseudo artroses são produzidas por frequentes mobilizações do foco de fratura. Rigorosa imobilização, es-

tímulo funcional e o fator tempo é a chave do sucesso.

Na parte da tarde, passamos para o "Lodge Moor Hospital. Paraplegic Unit" magnífico serviço de 58 camas para adultos de ambos os sexos sob a direção do Dr. A. G. Hardy. Existe em média um caso neurológico para cada dez de fratura de coluna. Afirma que a complicação depende fundamentalmente da ruptura do grupo posterior de ligamentos que ocasionam a instabilidade vertebral e a conseqüente compressão medular. As fraturas instáveis são reduzidas por simples decúbito ventral na mesa de operações, onde é realizada uma fixação metálica das espinhosas. A fixação permite uma mobilização precoce dos fraturados e paraplégicos evitando assim a formação das escaras de decúbito. Não fazem laminectomias. Impecável cuidado aos pacientes por corpo técnico altamente especializado. A estadia de paraplégicos no serviço não é superior a 4,5 meses. Existem em toda a área cerca de 1.000 paraplégicos.

Children's Hospital

Iniciamos o dia seguinte sob a direção de Mr. W. J. W. Sharrard. O hospital pertence a Universidade. Grande número de casos de espina bífida com meningo mielocoele, casos de Polio e casos de paralisia cerebral. Nos casos de quadril paralítico com subluxação coxo femural, Mr. Sharrard emprega a sua técnica de translocação do psoas ilíaco ao grande trocanter através um peritúo realizado no ilíaco. A estabilidade do quadril é muito satisfatória.

Mr. Sharrard aborda, a seguir, o grande problema das meningo mielocoeles (Spinal Dysrhapism). Existem 2.500 novos pacientes cada ano. São consideradas como emergência e operadas poucas horas após o nascimento. Realiza um estudo neurológico pré e transoperatório clínico e elétrico muito minucioso da lesão medular. Tivemos mesmo a oportunidade de assistir uma operação de um recém-nascido com 13 horas de vida. O fechamento completo da falha é executado praticamente em todos os casos. A revisão revela uma persistência de paralisias parciais de 40 a 50 por cento e

apenas 10% de paralisias extensas. O índice de mortalidade vai a 30% na primeira infância.

Parte da tarde foi utilizada à visita ao "King Edward VII Hospital" nas vizinhanças da cidade. Grande número de casos clínicos principalmente em crianças foram apresentados e discutidos. Pacientes portadores de sequelas de Polio e de Spina bífida. Processos cirúrgicos foram apreciados e seguidos. Ao final, Mr. Sharrard operou um caso de translocação tendinosa do psoas ilíaco pela sua técnica.

6. GLASGOW

Os grupos A e B reúnem-se sendo recepcionados pelos colegas do Killearn Hospital e Southern General Hospital. No dia seguinte, domingo 25 de setembro, nos foi proporcionado um lindo passeio pelo Rio Clide e Lago Lomond com um magnífico lunch em um castelo escocês.

Visita ao Killearn Hospital

Iniciando a segunda-feira 26, em Glasgow, Mr. J. T. Brown apresenta um "paper" relatando a sua experiência no tratamento das fraturas do colo do fêmur. Usa como prótese um cravo modificado que denomina de "sliding nail plate". Possui 195 casos operados com 69% de consolidação, sendo 21% de necrose asséptica e 10% de ausência de consolidação. Posteriormente, mostra outra série de pacientes com outro tipo de cravo que denomina de "tube nail". Aparelhagem mais complexa e que afirma permite aos seus pacientes caminharem em duas semanas. Resultados melhores.

Mr. A. R. Parkes apresenta seus estudos sobre a etiologia e o tratamento do síndrome de Volkmann. Faz arteriografias e estuda o grau de isquemia tecidual até o ponto em que se torna patogênica para o próprio tecido. Afirma que o edema vai progressivamente comprimindo os vasos e igualando sua pressão até mesmo ultrapassá-la. Como tratamento, faz o release imediato do fascia superficial e profundo, a fim de aliviar a pressão. No Volkmann estabelecido faz alongamen-

tos e translocações tendinosas dos extensores para os flexores encurtados.

Mrs. Mary Catho é renomada patologista e nos fala de sua experiência nos tumores cartilagosos (encondromas e osteocondromas) e seu potencial de malignização. Advoga a extirpação total do tumor. Todo o trabalho é ilustrado com magnífica coleção de slides de peças anatómicas e preparados anátomo-patológicos.

