

SECCO EICHENBERG

Médico-Chefe da "PROTECTORA" Cia. de Seguros
contra Accidentes do Trabalho — P. Alegre
Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da
Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Traumatismos da mão

Ferimentos da mão e dos dedos

Separata da Revista «Medicina e Cirurgia»
Ano IV — Janeiro a Abril de 1942
Numero 1 — Tomo 4

|||

01-04/1942 - MED-CIRURGIA - TRAUMATISMOS
DA MÃO

Traumatismos da mão

Ferimentos da mão e dos dedos

Secco Eichenberg

Médico-Chefe da "PROTECTORA" Cia. de Seguros
contra Acidentes do Trabalho — P. Alegre
Doente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da
Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Ha dois anos atrás abordamos, sob ponto de vista da orientação moderna e científica, o tratamento dos ferimentos em geral.

Naquela ocasião aludimos à importância que os ferimentos podem adquirir em relação à sua localização, não só quanto à maior ou menor gravidade dos mesmos, mas também relativamente a certos detalhes especiais a serem observados no tratamento.

Sob este ponto de vista, os ferimentos localizados nas várias regiões da mão, especialmente nos dedos, ocupam incontestavelmente o lugar de maior destaque.

Este problema é assaz extenso e de capital importância, haja visto que inspirou as obras clássicas e consagradas de KROEMER (1) e de MARC ISELIN (2).

Existe estreita relação entre este capítulo — dos ferimentos da mão — e outro não menos importante — o da infecção da mão — em cujo terreno vamos encontrar a imortal obra de KANAVEL (3).

Sómente estas três obras são o penhor da importância do assunto que nos propomos ventilar neste rápido apanhado, o dos ferimentos da mão e de seus dedos. Em outro trabalho separado mas correlato ao presente, trataremos das complicações dos ferimentos da mão e dos dedos, especialmente das complicações sépticas.

Ambos os assuntos são cientificamente, melhor tecnicamente cirúrgicos, mas com um forte aspecto social.

Já aludimos alhures (4) e por diversas vezes à importância que deverá ser conferida a este assunto, e não nos furtaremos em

repetí-lo mais uma vez em linhas gerais.

Se bem que presentemente sómente poucas vezes um ferimento sediado na mão, por si ou pelas complicações passíveis, inflúe decisivamente quod vitam, entretanto com bastante frequência é considerável a repercussão extrínseca dos mesmos, isto é, sobre a atuação da vítima no meio em que vive e labuta.

Sendo pois o prognóstico quod vitam relativamente benigno, já não o é relativamente ao ponto de vista do resultado funcional.

Este detalhe é a base do aspecto social apresentado pelo problema dos traumatismos em geral da mão, e entre estes, dos ferimentos.

Quem como nós lida quotidianamente com a infortunística do trabalho e seus aspectos cirúrgicos e médico-legais, pode mais facilmente compreender todo o âmbito deste problema, o valor da conservação do poder funcional da mão.

Para o operário a mão representa um capital precioso, que ele deverá proteger e defender no serviço, pelo cuidado que deverá ter ao executar a tarefa determinada ou lidar com a maquinaria que lhe couber para trabalho.

Igualmente, aqueles que tiram proveito, que auferem lucro do trabalho que estas mãos produzem, e que portanto são legal e moralmente responsáveis pelo que a elas possa acontecer no desempenho do trabalho, deverão facilitar-lhes no caso de um infortunio, uma assistência médica imediata e

cientificamente conduzida, afóra os cuidados preventivos a serem introduzidos nos serviços de suas indústrias.

Com as considerações acima, passamos a encarar o problema sob o ponto de vista dos acidentes do trabalho, que formam a maior percentagem dos ferimentos dos dedos e da mão.

Não resta a menor dúvida que fora dos acidentes do trabalho propriamente ditos, ainda encontramos outros grupos, mas todos menores, como sejam os ocasionados por acidente do trabalho em proveito próprio, em empregador ou associado (acidentes pessoais), e ainda pelos acidentes ocasionais ou do tráfego (também acidentes pessoais).

No primeiro grupo a responsabilidade do tratamento é assumida pelo empregador ou alguém legalmente por ele, nos outros casos a responsabilidade do tratamento, salvo culpabilidade do causante do acidente, é de responsabilidade da vítima.

Entretanto em todos os casos a responsabilidade científica e profissional é do médico a quem é entregue a vítima a tratamento.

Por conseguinte este assunto deve merecer dos cirurgiões e mesmo dos médicos em geral, a máxima atenção, afim de que estejam sempre em condições de ministrar o mais rapidamente possível o tratamento que necessita um traumatizado da mão.

No labutar quotidiano de uma enfermaria de cirurgia de homens da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (8.^a enfermaria — Prof. Guerra Blessmann), tínhamos tido ocasião de nos familiarisar com os mais variados ferimentos da mão e dedos, especialmente com os que chegavam ao serviço tardiamente, remetidos de municípios vizinhos.

Entretanto ao assumirmos a Chefia do Serviço Médico duma Companhia de Seguros, que opera no ramo de Acidentes do Trabalho (Protetora, Comp. de Seguros contra Acidentes do Trabalho), é que tivemos ocasião de aprender em toda a sua extensão este magno problema.

HARMER (5) declara que o cirurgião que atende uma mão traumatizada assume uma grande responsabilidade.

Como no tratamento de qualquer ferimento, o resultado do mesmo depende em primeiro lugar da precocidade com que fôr administrado.

Deste primeiro curativo depende intrinsecamente o resultado final do tratamento, de maneira que não sómente deverá ser levado a efeito o mais cedo possível, como também com a melhor técnica.

Relativamente aos cuidados terapêuticos gerais, podemos aplicar no tratamento dos ferimentos da mão e dos dedos in totum as considerações expendidas em nosso já citado trabalho (6).

O tratamento imediato dos dois maiores grupos de ferimentos da mão e dos dedos, os ferimentos ocasionais e os acidentes do trabalho, é ministrado pelos serviços de pronto-socorro ou assistência pública na primeira hipótese, e pelos ambulatórios dos institutos ou companhias seguradoras na segunda.

Desta maneira, estes serviços deverão sempre estar em condições de ministrar de imediato e com a maior rapidez o tratamento indicado.

A orientação a seguir deverá ser a aplicação concenciosa da técnica da reseccão e sutura primária do ferimento (7), respeitando o fator funcional. — Deverão também entrar em linha de conta certos detalhes dependentes de condições locais intrinsecas do próprio ferimento que poderão ser assim classificadas:

- a) natureza do ferimento
- b) séde de ferimento
- c) extensão e profundidade do ferimento.

Naturalmente que o principal objetivo a atingir no tratamento dos ferimentos é a cicatrização por primeira intensão, logo sem reação inflamatória sética, bem como sem reliquat incapacitário.

Entretanto nem sempre nos será possível conseguir este resultado ideal, por não permitirem as condições do ferimento a regeneração por primeira intensão.

Nestes casos devemos especialmente estudar o problema sob o ponto de vista funcional e procurar reduzir a incapacidade, si houver ou si não fôr possível evitá-la, de

modo a dar à mão o máximo de capacidade funcional.

Quer a cicatrização se dê por primeira ou por segunda intensão, deveremos combater o elemento infecção, que representa o maior entrave à solução satisfatória do tratamento dos ferimentos em geral, e especialmente da mão e dos dedos.

A natureza do ferimento pôde facilitar ou dificultar a efetivação deste desideratum.

Natural é que mais fácil seja a cicatrização ideal de um ferimento inciso que o de um ferimento contuso, especialmente quando este apresente extensos esmagamentos.

Na mão e principalmente nos dedos um ferimento sediado sobre ou nas vizinhanças de uma articulação é de cicatrização mais difícil, não só pela falta relativa da imobilidade inicialmente necessária, como pelo possível fator complicação, nos casos que tenha sido também atingida pelo traumatismo a articulação propriamente dita.

Quanto maior fôr a extensão e a profundidade de um ferimento na mão e nos dedos, tanto maior será o número de elementos anatômicos atingidos.

Desta maneira maiores serão as lesões de vasos, nervos, tendões, articulações e mesmo de óssos do esqueleto da mão e dos dedos, o que significa de certo modo outras tantas complicações do ferimento, que com maior facilidade levarão às incapacidades.

Ainda que a cura integral deverá sempre ser a meta a atingir, si tivermos de escolher entre o resultado anatômico e o funcional, em hipótese alguma poderemos vacilar, devendo sempre optar pelo resultado funcional mais perfeito possível.

As incapacidades possíveis de resultar dos ferimentos da mão e dos dedos são em variedade indefinida, dado às combinações possíveis das inúmeras lesões que podem ocorrer na mão e seus dedos, separadamente ou simultaneamente.

