

Bibliografia

MOLESTIA DE STIEDA. — Gilberto Peixoto. — Medicina, Cirurgia, Farmacia, vol. IV, n.º 11, abril 1936, pg. 1054.

Trata-se dum soldado de 24 anos que caiu sobre o joelho, quando jogava foot-ball, queixando-se de dores intensas que lhe impediam a marcha.

Submetido a um repouso e aplicação de calor humido, baixou o edema, sendo no 4.º dia radiografado o joelho, que revelou uma imagem da Molestia de Stieda — uma sombra linear em frente ao condilo femural interno — de interpretação ainda obscura. Uns acham que seja devido ao arrancamento osteoperiostico, por tração do grande adutor ou ligamento lateral interno, ou por contusão direta; ha ossificação progressiva do fragmento. Petrignani explica o fenomeno: contusão das partes móveis, tendões, ligamentos e periosteo, podendo haver um arrancamento osteoperiostico e consequentemente derrame hematico; ulteriormente, reabsorção do hematoma, enchimento por tecido conjuntivo, e, mais tarde, sua ossificação á custa, em parte, dos restos de osteoperiosteo perdidos na massa.

A imagem radiológica só é visivel alguns dias depois do traumatismo. No caso presente foi no 4.º dia, que só é explicavel, ou por um arrancamento osteoperiostico importante, ou ser um reliquat duma antiga lesão traumatica, sofrida pelo paciente, no mesmo joelho ha algum tempo, e referida na sua anamnése.

KANAN.

A PROPOSITO DO TRATAMENTO DAS ARTRITES PURULENTAS DO JOELHO. — Marcel Soeur. — Le Scalpel, ano 89.º, n.º 5, 1.º fev.º 1936, pg. 139.

O a. estuda 17 casos de artrite purulenta traumatica do joelho, seguidos ha 5 anos, com resultados pouco encorajadores, contrario aos successos de outros cirurgiões.

Etiologia. — a) 2 casos metastaticos: um de pneumococo numa criança de 2 anos, curada completamente; outro, secundario á prostactomia, amputado mais tarde.

b) 15 casos traumaticos: estafilococo ou estreptococo, sem lesões ósseas concomitantes.

Resultados globais. — a) 3 curas integrais (1 artrite seropurulenta, 1 artrite (criança) metastatica pneumococica, 1 artrite consequente á uma ferida infectada (criança).

b) 1 rigidez parcial, incapacidade: 20%.

c) 4 anquilóses completas, incapacidade: 30 a 40%.

d) 5 amputações de côxas, depreciação: 55 a 60%.

e) 1 caso ainda em tratamento que deixará uma anquilóse completa.

f) 3 mortes: 1 por septicemia, 1 por pleuropneumonia pneumococcica, 1 embolia mortal."

Patogenia. — Sobre 14 feridos, 11 entraram no Serviço de 3 a 20 dias depois da ferida de inoculação, tendo sido já feita a sutura cutanea, após desinfecção superficial. Os outros 3 fizeram uma artrite purulenta do joelho, apesar duma "toilette" cirurgica praticada nas 12 primeiras horas com uma asepsia rigorosa. Em 2 casos a sinovial foi suturada após lavagem da articulação e abandono de caldo de vacina polivalente; num outro caso a sinovial não foi atingida. Para explicar os 3 fracassos não se podem utilizar os argumentos de Desplas e Braine sobre o grande perigo em suturar irrefletidamente as feridas civis, baseando-se sobre os sucessos obtidos nas feridas de guerra; a explicação está em que os mineiros estão muitas vezes em estado de infecção latente (furunculose, escoriagões, incrustações, higromas infectados dos joelhos).

Fisiologia patologica. — A *capsula articular* é um envoltorio discontinuo, havendo hiatos ou janelas por onde passam prolongamentos da sinovial, que podem ser infectados pelas feridas aparentemente superficiais, determinando uma artrite purulenta.

E' na *camada externa da sinovial*, vascularizada, que se produzem os edemas, as equimoses, as infiltrações inflammatorias, e originam-se as piartróses. A *camada interna (intima) da sinovial* é um pseudopitelio, um tecido suigeneris (Lubasch), em nada comparavel á mucosa ou serosa. Não possui propriedades secretoras, reabsorve lentamente por diffusão e não pelos linfaticos, diferente da serosa que tem tendencia ao septamento e á reabsorção rapida.