Mr. T. W. Howat relata sua experiência no tratamento das fraturas do calcâneo, usando um fio de Kirschner incluído no gessado e permitindo mobilidade da sub-astragalina. Afirma que obtém 50% de bons resultados.

Mr. T. Gardiner nos traz sua experiência nas artrodeses do quadril tipo Britain. Utiliza uma placa longa, tipo Mc. Laughlin, e um enxerto ósseo de tíbia. Não usa gessado. Tem uma casuística de 125 casos, sendo 57% de fusão radiológica, 21% de fusão clínica e 12% de pseudo-artroses. Possui 32 casos de fratura do enxerto.

Durante a tarde vários casos são apresentados: prótese de joelho, tipo Mc. Intosch, casos de artroplastia com cup de Aufranc, fratura do plato tibial com lesão da artéria poplítea, que foi operada com enxerto de artéria e que segue bem com a perna. Finalmente, uma paciente com um tumor ósseo do fêmur, sendo-lhe ressecado a metade superior e substituído por uma prótese.

Visita ao Souther General Hospital

O dia 27 é iniciado com um "paper" de Mr. R. K. Mc. Rae sobre "pulled elbow" pronação dolbroza da criança. Apresenta filme e slides sobre o mecanismo. Mostra preparação anatômica muito bem conservada, na qual reproduz com facilidade o mecanismo da pronação dolorosa: a tração longitudinal provoca a saída da cabeça abaixo do ligamento e supinação pela rotação da cabeça desloca o rebordo saliente do contato com o ligamento prêso e, este, volta à sua posição normal. Pergunta-se se há modificação na epífise articular após os 3 anos, pois, após esta idade, a pronação dolorosa não mais se dá.

Mr. W. Sillar apresenta casos de

abordagem anterior para a artrodese de coluna por espondilite tuberculosa cervical e lombar.

Mr. N. J. Blockey apresenta muito interessante paper sobre "stiff backs in children". Relata o caso de 3 crianças de 10, 9 e 8 anos que apresentavam dor lombar sem causa aparente. A mielografia revelou tumor que, operados, revelaram serem tumores epidermóides. Haviam sido crianças que, em sua primeira infância, tinham sido submetidas a várias punções lombares com agulhas comuns que carregavam em sua ponta tecido epitelial que, posteriormente, ocasionaram os tumores assinalados na dura máter.

Mr. G. A. Whitefield, nos fala de sua grande experiência em sinovectomia em joelho por artrite reumatóide. Possui mais de 600 casos. Analisa 102 revisões, onde, apenas, 9 não obtiveram melhoras. Bandagem elástica. Punção articular com injeção de hidrocortisona. Uma semana após repete a infiltração. A marcha se inicia com 3 a 4 semanas.

Mr. J. Graham mostra três casos de complicações fora do comum em pacientes portadores de tuberculose do quadril, abscesso pélvico volumoso que ocasionou desvio do ureter e foi diagnosticado pela pielografia.

O final da tarde foi dedicada a visita do novo departamento de acidentados do Souther General. Serviço muito bem instalado para proporcionar o máximo de atendimento ao paciente nos primeiros socorros, inclusive uma maca especialmente desenhada que permite tudo realizar no paciente sem mobilizá-lo, inclusive acopla-se perfeitamente ao aparelho de raios X.

Encerramos a visita, com Mr. N. J. Blockey dando a sua experiência no tratamento da criança com graves paralisias (meningomielocle) que trata segundo os princípios expostos por Sharrard.

7. DUNDEE

Visita a Dundee Royal Infirmary

O nosso estágio em Dundee tinha um único propósito: ver e ouvir Mr. Smillie. Os objetivos foram plenamente satisfeitos. O dia 28 de setembro foi iniciado com uma visita ao novo "Casualty

department", moderno setor com um magnífico equipamento onde sobressai uma maca de material transparente aos raios X e que permite prestar todo o primeiro auxílio ao acidentado sem mobilizá-lo.

Passamos a seguir para a sala de operações onde cinco casos de joelho haviam sido preparados. Os primeiros quatro de patologia meniscal e o último de uma osteocondrite dissecante. Não realiza artrografia prévia. Todos os diagnósticos clínicos foram integralmente confirmados no ato operatório. Técnica impecável com um instrumental próprio de primeira qualidade. Fêz no final ainda considerações sobre os cuidados no posoperatório e os resultados que obtem na sua numerosa estatística.