Anualmente a Comissão Actuarial do Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalisação classifica inúmeros casos de incapacidades permanentes da mão e dos dedos, classificações estas que são levadas imediatamente ao conhecimento das Companhias Seguradoras por meio de circulares.

No entanto com bastante frequência ao procurarmos classificar uma incapacidade permanente consecutiva a ferimento da mão e dos dedos, somos forçados a nos dirigir à Comissão Actuarial, pois o caso em apreço ainda não tinha sido pela mesma classificado.

Os ferimentos da mão e dos dedos poderão ser divididos, dum modo geral, em:

A. Ferimentos incisos

B. Ferimentos contusos

No primeiro grupo temos os ferimentos incisos propriamente ditos, que poderão variar conforme o ângulo em que o gume do instrumento cortante atinge o tegumento cutâneo.

Quando age perpendicularmente ou com leve obliquidade temos os ferimentos incisos sem perda de substâncias moles e que de acordo com a violência do agente traumatizante atingem maior ou menor número de camadas de tecidos, desde o ferimento que só interessa a pele até ao que lesa o osso.

Si a direção fôr oblíqua temos ferimentos incisos sem perda de substância mole, mas com um descolamento mais ou menos acentuado de tecidos, com retalhos cuja nutrição pôde variar de acordo com a direção dos mesmos.

Si o instrumento cortante agir tangencialmente poderemos apreciar ferimentos com perdas de substâncias moles, interessando às vezes estruturas básicas.

Outro tipo especial de ferimento inciso é o ferimento por decapitação das extremidades do dedo, interessando ou não as falanges.

Nos ferimentos contusos a intensidade e a forma do agente vulnerante poderá dar diversas tonalidades à extensão da lesão resultante.

Assim poderemos verificar os ferimentos contusos sem lesão de estruturas básicas, e os que as lesam profundamente.

Nestes últimos se enquadram os ferimentos por esmagamento e os por arrancamento.

Conforme a intensidade do traumatismo em certos ferimentos por esmagamento a vitalidade dos tecidos poderá ser atingida

radicalmente, o que significará a condenação integral dos mesmos.

Outras vezes a situação local nos permite um proceder mais conservador, podendo ser instituída a observação da parte lesada, para possível terapêutica radical, si necessária, em período posterior.

Nos ferimentos por arrancamento, contaremos desde logo com a perda parcial de um ou mais dedos, ou mesmo da mão.

Nestes casos só nos resta executar a regularização dos cotos que permanecem, levando em conta o poder funcional da mão.

Os ferimentos contusos da mão e dos dedos ocasionados por explosão ou por projetis de arma de fogo, formam, dadas as circunstâncias especiais que os circundam e que deles decorrem, capítulos especiais.

Os primeiros geralmente graves, com extensas lesões e incapacidades permanentes, são anatomo-patologicamente uma associação de um ferimento contuso por esmagamento com um por arrancamento.

Os ocasionados por projetis de arma de fogo adquirem característicos especiais decorrentes do projétil em si e da distância em que age.

Naturalmente na mão e nos dedos onde o arcabouço ósseo é superficial e onde não existem massas musculares consideráveis a atenuar a ação destes projetis, os resultados são geralmente graves, sendo os ferimentos complicados especialmente com fraturas ou luxações expostas.

Encarando o problema do tratamento dos ferimentos dum modo geral, podemos dividi-lo em:

1. Tratamento imediato
2. Tratamento mediato.

O tratamento imediato, conforme as condições dos serviços médicos poderá ser subdividido em:

- a. Tratamento provisório
- b. Tratamento imediato propriamente dito ou definitivo.

Ideal é que o traumatizado receba o mais cedo possível, dentro do período das seis primeiras horas, período de latência da infecção, o tratamento imediato mas definitivo.

Entretanto nem sempre o posto que passa a atender o acidentado em primeiro lugar possui os meios e instalações destinados a conceder o tratamento definitivo.

Neste caso deverá o médico ou enfermeiro limitar-se a medidas preventivas, enviando com urgência o acidentado a posto habilitado para o tratamento definitivo.

TRATAMENTO PROVISÓRIO

Compreende o que possa ser ministrado num consultório médico ou numa farmácia no caso dum acidente ocasional, ou pelo pronto socorro dum estabelecimento comercial ou industrial, no caso de um acidente do trabalho.

Deverá ser o mais simples possível e em absoluto não prejudicar a vitalidade dos tecidos e a defesa e reação orgânica dos mesmos.

Neste sentido deverá limitar-se a simples cuidados de antiseptia, que facilmente poderá ser conseguida com a instilação ou embrocção do ferimento com uma solução antiséptica sem ação queratolisante.

Recomendamos diante dos surpreendentes resultados obtidos (*), o **Líquido de Payr**. Em caso de não ser este encontrado à mão, uma solução de mercúrio cromo de titulação nunca inferior a 3%, ou mesmo a tintura de iodo, poderão substituí-la. Quanto à tintura de iodo, devemos ressaltar que unicamente deverá ser empregada quando de **preparo recente**. Chamamos a atenção para as queimaduras químicas à causa de tintura de iodo antiga.

Em seguida o ferimento deverá ser recoberto com gaze esterelizada e aplicado um curativo externo, sem pressão. Si houver hemorragia e esta fôr intensa e arterial, deverá ser aplicado um garrote ou um curativo compressivo.

Si, no entanto, a hemorragia fôr de menor intensidade, bastará incluir entre os folhetos da gaze uma pasta de algodão. Mas nunca deveremos aplicar o algodão diretamente sobre o ferimento.

A não ser nos casos de ferimentos insignificantes, a mão deverá ser entalada, para

o que poderemos lançar mão de taboinhas ou pedaços de papelão grosso.

Isto feito deverá o acidentado ser imediatamente transportado para hospital ou posto habilitado a fazer o

TRATAMENTO DEFINITIVO

Este estudaremos aludindo a cada um dos tipos de ferimentos já especificados pois se bem que a técnica geral seja uma só, no entanto cada um deles apresenta particularidades atinentes a seus característicos.

FERIMENTOS INCISOS

Devemos aplicar integralmente os princípios da reseção e sutura primária dos ferimentos, segundo a técnica de v. Bergmann-Lexer, por nós abordada em relação ao tratamento dos ferimentos em geral (9).

Retirado o curativo provisório, asepsia da mão e dos dedos, com água e sabão neutro ou antisético (sem ser caustico) si necessário, embrocção da péle em torno do ferimento com tintura de iodo e embrocção do ferimento com líquido de Payr.

Anestesia local, com emprego de solução de novocaina a 1% ou neotutocaina a 1‰, sem adição de adrenalina, infiltração circundante do ferimento.

Limpeza do ferimento, retirada das partículas extranhas. Reseção dos bordos e fundo do ferimento a bisturi afiado, nunca a tesoura, respeitando naturalmente os elementos funcionalmente essenciais (tendões, capsula articular, nervos, vasos importantes, perioste, ossos, etc.).

A reseção deverá ser feita em qualquer hipótese, mas a sutura sem drenagem do ferimento sómente deverá ser feita si o paciente nos tenha vindo às mãos dentro do prazo das seis primeiras horas (período de latência de infecção).

Entretanto, temos executado a sutura primária sem drenagem, mesmo em períodos mais tardios, até 24 horas após o acidente, mas sómente em casos sem infecção potencial aparente e sempre mediante a garantia de uma boa embrocção com Líquido de Payr.

Os bons resultados colhidos nestes casos,

vem demonstrar o valor deste elemento terapêutico, que nos permite com bastante frequência dilatar o prazo inicial das seis primeiras horas.

Os acidentes ocorridos em galerias de minas a grande profundidade e especialmente em minas de carvão, permitem a dilatação do período de latência.

Hemostasia cuidadosa mas com delicadesa, empregando fio fino de algodão. Como meios de ligadura ainda poderão ser empregados fios de linho ou de seda. Entretanto nunca de catgut.

O ferimento não deverá ser drenado, a não ser que a hemorragia não possa ser convenientemente controlada.

Sutura das camadas de tecido atingidas, exceção feita da camada gordurosa, com o mesmo material usado para a ligadura, isto é, preferencialmente o fio de algodão. — Sutura de pontos isolados, de bordos bem coaptados, mas sem tensão exagerada.

O catgut deverá ser banido totalmente como material de sutura e ligadura, diante do que ultimamente temos podido observar, confirmando o que no ano passado, já expunhamos em torno do problema do material de sutura ou ligadura, seda ou catgut. (10).

Posteriormente com o aparecimento do fio de algodão como material de sutura e ligadura, iniciou o Prof. Guerra Blessmann em seu serviço, em fins de 1941, trabalhos tendentes ao emprego em cirurgia, do fio de algodão, colhendo os melhores resultados possíveis.

Curativo simples de gaze com uma tenue camada de pomada de Bipp. Tala destinada a imobilizar a região traumatizada, no mínimo por 48 horas, imobilização esta que deverá ser prolongada si o ferimento atingir ou localizar-se sobre ou próximo a uma articulação.

