

membros luxado; tendencia a rotação externa; si a luxação fôr bilateral: os bordos internos das côxas não se tocam na sua raiz — os perfis das ancas têm um curva mais angular — as nadegas estão achata-das — os dois membros têm uma manifesta predileção para a rotação externa. Não são sinais de certeza, mas os suficientes para fazerem sentir a necessidade da radiografia, que é de valor decisivo. É a seguinte a triade sintomatica revelada pela radiografia: a) anormal obliquidade do supercílio ou tétó cotiloideo; b) retardamaneto de aparecimento e hipoplasia do nucleo de ossificação da epífise femural superior; c) ascensão e diastase da extremidade proximal do femur.

O tratamento consiste na centralização lenta e progressiva da epífise femural na cavidade cotiloidéa. Não ha necessidade da narcóse. Basta manter os membros inferiores da criança, por um espaço de 6—8 meses, na posição de abdução e rotação média, que deve ser gradualmente aumentada durante o tratamento. Aparelhos simples e pouco custosos. Contrôlo radiografico bimensal. A relativa imobilização, o exercicio funcional das ancas dentro do aparelho, enfim a ausencia das manobras de redução, evitam as reações artrosicas, que aparecem quando o tratamento é efetuado tardiamente e provocadas pelo traumatismo das manobras de redução.

Si, no tempo estipulado, não se conseguir o resultado desejado, recorre-se ao tratamento tradicional, mas isto só acontece raramente em algumas pouco frequentes luxações embrionárias.

Em 119 casos de préluxação tratados antes do duodecimo mês, até o ano de 1931, ha 94,9% de resultados completos. Já sóbe, actualmente, a casuística a mais de 200 casos, e tudo faz prever os mesmos resultados.

E. J. Kanan

CONSIDERAÇÕES SOBRE 1241 APLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA NA CRIANÇA. — J. Balacesco e J. Marian — *Le Monde Médical*, 15. out.º 1935, n.º 871, 45.º ano, pag. 935.

O a. aprecia as vantagens da raquianestesia sobre a anestesia geral pelo éter e cloroformio, mostrando que a criança suporta melhor a primeira, a ponto de ser pedida pelo pequenino doente, em vista da influencia moral e emotiva favoravel exercida pelos que já foram operados. Apresenta uma longa estatística dos doentes operados com a raquianestesia, em numero de 1241, compreendendo multiplas e variadas afecções.

Técnica. — Emprega uma seringa graduada de 2—3 ccs., com uma agulha fina e de *curto* bisel, que oferece as vantagens de menor traumatismo dos tecidos, atravessando-os facilmente, e de produzir ferimentos sem importancia quando, acidentalmente, a medula e as raízes são atacadas. Com um bisel curto corre-se menos risco de ficar uma porção fóra da dura-mater, não penetrando senão a metade do analgesico. Esterilização em agua fervida sem bicarbonato de sodio. Empregou, no começo, a estovaina com estricnina, segundo o processo de Th. Jonesco. Actualmente, usa solução recente de novocaina a 4%, encerrada em vi-

dro neutro, que não deve datar de mais de tres semanas sob pena de produzir resultados incompletos, e sem adição de cafeína, que é um excitante dos centros bulbares, nem de adrenalina, que aumenta a reação meningea. E' menos toxico, de ação mais constante e de facil eliminacão. A dosagem varia de acôrdo com a idade, a natureza e a duracão da operacão; 3—4 egrs. de novocaina para crianças de 4—5 anos; 5—6 egrs. para crianças de 11—12 anos; e 7—8 egrs. para uma criança de 15—16 anos. Não têm injétado morfina ou cafeína antes da punção. A posicão pôde ser a recomendada por Tuffier e Bier, ou, quando a afecção não o permite, a de decubito lateral. O nivel varia com a região a anestesiarse: o espaço lombo-sacro e o de entre a 4.^a e 5.^a vertebrae lombares para as operacões do perineo e membros inferiores; entre a 1.^a e 2.^a vert. lombares para o abdome subumbelical; entre a 10.^a e a 11.^a dorsais para o abdome supraumbelical. A agulha é introduzida lentamente, rente ao bordo superior da apofise espinhosa subjacente e ligeiramente inclinada de baixo para cima e de trás para diante, para a região lombar, mais inclinada para a região dorsal. O escoamento do liquido cefaloraquiano deve ser continuo e regular, senão indica a não penetração total da agulha no espaço medular. Só se injéta a substancia quando o liquido cefaloraquiano não for tinto de sangue, fazendo-se, si necessario, uma outra punção até completa clarificacão do liquido. Após a punção retira-se bruscamente a agulha, deita-se o doente, com a cabeça elevada. O insucesso corre por conta, quando a técnica empregada foi corrêta, duma soluçao velha ou duma quantidade insuficiente, podendo a intervençao continuar sob a anestesia pelo éter ou cloroformio. Em 1241 operacões com raquianestesia houve 25 anestesia incompletas.

