

Revistas das Revistas

L'Arthrodèse du Genou dans le Traitement des Arthrites Rhumatismales Invétérées — Raphaël Massart — Bul. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, n.º 2, 1937.

O a. tem obtido excelentes resultados nas artrites reumáticas antigas e dolorosas do joelho, fazendo a ressecção do joelho e a ancilose femuro-tibial. Em menos de tres meses obtem-se uma consolidação em boa posição, permitindo a marcha e o apoio. Quando é bilateral, opera em duas sessões com um intervalo de 8 dias, fazendo do outro lado uma artroplastia. A intervenção deve ser rápida, sem muita perda de sangue, e evitando o chόque. O paciente é adormecido pela Avertina ou Rectanol, algumas vezes a anestesia é completada por algumas baforadas de cloreto de etila.

Usa uma incisão curva suprarotuliana, completada por uma outra vertical a maneira de Putti; incisão horizontal da extremidade inferior do quadriceps femural, dando um retalho osteomuscular que é rebatido para baixo, facilitando o acéssio ás extremidades articulares e uma melhor visão do campo operatório. A sinovial, o tecido fibroso periarticular, e todas as formações patológicas, são ressecados; a aderência óssea da rótula é desfeita facilmente; retiram-se os restos dos meniscos. As superfícies articulares são ressecadas economicamente pela serra circular; a superfície articular rotuliana é abrasada. As extremidades ressecadas devem adaptar-se sem deixar espaço interósseo. Em seguida, talla-se na face anterior da extremidade inferior do femur um retalho ósseo longo, por meio das duas lâminas paralelas da serra circular, que se faz escorregar na tibia, previamente preparada de modo a se obter um espaço para receber a metade inferior do enxerto ósseo. A coaptação é assim assegurada pela artrodése, que é reforçada adiante pelo plano musculo-tendinoso, que é suturado, em cima, á extremidade inferior do quadriceps incisado. A rótula aplica-se pela sua face cruenta á uma outra superfície cruenta, aumentando mais a solidês da ancilose. A pele é suturada sem drenagem. Coloca-se um aparelho gessado durante 2 meses e meio. O operado deixa a clínica 10 dias após.

E. J. Kanan.

Traitement du torticollis congénital — Lamy — Comunicação á Soc. des Chirurgiens du Paris, sessão de 22 de janeiro de 1937.

E' contrário á tenotomia aberta do m. est. cl. mastoideu. Usa a seguinte técnica com ótimos resultados: Tenotomia subcutânea dos feixes externos e claviculares; si houver retração e aderência á bainha do musculo, com o dedo aplicado energicamente sôbre a parte resistente, incli-

na-se a cabeça para o lado são ao mesmo tempo abaixa-se o ombro da lado doente, rompendo-se assim as últimas aderências. Si fôr preciso, a extremidade superior do músculo será tenomizada subcutaneamente. Enquanto o operado estiver anestesiado, se colocará uma minerva gessada em hipercorreção. As recidivas são conseqüentes a não observância desta última parte do tratamento, que é para o a. como para muitos outros a mais importante, porque assegura o êxito da intervenção. As tenotomias abertas devem ser abandonadas, mórmente no sexo feminino, porque deixam cicatrizes, grandes e antiestéticas.

E. J. Kanan.

Biopsia ganglionar en el diagnostico de la tuberculosis osteoarticular — Carlos Urrutia U. — Revista de Ortopedia y Traumatologia, ano VI, n.º 3, jan. 1937, p. 249.

Para o diagnóstico precoce e de certeza da tuberculose osteoarticular, o a. preconiza com entusiasmo o processo de Carlos Ottolenghi, que consiste na biopsia do gânglio mais infartado localizado no território do membro afetado.

Em 25 casos de tuberculose osteoarticular franca, só em tres foram negativas as biopsias, acusando uma positividade de 88%. Chega ás seguintes conclusões:

1.º — Para o diagnóstico da tuberculose osteoarticular se deve lançar mão de todos os elementos de diagnóstico de que dispomos.

2.º — Estes elementos podem dividir-se em: 1.º, de probabilidade, e 2.º, de certeza, incluindo nestes últimos em primeiro lugar a biopsia gangliar, que serve para o diagnóstico precoce, e em segundo lugar a cultura do pús pelo método do dr. Palacios, deixando só para o caso de intervenções terapêuticas a biopsia do próprio fôco.

Abcêssos de Brodie e cavidades ósseas de origem osteomielítica — Carlos Ottolengui e Carlos Spinelli — Revista de Ortopedia y Traumatologia, ano VI, n.º 3, jan. 1937, p. 263.

Os aa. após descreverem a sintomatologia do abcesso de Brodie, e o diagnóstico diferencial radiográfico com os seguintes processos: Osteosarcomas, Tumor de Miéloplacios, Sífilis Ósseas, Quisto Simples do Osso, Osteite Tuberculosa, se detêm no das Cavidades Osteomielíticas para afirmar que diferem só pela localização. O abcesso de Brodie assesta na metafise, as cavidades Osteomielíticas encontram-se na diafise; em ambos os processos a cavidade é cercada por uma zona de condensação, e quando são superficiais determinam uma hiperóstose. Os sinais clínicos são os mesmos. Apresenta oito observações: cinco de abcesso de Brodie e tres de cavidades diafisárias osteomielíticas. O tratamento consistiu na trepanação, destruição da membrana piógena, empregando o método de Orr, si os sintomas não tiverem cedido ao repouso e medicações anti-infecciosas.

E. J. Kanan.