Soro antitetânico deverá ser aplicado em dose preventiva de 1.500 U, pelo método de Besredka.

Os pontos deverão ser retirados no sétimo dia, sendo que neste período intermediário o número de curativos deverá ser o menor possível. Si não houver nenhum sinal de reação inflamatória é preferível não levantar o curativo, com isto evitando trauma-

tismos reiterados, todos prejudiciais ao processo de regeneração dos tecidos.

Si entretanto, o ferimento inciso nos vier às mãos já infetado ou com um processo infeccioso latente, mas potencial, não poderemos aplicar integralmente os preceitos acima expendidos.

A resecção deverá ser feita, mas a sutura não o deverá ser.

A cicatrização será então por segunda intensão. Os curativos deverão ser feitos com Líquido de Payr e uma pomada a base de substâncias, vitaminadas, tais como o óleo de fígado de bacalhau ou o óleo de fígado de cação. A esta pomada poderá ser adicionado para facilitar o processo de epiteliação, o vermelho escarlata. (11).

Curativos deverão ser espaçados, de 2 em 2 dias ou mesmo de 3 em 3 dias, para evitar os traumatismos repetidos.

A medicação anti-infecciosa sómente será indicada em casos de infecção de caracter progressivo, e assim mesmo não existe na maioria dos casos clínicos, necessidade de abusar relativamente à quantidade.

Encontram sua indicação, as sulfamidas, empregadas com prudência, devido às suas qualidades tóxicas. Os melhores resultados temos obtido com os preparados a base de sulfotiazol, derivado das sulfamidas.

Nos ferimentos incisos com direção oblíqua, com fundo de saco, grande descolamento, podemos em linha geral aplicar as técnicas acima descritas.

Unicamente a hemostasia deverá ser feita com máximo cuidado, diante da maior facilidade com que estes ferimentos uma vez suturados formam hematomas.

Convém em certos casos de hemorragias porejantes, fazer ao nível do fundo de saco uma contra-abertura que permita a drenagem de um possível hematoma secundário.

Nestes casos encontra aplicação o curativo compressivo com esponja tão preconizado pelos cirurgiões norte-americanos.

Nos ferimentos incisos tangenciais com perda de substância mole já não é possível a integral aplicação da técnica da resecção e sutura primária do ferimento.

Nos deveremos contentar com a resec-

ção dos bordos e possíveis focos de infecção potencial. Hemostasia deverá ser cuidadosa.

Conforme a extensão e as condições de infecção do ferimento, poderemos tentar desde o início a plástica do mesmo, segundo o processo que mais convier no caso concreto.

Tambem poderemos procurar atingir a cicatrização por segunda intensão, principalmente em casos de perdas de tecidos em menor extensão. Tambem a plástica poderá ser feita secundariamente, com os processos de Tiersch e Reverdin.

Quando optarmos pela cicatrização por segunda intensão, sem o auxílio de intervenções plásticas, após os cuidados de antisepticidade e hemostasia, devemos passar aos curativos com pomada de óleo de fígado de bacalhau, espaçados conforme já nos referimos.

Em pacientes com tendência à formação de cicatrizes retracteis ou queloidianas, aconselhamos uma série de 6 a 12 ampolas de Fibrolisina Merck, aplicadas diariamente ou de 2 em 2 dias.

Os ferimentos por decapitação dos dedos, se bem que possam apresentar os nítidos característicos de um ferimento inciso (ocasionados por facão, machado, prensa de corte, etc.), com frequência são ferimentos intermediários — corto contundentes.

No geral a orientação a seguir é a da regularização do coto segundo a técnica da resecção e sutura primária dos ferimentos.

Para tanto, como a decapitação geralmente representa uma amputação plana de falange, deveremos para boa plástica do coto, reamputar uma parte da falange atingida ou desarticulá-la.

Desta maneira sempre ficaremos em boas condições para a sutura, que não será tensa: em demasia e o coto ficará convenientemente acolchoado. Sob o ponto de vista médico legal tal medida não implica em prejuizo para nenhuma das partes, no caso de indenização por incapacidade permanente, pois a orientação oficial é de reconhecer como perda total a perda parcial de uma falange.

Reproduzimos abaixo um quadro que demonstra as zonas de amputação ideais das falanges e dos metacarpianos.



Figura n.º 1.

O desenho distingue as zonas quanto à sua importância de conservação.

Zona c/riscos obliquos — maior importância

Zona c/pontilhado — menor importância

Zona em branco — sem importância.

(Fig. n.º 23 — Chirurgie de la main — Marc Iselin)

Os cuidados gerais são idênticos aos já apontados, mesmo quando pelas condições intrínsecas do ferimento, a sutura não é possível.

As plásticas por reimplantação da parte seccionada ou de implantação de segmento retirado dos artelhos, tem sido tentada por alguns cirurgiões, mas os casos satisfatórios ainda apresentam de certo modo o característico de raridade. Não é uma prática corrente.

Quando a decapitação sómente atinge as partes moles da falange ungueal, o tratamento deverá ser conduzido para a cicatrização por segunda intenção, com curativos a base de óleo de fígado de bacalhau, visto que sob todos os pontos de vista, torna-se contraproducente a resecção de parte da falange íntegra para tornar possível a sutura primária do ferimento.

FERIMENTOS CONTUSOS

Nos ferimentos contusos aplica-se igualmente dum modo geral a técnica da resecção e sutura primária.

A resecção nos ferimentos contusos impõem-se ainda mais que nos ferimentos incisivos, em vista dos tecidos mortificados que necessitam ser eliminados tanto quanto possível, pois representam focos ideais para a eclosão de reações inflamatórias.

Após cuidadosa limpeza do ferimento, com retirada dos detritos, corpos estranhos, tecidos mortificados, feita a hemostasia, procede-se à sutura do ferimento, si possível, com ou sem os artifícios técnicos de plástica.

Dizemos que a sutura deverá ser feita si possível, pois frequentemente, nos ferimentos contusos, a resecção dos tecidos mortificados ou contundidos, não será integral, em face do valor funcional dos elementos atingidos.

Nesta hipótese deveremos levar a limpeza cirúrgica até ao limite que não comprometa a função da mão e dos dedos, evitando de praticar a sutura, que levaria à formação de um espaço fechado contendo os elementos potenciais para a erupção de uma infecção.

Em certos casos, poderemos, afim de facilitar o processo de cicatrização por segunda intenção aproximar os bordos por pontos isolados, mas nunca executar uma sutura contínua ou definitiva.

Tambem a extensão do ferimento poderá impedir-lhe a sutura, mesmo que tenha sido possível a execução duma segura asepsia operatória pela resecção.

Nestes casos a plástica imediata poderá resolver o problema terapêutico, desde que possamos garantir pela efetividade da asepsia cirúrgica por meio da resecção primária do ferimento.

Ao atendermos um ferimento contuso da mão e dos dedos devemos sempre que possível procurar transformá-lo operatorialmente num ferimento inciso aséptico.

Si o ferimento contuso fôr acompanhado por lesão de estruturas básicas (secção de tendão, capsula articular, nervo, vaso) deveremos, mantendo o princípio da resecção e sutura primárias, tentar desde que as condições de asépsia do ferimento o consentam, a sutura primária do tendão, do nervo, da capsula, etc.

Nestes ferimentos complicados, o uso da

tala de imobilização post-operatória, deverá ser mais longo, até 6 a 10 dias, sómente sendo retirada para o início dos exercícios de mobilização ativa.

Entretanto si as condições locais de asépeia não forem garantidas, seremos forçados a procurar a regeneração por segunda intensão, realizando a sutura dos elementos básicos atingidos num período secundário (sutura secundária).

A técnica de sutura dos tendões e nervos será tratada com maiores detalhes em trabalho posterior, ao tratarmos das complicações traumáticas dos ferimentos da mão e dos dedos.

Quando da intensidade do traumatismo que ocasionou o ferimento contuso também resultar uma fratura ou luxação expostas, isto é, que exista uma fratura ou uma luxação cujo fóco se comunique com o meio exterior através do mencionado ferimento, deveremos nos ater aos ensinamentos de BOEHLER (12) (13) sobre as fraturas e luxações expostas, especialmente quanto ao seu tratamento.

Deixamos de entrar aqui em maiores detalhes, pois com a distribuição dada aos sub-capítulos dos traumatismos da mão, as fraturas e luxações das falanges e dos metacarpianos, quer fechadas ou expostas, serão estudadas separadamente.

O ferimento contuso por esmagamento apresenta anatomo-patologicamente características especiais, que não permitem a aplicação integral do princípio da resecção e sutura primárias.

A mortificação dos tecidos não é perfeitamente limitada e nunca nos será possível, sem comprometer o fator funcional, obter com a resecção cirúrgica uma limpeza completa do ferimento.

