

Demonstração de clinica cirurgica

pelo Dr. Arthur Franco, cathedratico de clinica cirurgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Oclusão osteo-periostica de solução de continuidade craneana de origem traumatica.

Não fôra o interesse de divulgar observações nossas na primeira clinica cirurgica da Faculdade e a coincidência de ver um caso identico publicado em um numero da revista americana "Surgical Clinics of Chicago", não nos occupariamos hoje com o caso seguinte, aproveitando para isso pequenos momentos de lazer que nos permite a clinica diaria.

As janellas craneanas, consecutivas a trepanação quer larga quer reduzida, dão em resultado perturbações especiaes, caracterizadas por cephalgia, nauseas, vertigens, incapacidade de movimentos rapidos, phenomenos de irritação meningéa, devidos á adherencia, constituindo este grupo de symtomas o "Trepheine syndrom" dos americanos. Para remover estes disturbios que reduzem a eficiencia do individuo, podemos, em cirurgia, usar de meios de reparação diversos.

1.º oclusão por meio de placas metalicas, celluloides e vulcanite;

2.º oclusão por segmentos de cartilagem costal;

3.º oclusão por placas osseas autogenas ou osteo-periosticas;

4.º oclusão por placas heterogenas esterilizadas;

5.º oclusão por pasta de phosphato e carbonato de calcio;

O primeiro processo está condemnado porque, salvo um ou outro caso, não bem averiguado, ha sempre irritação e tendencia a eliminacão.

O segundo processo é bom porque é expedito, mas não é o melhor, havendo sempre,

de accordo com os exames radiographicos, tendencia á reabsorpção. No entretanto, é o processo preferido pelo professor Chutro, de Buenos Ayres.

O terceiro é o melhor a nosso ver e, neste particular esposamos as opiniões de Brams, Krause, Kocher, Nesselrod, sendo o unico indicado para as aberturas largas, as quaes, especialmente, não pôdem ser obturadas por uma cartilagem.

O quarto é processo que pôde ser adoptado para pequenas fendas, sendo para reclear a desvitalisação permanente que se dará, quando não houver a penetração de elementos vivos para crear uma circulação nova.

O quinto processo pôde ser empregado para oclusão de fendas produzidas por ferimentos incisos ou fracturas em fissura.

No caso que nos occupa, empregamos o terceiro processo, usando uma longa lamina ossea retirada do tibia do paciente e dividindo esta em secções de 5 a 7 centimetros, lançamos sobre a janella ossea previamente aivada, descansando nos bordos d'esta, bordos preparados com inclinação a formar um verdadeiro encaixe.

A observação é a seguinte: E. P. da S., 24 annos, branco, jornaleiro, d'este Estado, entrou no Hospital a 23 de Março de 1920. Antecedentes paternos sem importancia. Accidente actual: a 23 de Março trabalhando em uma serraria, foi lançado por uma correia de encontro ao volante, batendo com o craneo sobre este, perdendo os sentidos. Recolhido ao Hospital, foi verificado um ferimento de 6 a 8 centimetros, fractura comminutiva com depressão do parietal D. a 2 centimetros da linha mediana, mais ou menos.

Attendendo ao bom estado geral, sem o menor phenomeno de shock, foi feita á noite a operação, que consistiu na retirada dos sequestros, regularisação dos bordos da janella ossea, incisão da dura-mater, inspecção do cerebro e suttura immediata de todos os planos,

ficando o couro cabelludo sobre a janella craneana na extensão de 6 a 7 centímetros (Fig. 1).



dos em fôrma de bisel (Fig. 3). Sutura a

Um mez depois, a 29 de Abril, á vista dos disturbios nervosos apresentados, á vista do ponto fraco tão extenso que offerecia a parede craneana, foi effectuada a operação osteoplastica reparadora, tendo sido meus auxiliares os Drs. G. Blessmam, assistente, e H. Ribeiro, auxiliar de serviço e internos do Hospital.

Feita a hemostasia a Heindenheim, tentamos com a serra circular pequena do aparelho electrico de Albee, levantar na visinhança da janella a taboa externa do parietal para lançarmos pela face periostica sobre a dura-mater, mas percebemos logo que a pequena espessura do osso, aliás anormal (2 mill.) não permittia a dissociação das duas taboas osseas sem sério perigo de produzir fracturas na taboa interna.

A' vista d'isso, lançamos mão do processo de Brams e Kocher, empregando uma lamina de tibia que fornece material sufficiente para obter qualquer abertura.

Com as serras circulares paralelas electricas, de Albee, limitamos a lamina de tibia, retiramol-a com um escopro largo e seccionamol-a com a serra commum em tres secções de 5 a 7 centímetros (Fig. 2).

Feito isto, lançamos estas secções laminares de tibia revestidas de periosteo e com a face profunda regularisada sobre a abertura craneana, previamente avivada e com os bor-

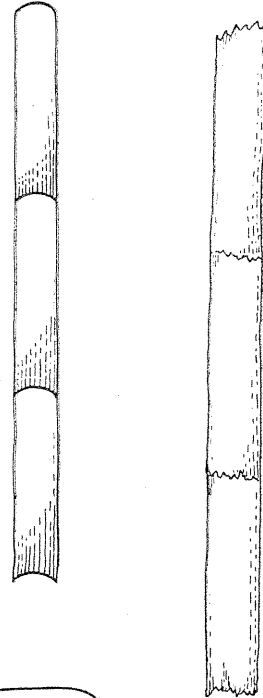
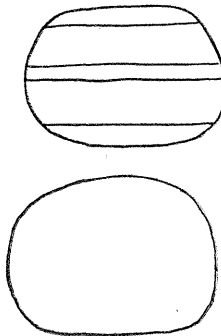


Fig. II



catgut do periosteo laminar ao periosteo dos

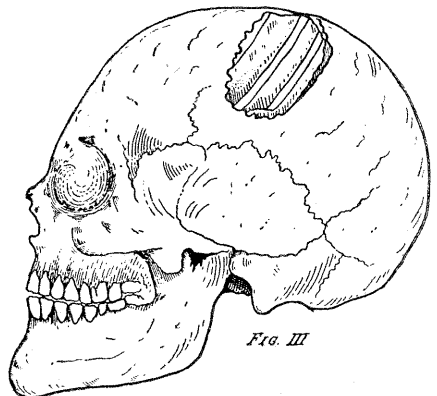
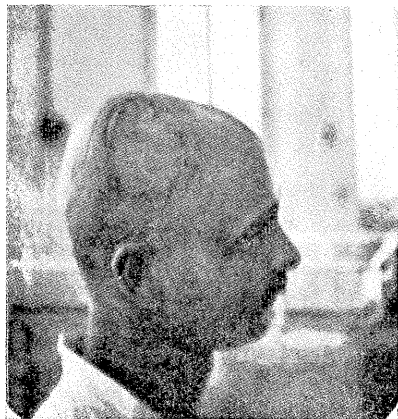


Fig. III

bordos da janella, suttura do couro cabelludo que havia sido incisado em fórmula de U e descollado em toda a região. As laminas osseas deixaram entre si pequenos espaços de $\frac{1}{2}$ millimetro a 1 que sempre se obturam, de accordo com as opiniões de Küttner, Krause, Cushing, Tillman e Strauss.

A cicatrização se deu por primeira intenção,



sendo retirada a suttura hemostatica a Heindenheim com 24 horas e os pontos de suttura contensiva com 8 dias.

A parede ossea ficou uniforme e resistente (fig. 4 e 5) desaparecendo os symptomas



citados rapidamente e recuperando o paciente a alegria e bom humor que haviam desaparecido desde o traumatismo.