Após o lunch tivemos a feliz oportunidade de visitar em companhia de Mr. Smillie, a Universidade de St. Andrews, a mais antiga da Escócia que se acha perfeitamente conservada em seus mínimos detalhes.

A noite magnífico "buffet super" de despedida em "East Mains of Auchterhouse", a linda casa de campo da família Smillie, nos arredores de Dundee com delicioso salmão pescado e servido pelo anfitrião.

8. EDINBURH

Meeting de outono da British Orthopaedic Association

Os dias 29, 30 de setembro e 1.º de outubro foram inteiramente dedicados a acompanhar os trabalhos do congresso da BOA que teve como sede o novo Hospital Princess Margaret Rose. Numerosos trabalhos foram apresentados em suas sessões científicas. O trabalho de Mr. W. V. Anderson sobre igualamento dos membros inferiores foi o que mais interesse despertou. Possui mais de 400 casos operados e acompanhados com resultados realmente entusiasmadores, sua técnica é revolucionária e certamente será empregada em todos os serviços ortopédicos.

A exposição científica foi interessantíssima com a presença de numerosos pacientes em evolução nas diferentes técnicas de tratamento ortopédico empre-

gadas. Muita atenção despertou também as unidades de pesquisa dos efeitos da talidomide assim como as próteses de membro superior. Dia 2 de outubro empreendfamos a viagem de regresso a Londres para cumprir a parte final do programa.

9. LONDRES

Visita ao Limb Fitting Center and Bio-mechanical Research and Development Unit. Queen's Mary Hospital. Roehampton.

O programa preparado para o dia 3, constou de oito conferências pronunciadas pelo staff do Centro sobre o problema das amputações em todos os seus aspectos e de acôrdo com os mais modernos conceitos. Este Centro faz parte do conjunto de 23 outros existentes em todo o país, atendendo 4.500 novos amputados por ano dos quais 75% são ocasionadas por enfermidades.

Dr. M. Vitali apresenta o seu paper sobre amputações mioplásticas. Existem níveis ideais para amputação. Divide a massa muscular em quatro zonas: flexores, extensores, abdutores e adutores. Ligadura individual dos grandes vasos. Nenhum tratamento especial aos nervos. Descola o periosteo vários centrimetros. Faz a amputação e recobre o coto ósseo completamente com o periosteo. Sutura os grupos musculares em cruz: o lateral externo com o lateral interno e sobre estes o anterior sobre o posterior dando com isto uma ancorage perfeita aos músculos que é fundamental para a manutenção do seu tonus. Pontos separados na pele e dreno por 48 horas nunca através da incisão.

Dr. R. G. Redhead discorre e projeta um filme sobre amputações dos membros inferiores. Usa a técnica mioplástica. Particularisa as amputações abaixo do joelho, onde realiza uma ponte óssea a fim de obter uma sinostose da fibula a tibia que assegura uma melhor estabilidade do coto de amputação.

A seguir percorremos demoradamente a escola de treinamento para os amputados de membro inferior antes e depois, isto é antes da prótese e após com a provisória e a definitiva. A recuperação

média é de 35 dias para os amputados abaixo do joelho.

Dr. Harris nos fala de sua experiência sobre a desarticulação de joelho, preferindo-a pela melhor qualidade da pele (habituada a sofrer pressões) além de que os condilos femurais oferecem uma melhor superfície de apoio. Em 600 casos de cotos dolorosos nunca tiveram um por desarticulação. Utiliza um tipo de prótese preoperatória para treinamento usando o joelho fletido, educando desde já o paciente.

Dr. Fletcher é o seguinte speaker sobre amputações dos membros superiores. Seu número é oito vezes menor do que as dos membros inferiores e 80% das mesmas são produzidas por acidente no trabalho. O treinamento para o uso da prótese deve ser imediato, evitando o adestramento e compensação espontânea pelo membro oposto. Não deve haver solução de continuidade para o membro amputado. Mostra uma prótese com dispositivos para o cotovelo, antebraço, flexo-extensão e pronosupinação, articulando a mão estética para funções limitadas e os ganchos tradicionais para trabalhos mais pesados.

Dr. D. S. McKenzie projeta interessante filme sobre próteses do membro superior para crianças portadoras de mal formações e amputações congênitas. As próteses são movidas através de cilindros de gás. Treinamento pacencioso que oferece surpreendente adaptação.

Dr. Vitali é o último orador da tarde e o mais credenciado. Relata a experiência do Centro na prótese imediata. Insiste no preparo físico e emocional do amputado. Projeta filme tecnicamente perfeito. Há minucioso cuidado na proteção do coto e a colocação do gessado que receberá a prótese provisória de altura de perna, regulável. Após 48 horas o paciente está de pé nas paralelas, iniciando o apoio. Na segunda semana tem alta hospitalar. Voltará para receber a prótese definitiva.