Doutro lado não podemos verificar de início a verdadeira extensão dos tecidos condenados.

Em face destes característicos, aconselhamos após ampla embrocção com Líquido de Payr a limpeza do ferimento com a resecção das partes definitivamente mortificadas, hemostasia cuidadosa, especialmente em relação ao coto trombosado dos vasos rompidos pelo traumatismo e que costumam

si não tratados e ligados, sangrar abundantemente num período secundário (hemorragia secundária).

Após estes cuidados, a parte lesada deverá ser verdadeiramente "embalsamada" em óleo de fígado de bacalhau líquido.

O curativo deverá ser renovado sómente de 2 em 2 dias, devendo no entanto ser re-empapado com óleo de fígado de bacalhau de 12 em 12 horas.

Nos ferimentos contusos por esmagamento sempre obtivemos melhores resultados com o "embalsamento" pelo óleo de fígado de bacalhau líquido, que com o emprego de pomadas, mesmo à base de óleo de fígado de bacalhau.

São verdadeiramente surpreendentes os resultados que podemos colher com este tratamento, em consequência das vitaminas e dos ácidos graxos não saturados contidos no óleo de fígado de bacalhau (15).

Si necessário, em fase posterior, uma intervenção plástica completará a cicatrização.

Existe um ferimento por esmagamento da mão com característicos todo especiais, o causado pela prensão da mão entre os rolos compressores das amassadeiras das padarias ou biscoutarias.

Afóra ferimentos contusos por vezes bastante extensos e profundos situados na região palmar da mão, apresentam na região dorsal em sentido longitudinal e ao nível dos sulcos inter-metacarpianos, zonas de tecido necrosado. Por vezes existem fraturas de diversos metacarpianos e também de falanges.

No tratamento destas mãos, nunca deveremos nos esquecer de excisar completamente estas zonas de pele necrosada, bem como o tecido mortificado subjacente que houver.

Se esquecermos tais cuidados, o resultado será invariavelmente a formação de um ou mais fleimões circunscritos ou difusos do dorso da mão.

Resecados os tecidos mortificados, far-se-á uma embrocção com líquido de Payr e o embalsamento com óleo de fígado de bacalhau.

Entre os ferimentos contusos por esma-

gamento dos dedos da mão encontramos os das falanges ungueais com o comprometimento da unha.

A lesão ungueal traduz-se ora pela avulsão parcial ora pela avulsão total. Na primeira hipótese geralmente o descolamento é extenso e a unha não é passível de conservação.

Nestes casos aconselhamos sempre a extirpação total da unha, mesmo si fôr necessário desinceri-la de parte da matriz.

Este modo de proceder permite uma cicatrização muito mais rápida e fácil, pois no geral qualquer tentativa conservadora sómente implicaria no favorecimento de um processo inflamatório agudo.

Outras vezes o traumatismo da falange ungueal produz um hematoma sub-ungueal.

Si o mesmo fôr extenso com descolamento de mais da metade da unha, não deveremos contemporisar e sim proceder imediatamente à extirpação da unha afetada.

Si o descolamento fôr menor, poderemos ter uma ação mais conservadora, de expectativa, iniciada com medidas antiflogísticas. Caso a evolução fôr descambando para um processo inflamatório, indicada se torna a extirpação da unha, para conseguirmos evacuar o hematoma sub-jacente e eliminarmos o fóco potencial de infecção.

Curativo com Líquido de Payr e pomada de óleo de fígado de bacalhau e imobilização por meio de tala.

Os ferimentos por explosão são ferimentos contusos que apresentam característicos mixtos, isto é, zonas de ferimento contuso por esmagamento e zonas de ferimento contuso por arrancamento.

Quasi sempre são acompanhados de fraturas expostas e não raras vezes vamos encontrar corpos estranhos na intimidade dos tecidos.

As fraturas tem seu tratamento especial, condicionado naturalmente às condições peculiares ao ferimento em si. Os corpos estranhos deverão ser extraídos, pois sua permanência, nas condições de terreno apontadas, sómente servirá para formação de outros tantos fócos de infecção.

A pele que circunda estes ferimentos apresenta com frequência incrustações de

pólvora, quando esta for a causa da explosão, complicação esta que com facilidade dá lugar ao aparecimento de piodermites, logo ameaçando a propagação do elemento infeccioso para o ferimento propriamente dito.

Por conseguinte a pele afetada deverá merecer nossa especial atenção, e ser convenientemente tratada. Embrocção com Líquido de Payr e curativo com pomada de óleo de fígado de bacalhau associado à uma sulfamida. Ótimo resultado também dão as coímpressas de licor de alumínio acético.

Os ferimentos por projetis de arma de fogo, menos perigosos quando são transfixantes, são no entanto mais graves quando o projétil fica localizado nos tecidos.

Com bastante frequência os ferimentos por projétil de arma de fogo ocasionam fraturas expostas.

Os fragmentos esparsos ou o próprio projétil encravado deverão ser retirados cirurgicamente. Dizemos cirurgicamente, porque entendemos que o projétil uma vez localizado, deverá ser extraído através de uma incisão operatória mais próxima possível de sua localização e nunca através do trajéto ou pertuito que tenha produzido nos tecidos atravessados.

A extração dos projetis é taxativa, pois na mão e nos dedos não poderemos pensar em deixar permanecer uma bala, balim ou grão de chumbo na intimidade dos tecidos, como sóe acontecer em outras regiões do corpo, pois qualquer corpo estranho lá encravado acarretará complicações por compressão ou por infecção.

Nos ferimentos da mão por esmagamento, por explosão ou por projétil de arma de fogo, deveremos sempre mandar bater uma ou mais chapas radiográficas, destinadas a verificar a integridade ou não do esqueleto ósseo e a presença ou não de corpos estranhos.

Ainda nos resta uma outra classe de ferimentos que na mão e nos dedos, caso não recebam o tratamento devido, podem com muita facilidade dar lugar a processos inflamatórios bastante graves.

São os ferimentos punctórios, transfixantes ou não, mas principalmente os não transfixantes.

Ocasionalmente no geral por pregos ou por instrumentos que se lhes assemelham na forma, deixam um trajeto às vezes sinuoso, dadas as resistências diversas das diferentes camadas de tecido que atravessam.

Na parte mais distal deste trajeto forma-se frequentemente um hematoma de difícil drenagem pelo trajeto do ferimento.

Este hematoma, em zona de tecido contaminado pelo agente traumatizante, é um ótimo meio de cultura e a formação de abscessos e fleimões é quasi sempre a regra.

Aliás estes ferimentos em poucas horas apresentam edema intenso, no geral em zona oposta ao orifício de entrada, dor, rubor, calor, impotência funcional, toda sintomatologia de um processo inflamatório agudo.

A terapêutica aconselhada é conseguir a asepsia cirúrgica com a resecção dos tecidos traumatizados e contaminados, bem como assegurar a drenagem eficiente do ferimento. — Si o trajeto fôr profundo deveremos desbridar o ferimento em toda a extensão do trajeto, com o esvaziamento do hematoma e de detritos, assegurando a hemostasia e conveniente drenagem.

Tais ferimentos nunca deverão ser suturados e a drenagem poderá ser feita com tiras de gaze embebidas em Líquido de Payr.

Si no entanto o trajeto fôr curto, bastará a dilatação do mesmo, com a drenagem do ferimento com uma tira de gaze com Líquido de Payr.

Imobilização se impõe e os curativos diários no início, deverão posteriormente ser feitos com maior intervalo.

Quando tais ferimentos punctórios atingem o dorso da mão, mesmo em pequena profundidade, podem lesar a rede venosa e dar lugar à formação de hematomas apreciáveis, que deverão ser desbridados, para esvaziamento do sangue coletado e ligadura dos vasos ou vaso lesado.

Si o paciente fôr atendido precocemente poderemos, após embrocção com Líquido de Payr, suturar o ferimento operatório, no caso contrário procederemos à uma drenagem com tiras de gaze embebidas em Líquido de Payr.

Em resumo, podemos apontar como os

principais pontos do tratamento dos ferimentos das mãos e dos dedos, a antisepsia prévia com o Líquido de Payr, a asepsia cirúrgica e síntese, pelo processo de resecção e sutura primárias, segundo os preceitos de v. Bergmann - Lexer; a hemostasia cuidadosa, a sutura sem drenagem, o abandono do catgut no tratamento dos ferimentos (hemostasia ou sutura); a substituição da seda e do linho pelo fio de algodão; curativos simples e não repetidos em número abusivo (diários) e finalmente a mobilização ativa precoce.

Si importante é o tratamento imediato, não menor valor tem o tratamento mediato, no período post-cicatrisação.