A *sinovia* tem um papel inibidor, explicado pela sua composição de grandes moleculas pouco labeis, que custam ser histolisadas, alongando a latencia da infecção, permanecendo os derrames estereis por 24 ou mais de 36 horas. Para as feridas cutaneas ou musculares o prazo é reduzido a 8 horas, 18 hs. no maximo. A sinovia não tem poder bactericida. A sinovial reage ao traumatismo pela exsudação de linfa, conservando sua fluidês mais tempo que na ferida cutanea ou muscular, que, pela ação do ar, frio, anfractuosidades e sangue, se coagula, perdendo as suas propriedades bactericidas. A sinovial se defende melhor quando é suturada.

Tratamento das artrites purulentas

I. — A punção articular. — Nas mãos de alguns tem dado bons resultados, facilmente explicaveis pelas noções supramencionadas. Tem havido fracassos redundando em artrotomias tardias e em ressecções e amputações. E' um método de exceção e pôde ser tentado com exito: nas artrites metastaticas ou catarrais simples; nas crianças no curso das molestias infecciosas; no despertar longinquo de microbismo; quando a ferida é pouco suja; nos derrames postoperatórios. A temperatura abaixo de 38°5, bom estado geral, ausencia de dôres, a etiologia e o exame bacteriológico, são elementos que permitem tentar as punções repetidas. A imobilização deve ser rigorosa até a apirexia.

II. — As artrotomias. — São indicadas quando a febre se mantem alta, com dôres noturnas, e si a ferida articular fôr séde de reação.

1) Incisões laterorotulianas, abrindo o fundo do saco quadricipital. Jaboulay acrescenta uma incisão suplementar sobre o fundo de saco pré-rotuliano. Ha vantagem na conservação do aparelho extensor, passível de mobilização.

2) Larga artrotomia em U, com levantamento do retalhos rotuliano que é preso á côxa; termina na anquilóse. Nos casos graves, coloca-se o joelho em semiflexão, resseca-se a sinovial e os meniscos. Mais tarde endireitamento progressivo e prudente. E' o *aufklappung* dos alemães. E' a desarticulação temporária.

3) Drenagem por via poplitêa, incisão ao longo do biceps ou do semitendinoso, necessitando uma dissociação muscular. E' indicada quando ha edema da perna ou da côxa, febre persistente, e quando os condilos estão atacados.

III. — Método de Willems e a mobilização. — A mobilização pelo método de Willems tem dado bons resultados em alguns casos, com invalidês minima. Nas mãos do a. os casos imobilizados deram menos sequelas que os mobilizados, terminando na anquilóse. Após algumas considerações que devem orientar o cirurgião na pratica do método de Willems, o a. conclue dizendo: "Aplicado convenientemente dá ótimos resultados, principalmente quando a infecção se limita ao andar anterior do joelho." Em caso contrario, a imobilização deve ser rigorosa em gesso fenestrado, com pensos muito raros (de 6 a 10 dias Saint-Martin).

IV. — A Ressecção. — Tem a sua indicação formal nas fraturas intraarticulares infectadas, e é a expressão mais alta da drenagem. Deve ser subperiostica, respeitando os tecidos periarticulares, com extensão continua ao Kirschner. Os cuidados postoperatórios são arduos, e a ressecção predispõe aos joelhos balouçantes. Ha ainda as ressecções economicas dos condilos femurais, respeitando os ligamentos cruzados, mas visando a anquilóse favorecida em um aparelho gessado. E' applicavel na criança.

V. — A Amputação. — E' indicada nos casos superagudos ou quando houver gangrena gazosa, é, ás vezes, o ultimo recurso quando os outros falharam. A desarticulação tem o inconveniente de não permitir extirpar em totalidade os ligamentos e os fundos de saco, e não servir para a protese.

VI. — Meios complementares. — Não se póde esperar muito com as injeções modificadoras após punção, em virtude do fraco poder de absorção da sinovial. Caldo vacina polivalente e o bacteriofago não deram resultados apreciaveis. Agiram melhor: mercurocromo, violeta de gençiana, gonacrina. Ha casos de cura com a simples punção evacuadora. As lavagens exercem ação mecanica e não bactericida, desembaraçando os coagulos e grumos: acido fenico, rivanol, Dakin, electroserum. Vacinas, autovacinas, sôros, injeção de leite e coloidais têm indicações especiais contra a septicemia.

VII. — Sequelas da artrite purulenta. — A rigidês e a anquilóse são combatidas pelo ar quente e a mecanoterapia. Anquilóse viciosa, joelhos balouçantes, genuvalgum, são submetidos a tratamento adequado. O a. cita um caso de luxação recidivante da rotula para fóra.