Visita ao Hospital for Sick Children

O dia 4 foi inteiramente dedicado ao Sick children sob a direção de Mr. G. Lloyd Roberts. Trata-se de um serviço ortopédico infantil para 25 camas de am-

bos os sexos situado nos arredores de Londres. A manhã foi inteiramente dedicada à apresentação e discussão de casos.

Inicialmente foi apresentado um caso de pseudoartróse congênita de tíbia. Usa o enxerto posterior nas tíbias curvas antes de fraturar aos 2 ou 3 meses de idade. Quando aborda o foco, remove todo o tecido esclerosado e coloca um enxerto aparafusado juntamente com um bloco de tecido esponjoso. Afirma que as formas císticas têm melhor prognóstico de que as formas escleróticas.

A seguir mostra um caso de luxação congênita do quadril. Como tratamento de rotina usa a tração ao zenith em arco sobre o leito o que permite ir aumentando progressivamente a abdução enquanto permanece a tração durante 3 a 4 semanas. Se não obtém sucesso, faz a redução cirúrgica e coloca o membro em abdução e rotação interna por 6 meses, após tala de abdução tipo Dennis-Brown por mais 6 meses. Quando realiza a osteotomia derrotativa a faz 3 semanas após a cirurgia.

Um paciente com artrogripose multiplex é mostrado. Condena as osteotomias pelas recidivas que trazem. Usa translocações tendinosas. No pé usa a astragalectomia. Nos pés tortos usa o "strapping" de Jones três vezes por semana. Quando necessário faz o alongamento do tendão de Aquiles e o release.

A tarde assistimos uma sessão cirúrgica realizada por Mr. Roberts que constou de uma redução cirúrgica de luxação congênita do quadril pela técnica habitual e de uma correção cirúrgica de um pé torto congênio também realizado pela técnica habitual.

Visita ao Royal National Orthopaedic Hospital

O dia 5 foi iniciado sob a direção do Prof. Sir Herbert Seddon com uma sessão clínica de apresentação de casos. O primeiro tratava-se de um síndrome de Volkmann com calcificação muscular de incidência muito pouco freqüente. O segundo, tratava-se de um nódulo do tendão de Aquiles produzido por excesso de

tensão músculo-tendinoso. Um caso de espondilolistese. Um caso de joelho paralítico para a indicação cirúrgica e finalmente uma senhora com artrose coxo femural produzida por uma necrose aséptica de natureza cortisonica ou alcohólica.

"Clinical-Pathological Conference" é a sessão seguinte. O caso é apresentado pelo Residente e após as hipóteses levantadas pela assistência, o radiologista as analisa e dá o seu diagnóstico baseado na radiografia para finalmente o patologista projetar as lâminas do caso e dar o diagnóstico definitivo. Cinco casos todos muito interessantes foram mostrados, tumores ósseos e a malignização de um caso de doença de Paget.

Após o lunch visitamos o museu de radiografias onde se acham arquivadas e perfeitamente identificadas e catalogadas cerca de 50.000 radiografias ortopédicas assim como também o Museu de peças.

Mr. H. Jackson Burrows nos relata a seguir sua grande experiência em endopróteses. Analisa todos os metais empregados em 3 anos e as percentagens de casos de infecção ou corrosão. Finalmente Mr. Burrows analisa o seguimento de 21 casos de endoprotese por 17 anos em casos de tumores resecados com 11 sucessos completos e seis parciais.

Para finalizar a nossa estadia no Royal, ouvimos Mr. Trevor na apresentação de uma série imensa de casos amplamente documentados onde sobressaem os de luxação congênita do quadril. Mostra operações de Zaradriceck em crianças mais crescidas. Operações tipo Chiari, osteotomias tipo Salter e Pemberton. Mostra uma série de pacientes com operação de Colonna com resultados muito bons e afirma que os resultados ainda melhoram mais após 2, 3 ou 4 anos de operados. Ao final ainda é projetado um filme sobre acetabuloplastia, osteotomias e operação de Colonna.

Completamos nossa estadia em Londres, fechando nossa magnífica viagem aos Centros ortopédicos da Grã-Bretanha assistindo à noite, a 1.º Reunião da Sociedade de Ortopedia de Londres sob a direção de Mr. Newmann na The Royal Society of Medicine.