Com grande facilidade as perdas de tecido, as cicatrises juxta articulares ou trateis, as consequências de complicações inflamatórias, veem pôr em perigo o resultado funcional do tratamento instituído.

São os movimentos de flexão ou de extensão de um ou de mais de um dos dedos da mão, ou mesmo de todos eles, que estão parcial ou totalmente comprometidos.

Para evitar tais complicações deveremos tratar precocemente da mobilização ativa da mão e dos dedos. Para tanto o repouso obtido pela tala, não deve ser prolongado por mais tempo que o exigido pelas condições locais do ferimento.

Sómente deverá ser feita a mobilização ativa, pois a passiva é prejudicial, não só quando exercida por outrem sob forma de ginástica ou massagem, como também quando executada pelo próprio paciente, com auxílio da mão sã.

Por conseguinte deveremos ser muito positivos com os pacientes: sómente mobilização ativa.

Aconselhamos, que, completa a cicatrização tais exercícios de ginástica ou mobilização ativa sejam executados diariamente, ao menos duas vezes, em banhos de água quente, pelo mínimo pelo espaço de 15 a 30 minutos.

Os outros períodos de exercício ativo deverão ser mais curtos, no máximo cinco minutos, e de hora em hora.

Os dedos não lesados não deverão ser incluídos na tala desde o início e deverão ser mobilizados ativamente desde o dia do acidente.

Os exercícios de preensão, elevação de corpos, tais como uma garrafa d'água mineral, inicialmente vasia e que depois se enche gradativa e sucessivamente com água e depois com areia, dão bons resultados.

Igual resultado ou ainda melhor pôde ser obtido com o uso dos halteres de mola, graduáveis. — Também são aconselháveis os exercícios ativos dos dedos sobre o teclado duma máquina de escrever ou dum piano.

Com frequência devemos vencer o receio do paciente e por tanto este tratamento mediato deverá ser efetivamente controlado pelo cirurgião.

Si não dermos a devida importância a este tratamento, teremos não poucas vezes, um belo resultado anatômico, pela completa cicatrização do ferimento, mas um máu resultado funcional pela limitação deste ou daquele movimento.

Entretanto neste capítulo da traumatologia, como já tivemos ocasião de ressaltar, o resultado funcional é essencial, sendo o resultado anatômico secundário.

Tambem a execução conscienciosa deste tratamento mediato é a melhor prevenção de um processo inflamatório colateral dos ossos da mão ou dos dedos, tão frequente nos traumatismos violentos destas regiões.

Vejamos ainda rapidamente a opinião de alguns cirurgiões e traumatologistas referente a este assunto, para depois apresentarmos algumas observações relativas a ferimentos da mão e dos dedos.

KANAVAL (16) declara textualmente que os cirurgiões muito frequentemente só encaram a mão sob o ponto de vista anatômico. Advoga o aprofundamento de nossos conhecimentos sobre a fisiologia e as funções da mão, pois sómente assim poderemos atingir o resultado ideal no tratamento dos traumatismos e infecções da mão.

Classifica em cinco as principais funções da mão e dos dedos: 1 — flexão dos dedos; 2 — extensão dos dedos; 3 — abdução e adução dos dedos em relação à linha média da mão; 4 — oposição do polegar aos outros dedos; 5 — rotação da mão.

Todas funções são da maior importância,

sem as quais a mão deixa parcial ou totalmente de ser aproveitável para o serviço, e que portanto deverão ser integralmente conservadas, ou si comprometidas, melhoradas ao máximo.

MARC ISELIN (17) ao comentar o tratamento em geral dos ferimentos da mão e dos dedos, critica fortemente certas facilidades que cirurgiões e médicos se permitem e diz: "...mais moi, je frémis'a la pensée qu'un médecin n'ayant aucune expérience chirurgicale "opérara" la main blessée d'un père de famille, sur un coin de sa table, après avoir repoussé les échantillons pharmaceutiques qui l'encombrent, sans anesthésie, avec de mauvais instruments, des compresses vaguement antiseptiques offertes par une firme de spécialités, en faisant toutes les fautes d'asepsie puisqu'il est obligé de se servir lui-même: quitté a adresser le blessé au chirurgien, quand la situation sera devenue grave".

Divide os ferimentos dos dedos em cinco categorias:

1. Ferimentos sem lesões ósseas.

- a. Escoriações.
- b. Ferimentos incisos.

Estes quando acompanhados de secção de tendões, recebem, segundo Marc Iselin sómente cuidados quanto ao ferimento, pois é partidário da sutura secundária dos tendões.

- c. Ferimentos por achatamento ou esmagamento.

2. Hematomas sub-ungueais.

Indica unicamente a resecção da parte descolada.

3. Ferimentos por lapis cópia.

Ferimentos que adquirem sua gravidade em face da necrose dos tecidos imbedidos pela anilina do lapis cópia. A terapêutica é radical pela resecção de todo o tecido tinto. Marc Iselin aconselha nestes ferimentos a irradiações pelo ultra violeta, como combatendo facilmen-

te a infecção e facilitando a cicatrização.

4. Ferimentos com lesões ósseas (fraturas expostas).
5. Ferimentos isolados da face dorsal dos dedos.

São no geral ferimentos com lesão articular, quasi sempre com resultado funcional deficiente.

A sua classificação para ferimentos da mão deixamos de reproduzir pois é bastante confusa e não apresenta uniformidade.

Quanto às sequelas resultantes dos traumatismos da mão e dos dedos cita os seguintes: Dores post-traumáticas — contrações e imobilidades — edema dorsal (Secretion) post-traumático — distúrbios tróficos e vaso motores — osteoporose post-traumáticas.

Segundo nossa opinião, afóra às imobilidades por ancilose das articulações interfalangeanas, metacarpo falangeanas, ou por retração tendinosa, as outras sequelas apontados por Marc Iselin poderão perfeitamente serem rotuladas no capítulo único de um **processo inflamatório colateral** (ex-atrofia post-traumática de Sudeck).

As estatísticas apontadas por KROEMER (18) demonstram que os traumatismos da mão e dos dedos representam 42,6% de todos os traumatismos, e que por sua vez 60,3% dos mesmos são representados pelos ferimentos, demonstrado pois que estes são a forma mais frequente dos traumatismos da mão e dos dedos.

FIFIELD e CLARK (19) seguem a orientação de v. Bergmann-Lexer no tratamento dos ferimentos da mão e dos dedos, somente que julgam o período de latência de infecção restrito unicamente no máximo às seis horas clássicas, achando mesmo que este período deveria ser diminuído para 4 horas unicamente.

Quanto às consequências dos traumatismos, ao estudar as diversas incapacidades permanentes parciais, declaram que um dedo esticado deve ser considerado como mais grave que a perda do mesmo dedo e igualmente mais grave que o dedo encurvado, exceptuando o dedo polegar, que não perde a sua mobilidade de anteposição.

BRICKEL (20) cita que em 1933 nos Estados Unidos da América do Norte foram verificados 10.172 acidentes da mão, com 153.994 dias de incapacidade temporária, o que dá em média uma incapacidade de 15 dias por acidente.

KOCH (21) em recente trabalho sobre o tratamento dos traumatismos da mão, declara que o primeiro curativo ideal é o que pára a hemorragia e impede a futura contaminação de ferimento. — Cita como fontes de contaminação as bocas e narinas dos circunstantes e dos leigos auxiliares.

Advoga para o tratamento operatório dos ferimentos da mão os mesmos cuidados cirúrgicos de qualquer intervenção de importância: máscara — luvas — material esterilizado.

Estudando os insucessos de certos casos, declara que muitas vezes o cirurgião inicia o tratamento, sem conhecer a verdadeira extensão dos danos causados, pelo que chama a atenção para a necessidade do **diagnóstico sempre preceder o tratamento**, pois não será possível idealisar a orientação terapêutica si não sabemos o que vamos tratar.

zur WERTH (22) partidário da imobilização no tratamento dos ferimentos, manda entretanto deixar livres as partes não atingidas para que possam desde o início serem movimentadas, especialmente devendo ser cuidada a mobilização do ombro correspondente.

HALDER e MAC KAY (23) citam a opinião do cirurgião norte-americano REID, que afirma que o problema do tratamento dos ferimentos não é sinónimo obrigatório de "asepsia e antisepsia", pois primordial é eliminar e prevenir a formação de zonas de necrose pelos tecidos mortificados nos ferimentos.

A retirada destes elementos traumatizados reduz o desenvolvimento bacteriano e em certos casos, quando integral, o elimina completamente.

Como antiséptico os autores usam a carbamida, uréa sintética, que tem ação levemente anestésica. Usada em soluções aquosas concentradas tem ação lítica sobre os tecidos necrosados. Será unicamente sobre estes?

BROWN (24) cita Finney Jr. que obteve resultados satisfatórios com a reimplantação de duas falanges seccionadas, após conservação das mesmas por espaço numa hora numa solução salina aquecida. Quatro pontos a seda, com cicatrização por primeira intensão.