Acidentes e complicacões da raquianestesia. — Assim como o adulto a criança é sujeita a acidentes diversos e de gravidade variavel, do tipo "bulbar". A maioria não sente nada durante a intervençao; 1,5% são impressionadas pela substancia anestésica injétada determinando palidês, transpiracão, malestar indefinivel com tendencia a síncope, podendo ser de natureza emotiva, e passando com um simples encorajamento do doente, dizendo-lhe: "...Não é nada, respire profundamente". Quinze minutos após a injeção se pôde observar: palidês, suores frios, agitacão, náuseas, vomitos e respiracão difficil, constituindo a "tempestade bulbar" de Chapat, e desaparecendo com a injeção de cafeína. Perturbações cardiacas, incontinencia de urina e fêzes não foram notadas na criança. A cefaléa é mais rara e mais leve na criança acima de 15 anos que no adulto, passando com a simples administração de anti-neuralgicos. A raquialgia e lombalgia, constantes no adulto, são raras na criança. A retenção de urina foi observada (1%) em crianças acima de 12 anos, de 24 hs. de duracão. A paralisia dos membros e as paralisias oculares não foram jamais encontradas. Nenhum acidente tardio, nenhuma sequéla se verificou nos 1241 casos observados na clinica cirurgica infantil de Bucarest, desde 1918, em consequencia da raquianestesia. Segundo as estatisticas publicadas a mortalidade total, no adulto, é de 0,06%; nenhuma morte se verificou nas crianças. A raquianestesia é pouco toxica para o figado e rins.

Conclusões. — “A raquianestesia é excelente, devendo ser empregada sistematicamente em todas as crianças de 4 a 16 anos, para a cirurgia subdiafragmatica e subumbelical, sua toxicidade sendo quasi nula.”

E. J. Kanan.

TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTRITE DEFORMANTE DA ANCA “MORBUS COXAE SENILIS”. — René Charry — *Le monde Médical*, 15. out.º 1935, n.º 871, 45.º ano, pag. 942.

O a. exclue as artrites deformantes da anca consecutivas ás malformações congenitas e adquiridas, e aos traumatismos antigos, para só considerar o tipo descrito por Charcot, impropriamente denominado “*morbus coxae senilis*”. Separa, assim, as artrites deformantes da anca sintomaticas ou secundarias, e se ocupa sómente da artrite deformante da anca idiopatica, estudando duma maneira geral, a sua etiopatogenia, anatomia-patológica, radiolôgia e sintomatologia.

Os sinais clinicos se resumem na *dôr, estalidos articulares, membro inferior em rotação externa e adução*.

O tratamento consistia nos banhos quentes, calor seco, mais recentemente nas curas termais, lamas radioactivas, electricidade, irradiação pelos raios infravermelhos. Na fase de artrite applicava-se a imobilização, extensão continua ou aparelho gessado, o regime, e finalmente o tratamento geral. Por muito tempo os métodos modernos de tratamento encontraram serio obstaculo, quer por parte do cedico como do doente. Pondo de lado a ressecção ortopedica, a escórra iliaca e a osteotomia, intervenções applicaveis mais ás artrites deformantes da anca secundaria, o a. faz salientar a importancia da “*forage*” da extremidade superior do femur. Consiste na perfuração dum tunel em plena epifise femural. A intervenção pôde ser feita com anestesia local. Seus efeitos são immediatos, cessando a dôr em 48 horas, podendo o doente levantar-se e caminhar. Não ha nenhuma gravidade. Existem variantes da técnica, mas todas obedecem ao mesmo principio que é o debridamento largo do centro da cabeça femural.

Em sintese, a técnica é a seguinte: incisão vertical sobre o grande trocanter; perfuração (*forage*) dum tunel de 8 a 9 cms. ds comprimento, alcançando o centro da epifise; finalmente, sutura da pele. Entre as variantes da técnica umas empregam a simples perfuração, outras fazem-na seguir da applicação dum enxerto de osso morto, conseguindo-se, em todas, os mesmos resultados — a cessação da dôr. Usa-se um instrumental apropriado conforme o processo a empregar; o a. tem um instrumental especial.

O desaparecimento da dôr é o efeito immediato. E’ sem resultado sobre a rigidês e anquilôse parcial da articulação doente. Entretanto, com o tempo e auxilio da quinesiterapia, nota-se grande melhora nos movimentos, cuja amplitude aumenta gradativamente, podendo ser completa nos casos de evolução recente, quando as alterações osteoarticulares são minimas, correndo a limitação dos movimentos por conta mais da contratura. E’ uma das razões da indicação da operação na fase inicial da molestia.