KOCH (25) apresenta num artigo sobre a traumatologia da mão uma série apreciável de talas metálicas, todas de formatos diferentes e destinadas a diversas posições da mão.

Declara que com o uso das mesmas procurará atingir os seguintes fins:

- a) Repouso para os tecidos traumatizados e infetados.
- b) Relaxamento dos músculos, cujos tendões foram seccionados ou cujos nervos foram lesionados.
- c) Conservação dum tensão constante ao nível da cicatriz que tenda à retração e a dar uma posição defeituosa à mão.

O mesmo cirurgião em outro de seus múltiplos trabalhos é partidário da plástica imediata dos ferimentos da mão e dos dedos (26).

ECKELBERRY (27) ao tratar da relação entre os traumatismos da mão e a profissão do acidentado, aproveitou os dados estatísticos do Departamento de Trabalho do Estado de Nova York, tendo baseado seus estudos sobre 22.523 traumatismos da mão e dedos, em um total de 69.777 traumatismos de toda a espécie.

Certas profissões apresentam a propensão para determinados ferimentos, assim: os trabalhadores com agulhas — infecção do espaço anterior do dedo; carregadores e trabalhadores de estiva — ferimentos contusos e por esmagamento; construções — por queda, etc.

Na Companhia Edison, com um total de 46.000 operários, encontrou as seguintes relações dos traumatismos da mão e dedos: relação de homens para mulheres — 6 para 1; relação dos empregados manuais para os do escritório — 2 para 1.

Sobre estes 46.000 operários e empregados, num ano foram verificados 775 casos

de acidentes com traumatismos da mão e dedos, sendo 502 dos dedos e 273 da mão.

Quanto aos dedos atingidos, foi seguinte a seriação: polegar, index, médio, anular, mínimo.

Tratamento precoce com iodo e curativo esteril melhorou muito os resultados finais. A lavagem com água e sabão, se bem que boa no consultório médico ou nos ambulatórios, feita por pessoa entendida, dá pessimamente resultados quando executada por leigos.

Segundo MOCK (28) o pronto tratamento hospitalar dos ferimentos da mão e dos dedos evita graves infecções. — Repouso e imobilização muito contribuem para o bom êxito do tratamento instituído, pelo que julga que **nenhum empregado com infecção dos dedos ou da mão deverá trabalhar.**

Os corpos estranhos mesmo visíveis, nunca deverão ser retirados ou extraídos a não ser sob condições de perfeita asépsia e por técnico competente.

HARMER (29) é de opinião que tratamento cuidadoso dado mesmo a pequenos ferimentos evita graves consequências posteriores.

Partidário igualmente da ressecção e sutura (plástica si necessária) primárias, chama atenção da delicadesa de ação e do material cirúrgico, e declara textualmente que: "O reparo dum ferimento contuso mesmo com uma laceração extensa da superfície anterior do punho não deve ser uma intervenção exploradora".

Deve-se examinar a mão com cuidado, principalmente verificando os movimentos ativos dos dedos. O movimento do índice, anular e mínimo ao encontro do médio; o afastar destes dedos do médio; os movimentos de lateralidade do médio; o afastamento do mínimo do anular; o movimento do polegar em direção do bordo interno da mão, indicam todos a integridade do nervo cubital ou de seus ramos motores distais. Os movimentos de anteposição do polegar ou seu movimento de abdução indicam a integridade do nervo mediano no punho ou de seus ramos motores distais.

Quando o ferimento se apresenta contaminado por detritos oriundos do mister a que se dedicava o acidentado, aconselha a

lavagem do ferimento com uma solução salina, ou com éter, e termina dizendo: "PACIÊNCIA É UMA VIRTUDE".

Segundo HARMER os ferimentos punctórios pôdem ter consequências graves. A ação de exprimir o ferimento punctório para dar saída ao sangue, pôde esvasiar o hematoma formado, mas traumatiza os tecidos. Indica o desbridamento dos ferimentos punctórios profundos.

ORR⁽³⁰⁾ creou o método de tratamento dos ferimentos e das fraturas expostas pelos curativos vaselinados e pela aplicação de aparelhos gessados sobre o ferimento, com ou sem fratura exposta.

Seus princípios foram largamente empregados na guerra civil da Espanha, conforme citação de Treuta⁽³¹⁾.

OBSERVAÇÕES ESPECIAIS

I — C. R., branco, casado, chauffer, brasileiro, residente à Avenida da Cascata 3179, acidentado da "Protetora", referência 1840, às 15,30 horas do dia 24 de outubro de 1939, sofreu um acidente de automovel, com a capotagem do caminhão que guiava, na estrada Porto Alegre — Tramandaí, próximo à vila de Gravataí.

Sofreu forte contusão da mão E, que parece ter ficado momentaneamente emprensada entre a carroserie do veículo e o solo. Atendido na vila de Gravataí, foi-lhe retirado o anel e aliança que usava no anular E. Foi empregada forte tração.

Sentia muita dor, movendo mal o anular e o mínimo EE, com a mão muito edemaciada. — Vimos o paciente após 24 horas, encontrando a mão E muito aumentada de volume, principalmente no dorso, com edema dos dedos e do antebraço em sua metade inferior. — Escoriações no membro superior E e no corpo.

Hematoma extenso do dorso da mão E, com descolamento de tegumento cutâneo em toda a extensão do dorso da mão. Dor localizada ao nível do terço médio do 4.º metacarpiano e na extremidade superior do quinto.

RADIOGRAFIA: Fratura da diafase do 4.º metacarpiano no 1/3 médio. Idem na extremidade superior do quinto metacarpiano.

Durante três dias procuramos tentar resolver a situação sem evacuar o hematoma, pois seria técnica defeituosa, o transformar uma fratura fechada em fratura exposta.

Mas como as dores não cedessem, nem o edema, e o quadro de temperatura e os sinais locais prenunciavam a transformação séptica do conteúdo do hematoma, considerando que mais arriscado seria um fleimão da mão com consequente osteomielite, resolvemos dar vazão ao hematoma.

Deparamos, pois, com um sério problema a resolver, como fazê-lo?

A simples punção não evacuariamos os coágulos e poderia auxiliar a infecção.

Tivemos, obrigados pelas circunstâncias, de optar pela incisão e drenagem do hematoma.

Fizemô-la a 30 de outubro de 1939, sob anestesia local pela novocaina a 1%, mas ao nível do segundo metacarpiano, fugindo o quanto possível dos metacarpianos fraturados.

Esvasiamos os coágulos e sangue coletado, drenando em tamponamento com gaze embebida em Líquido de Payr. — No dia seguinte: menor dor, menos edema e nenhum sinal de infecção — nem pús.

Daí, diariamente, durante seis dias a seguir, fizemos a irrigação do fundo do saco com 2 cc. de Líquido de Payr e 1 cc. de solução de mercúrio cromo misturados, e drenagem com gaze embebida em fenol-canfora.

Não houve supuração e em menos de 20 dias tudo voltou ao normal, com que foi possível nos dedicarmos diretamente ao tratamento das fraturas.

Em menos de três meses o paciente tinha alta curado com completa função da mão E. Após retirada do aparelho gessado, foi instituído o tratamento funcional, com movimentação ativa, banhos quentes e leitinjetol.

As fotografias abaixo demonstram de sobejo os bons resultados do presente caso.

N.B. Esta observação já foi publicada em nosso trabalho: — Tratamento dos ferimentos — sua orientação moderna.



Figura n.º 2
Caso n.º I — fotografia da região dorsal.

II — A. C. P., mixto, solteiro, meio-oficial de padeiro, brasileiro, residente à rua Miguel Teixeira, acidentado da "Protetora", referência A 316, no dia 23 de fevereiro de 1940, quando cilindrava massa para biscoito, teve a infelicidade de ficar com a mão E, presa no cilindro, sofrendo forte compressão.

Levado imediatamente ao Ambulatório da Companhia Seguradora, foi feito um curativo de urgência, com embrocção de Líquido de Payr e transportado ao Hospital São Francisco onde dentro de uma hora, era submetido a uma intervenção cirúrgica.

Sob anestesia pelo evipan, procedemos à exploração dos ferimentos produzidos na mão E pelo traumatismo sofrido.

Verificamos: Ferimento contuso nível 2.ª articulação inter-falangeana anular E, na face palmar; idem nível articulação me-

tacarpo-falangeana anular E, na face palmar; idem com perda de tegumento cutâneo nível 2.ª articulação inter-falangeana do médio E, na face palmar; idem com perda de tegumento cutâneo e exposição do tendão flexor nível 1.ª falange dedo médio E, na face palmar; idem com perda de tegumento cutâneo nível 2.ª articulação inter-falangeana dedo indicador E, na face palmar. Compressão da mão inclusive músculos inter-ósseos com placas de necrose da pele do dorso da mão, ao nível do 2.º, 3.º e 4.º espaços inter-metacarpianos. Fratura da 1.ª falange dedo médio E nível extremidade inferior. Idem 1.ª falange do indicador E na extremidade inferior.

A intervenção constou de nova embrocção com Líquido de Payr, resecção e sutura primária dos ferimentos contusos e desbridamento dos focos necrosados do dorso



Figura n.º 3
Caso n.º I — fotografia da região palmar.

da mão; curativo geral com embalsamento da mão em óleo de fígado de bacalhau. Colocação de uma tala para imobilização. — Cicatrização por 1.^a intensão dos ferimentos da palma da mão e por segunda no dorso.

Tratamento posterior, segundo nossa orientação expressa anteriormente neste trabalho, obtendo o caso alta curado, com função integral da mão a 10 de abril de 1940, isto é, em menos de dois meses.

As figuras abaixo, como no caso anterior nos dão uma idéia do resultado obtido — cura integral.

II — S. R. B., branco, solteiro, modelador, brasileiro, residente à rua Pantaleão Teles n.º 146, acidentado da "Protetora", referência B 1129, no dia 28 de maio de 1941 quando cilindrava massa para biscoito, teve a infelicidade de sofrer a compressão da mão D pelo cilindro.



Figura n.º 4
Caso n.º I — fotografia da mão fechada.



Figura n.º 5
Caso n.º I — fotografia de perfil.

Atendido de urgência pela Assistência Pública, esta atestou em boletim da mesma data que havia sofrido esmagamento dos dedos e da região metacarpiana da mão D. — Após embrocção com Líquido de Payr, foi feita a sutura sem resecção dos ferimentos.

Passando aos cuidados do médico auxiliar da Companhia Seguradora, por este foi constatada a seguinte lesão: Ferimento contuso face palmar primeira falange dedo médio D; idem face dorsal primeira falange dos dedos indicador, médio e anular DD.

A cicatrização foi por segunda intensão, em face de supuração ao nível dos ferimentos, obrigando a retirada de alguns pontos cutâneos.



Figura n.º 6
Caso n.º II — fotografia da região dorsal.

Em princípios de julho de 1941, ao reasumirmos o serviço médico da Companhia Seguradora, encontramos o paciente em tratamento, apresentando ancilose fibro-tendinosa das 1.^{as} articulações inter-falangeanas dos dedos médio e anular DD.

Ao mesmo tempo, o paciente apresentava nítidos sintomas de um processo inflamatório colateral da mão D. Mão aroucheada, fria, musculatura atrofiada, função profundamente comprometida.

Iniciamos de imediato tratamento intensivo, constando de séries alternantes de injeções de acetilcolina e fibrolisina e de acetilcolina e leitinjetol.

Ao mesmo tempo empregamos a mobilização ativa dos dedos da mão D, acompanhada de banhos d'água quente com uma duração média de 20 minutos.

Em fase posterior o paciente passou a

fazer mobilização ativa e ginástica com halteres graduados e de mola.

A incapacidade que de início parecia ter um caracter definitivo, foi cedendo gradualmente e a 25 de outubro de 1941, quasi cinco meses após o paciente tinha alta curado e com a função da mão D perfeita e integralmente restabelecida.

Na presente observação temos a notar os efeitos desfavoráveis da sutura praticada sem reseção prévia do ferimento, apesar da embrocção do Líquido de Payr e os apreciáveis resultados obtidos com a medicação aplicada para evitar a incapacidade permanente que já se desenhava quasi com caracter irrevogável.

IV — N. R. A., 16 anos, preto, solteiro, aprendiz de padeiro, brasileiro, residente a rua João Alfredo, 196, acidentado da "Protetora", referência A 2393, no dia 29

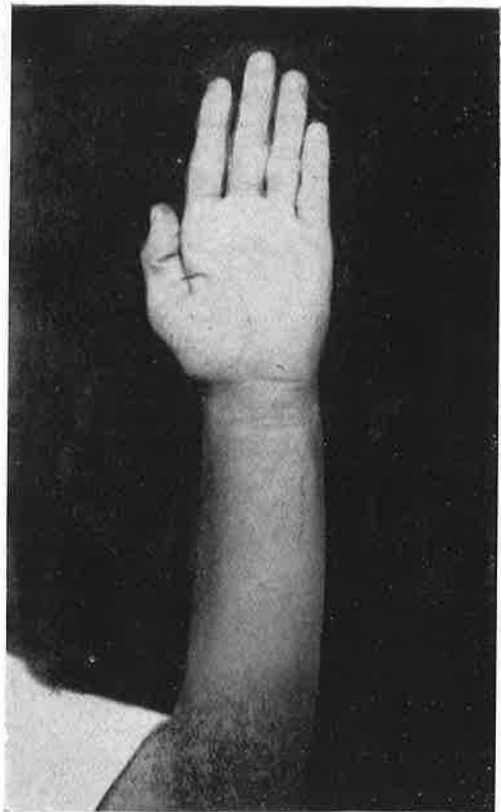


Figura n.º 7
Caso n.º II — fotografia da região polmar.

de outubro de 1940, quando trabalhava no cilindro de massa, teve a infelicidade de ver sua mão E comprimida entre os rolos do mesmo.

Transportado de imediato ao Ambulatório Central da Companhia Seguradora, foi após curativo de urgência com embrocção ampla com Líquido de Payr, transportado para o Hospital São Francisco, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica.

Com o preparo de 7/10 de cc. de Scophedal endovenoso, foi feita a anestesia regional ao nível do 1/3 médio do antebraço E. Após nova embrocção do ferimento com Líquido de Payr, procedemos a limpeza e à verificação da extensão da lesão sofrida pelo paciente.

Detido exame nos permitiu firmar seguinte diagnóstico:

"Ferimento contuso com exposição e rutura parcial do tendão flexor do indicador



Figura n.º 8
Caso n.º II — fotografia da mão fechada.



Figura n.º 9
Caso n.º II — fotografia de perfil.

E ao nível da 1.^a falange. Compressão da mão, com duas zonas de necrose na região dorsal. Escoriações nos dedos médio, anular e mínimo EE. Fratura incompleta da epífise inferior do 5.^o metacarpiano; idem completa, mas com pequeno deslocamento das epífises inferiores dos 3.^o e 4.^o metacarpianos".

Intervenção: Resecção dos bordos do ferimento do dedo indicador, com sutura do tendão em sua parte seccionada e sutura da bainha (seda fina). Sutura primária da pele a seda, após hemostasia. Resecção das zonas necrosadas da região dorsal da mão, com hemostasia. Curativos com Payr, e embalsamento do dorso da mão com óleo de fígado de bacalhau.

Passagem de fio de bronze nas falanges ungueais dos 3.^o, 4.^o e 5.^o dedos EE, e ex-

tensão contínua destes dedos sobre uma tala de alumínio.

Cicatrisação por primeira intensão do ferimento do indicador. Rápida cicatrização por segunda intensão, sem supuração dos ferimentos do dorso da mão. Retirada dos fios e do aparelho de extensão contínua após 4 semanas.

Exercícios de mobilização ativa e banhos quentes. Alta curado, anatômica e funcionalmente em data de 28 de dezembro de 1940, isto é, dois meses após o acidente.

V — V. B., 21 anos, branco, solteiro, aprendiz de biscoiteiro, brasileiro, residente a rua Sant'Ana, 858, acidentado da "Protetora", referência B 1367, no dia 21 de junho de 1941, quando sovava massa, ficou com a mão E imprensada no cilindro.

Atendido no dia do acidente pela Assistência Pública, que verificou: ferimento inciso atravessando a palma da mão E de bordo a bordo ao nível do primeiro sulco, ferimento contuso na base do dedo indicador E e contusão do dorso da mão com hematoma, recebendo seguinte socorro: Antisepticidade, embrocção de Líquido de Payr, dreno filiforme e sutura a seda.

No dia 26, isto é, após cinco dias, vimos o paciente pela primeira vez no Ambulatório Central da "Protetora", concluindo em face do exame então procedido, pelo seguinte diagnóstico:

"Compressão da mão E, com ferimento contuso (sutorado) da região palmar interessando esta região de bordo a bordo, e infetado; descolamento extenso dos tecidos moles da região dorsal, com duas placas de necrose e transformação purulenta do hematoma dorsal".

Nesta mesma data foram retirados os pontos de seda do ferimento palmar, cujos bordos se afastaram, dando saída a grande quantidade de pús e demonstrando que vários tendões flexores se encontravam descobertos.

Compressas de licor de alumínio acético, tala, vacino-terapia moderada.

No dia seguinte incisamos o fleimão dorsal, resecando igualmente as placas de necrose, drenando os ferimentos com gaze embebida com Payr. As compressas de licor

de alumínio acético foram continuadas ainda por 48 horas.

A 4 de julho de 1941, passamos a curativos com óleo de fígado de bacalhau (pomada) e a 16 do mesmo mês era retirada a tala imobilizadora.

Em menos de 45 dias do acidente, isto é, a 5 de agosto, estavam completamente cicatrizados os ferimentos e dois dias após iniciávamos o tratamento de mobilização ativa e banhos quentes, juntamente com duas séries de 6 ampolas de Fibrolisina entremeadas de duas séries de 8 ampolas de Acetilcolina.

A 20 de setembro de 1941, o paciente tinha alta funcional e anatomicamente curado.

No tratamento inicial deste caso foram cometidos dois erros fundamentais, a sutura do ferimento palmar sem resecção e a drenagem do mesmo.

VI — N. A., 23 anos, branco, solteiro, natural deste Estado, brasileiro, caixeiro, residente à rua Demétrio Ribeiro, 968, acidentado da "Protetora", referência 1506, no dia 6 de setembro de 1939, às 11,15 horas, quando procurava enfiar uma nota de papel num espigão colecionador, feriu-se, fincando fortemente o espigão na mão, atingindo a região hipotenar E.

Apresentou-se ao serviço médico três horas após, com forte edema no dorso da mão, dôr local com irradiação em direção ao cotovelo, declarando que o ferimento havia sangrado muito pouco. — Ferimento puntório pequeno ao nível do bordo cubital da mão E. Afirmava ter o espigão penetrando profundamente uns 3 a 4 cms.

Resolvemos desbridar o ferimento sob anestesia local pela novocaina a 1%, dando escoamento ao hematoma que se havia formado. — Embrocção e drenagem com gaze embebida em Líquido de Payr. — Soro antitetânico 1.500 U — Vacina antiptiogênica adicionada de 2 cc. de Leitinjetol.

No dia seguinte retiramos o dreno, encontrando a mão indolor, havendo desaparecido a dôr irradiada desde a noite anterior. Edema cedera. Aproximação das bordas do ferimento com um agrafe de Michel, após a embrocção com Líquido de Payr.

Seis dias após, não tendo havido outro curativo no intervalo, o paciente teve alta curado, após retirada do agrafe.

NB.: Esta observação, foi, igualmente publicada em primeira vez em nosso trabalho: Tratamento dos ferimentos — sua orientação moderna.

VII — A T., com 43 anos, branco, solteiro, natural da Itália, de profissão maquinista, acidentado da "Protetora", com referência n.º A-286, no dia 19 de fevereiro de 1940, às 17 horas, quando trabalhava numa máquina de desempenar madeira, teve a infelicidade de ter atingido pela aplanadeira da máquina, na mão E.

Atendido no Ambulatório Central da Companhia Seguradora, para onde fora transportado de imediato, constatamos um ferimento corto-contundente da região palmar

da mão E, localizado e interessando as regiões tenar e hipotenar, que atingindo a mão horizontalmente, produziu extensa perda de partes moles. Hemorragia porejante.

Após regularização dos bordos do ferimento e embrocção com Líquido de Payr, procedemos a curativo com pomada de óleo de fígado de bacalhau com vermelho escarlata. Tala de imobilização.

Decorridos 25 dias cicatriza completamente o ferimento da mão, e como o paciente apresentasse uma tendência a formação duma cicatriz retrátil, foram feitas duas séries de 6 ampolas de Fibrolisina Merck.

A 29 de março de 1940, isto é, 40 dias após o acidente, o paciente obtinha alta curado, sem apresentar nenhum reliquat funcional.

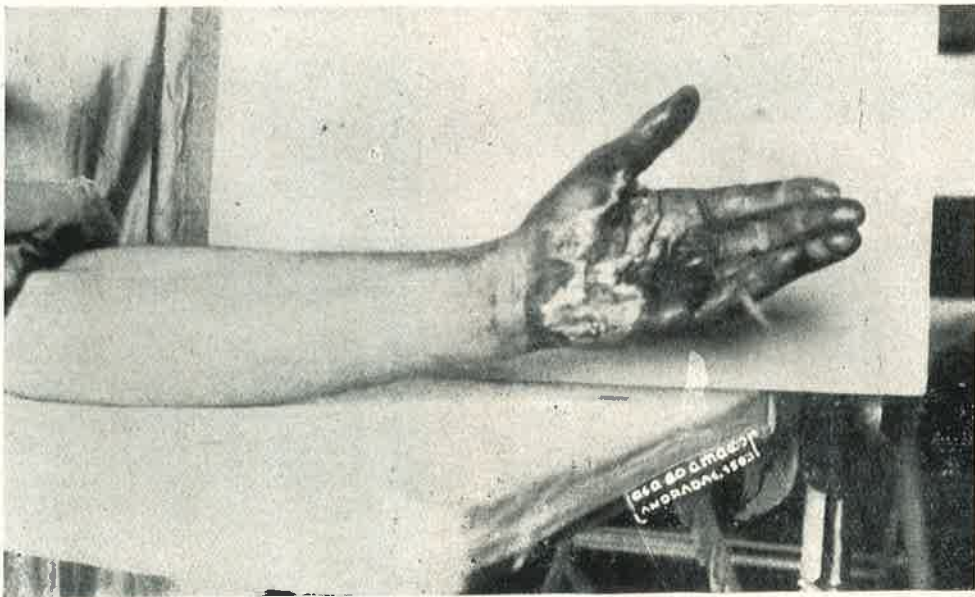


Figura n.º 10.

Caso — n.º VII — fotografia da lesão tres dias após o acidente.

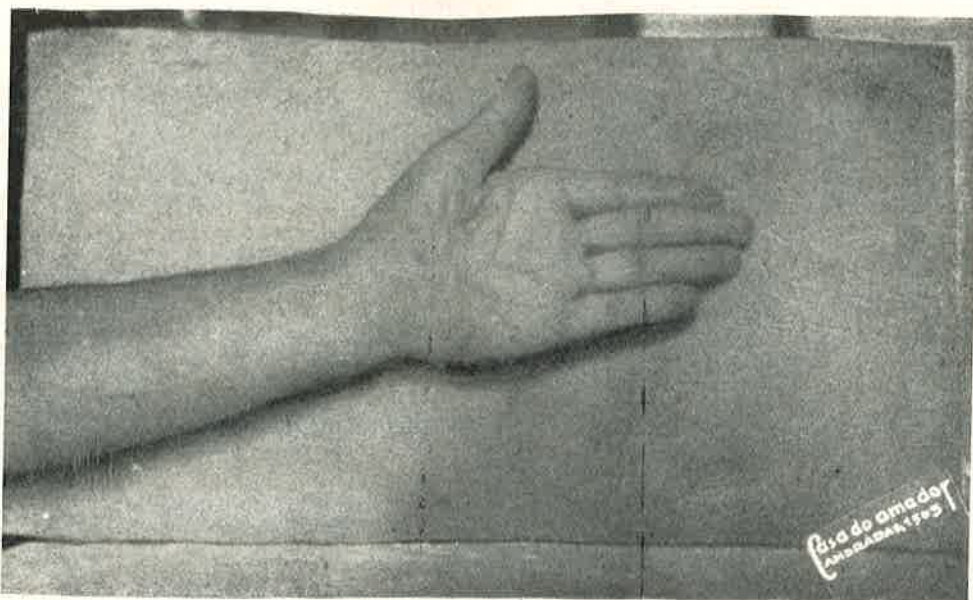


Figura n.º 11.

Caso — n.º VII — fotografia da região palmar no dia da alta.

As duas fotografias abaixo, nos mostram o ferimento no dia do acidente e depois de cicatrizado, por ocasião da alta.

Depois da alta, voltou o mesmo acidentado, ainda por duas vezes a ser atendido pelo Ambulatório desta Companhia, devido a outros acidentes sendo que nestas ocasiões

tivemos oportunidade de verificar a cicatriz mencionada, que se encontrava em ótimas condições.

Releva notar neste caso a rápida cicatrizaçãõ e o ótimo efeito das ampolas de Fibrolisina.

RELAÇÃO DE ACIDENTADOS DA "PROTETORA" Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho, com FERIMENTOS DA MÃO E DOS DEDOS, ocorridos durante o ano de 1939, constando na mesma relação os seguintes dados:

Rerefência do Processo (n.º) — Referência individual (iniciais) — Dignóstico da lesão — Data do acidente e da alta.

| | | |
|-------------|---|-------------|
| 7 — J.C.E. | — Ferimento contuso anular D | 3/1 — 16/1 |
| 9 — J.F.D. | — Ferimento inciso face posterior extre. mínimo D | 5/1 — 9/1 |
| 12 — A.R. | — Ferimento inciso dorso dedo anular D | |
| | Avulsão traumática unha dedo médio E | 6/1 — 16/2 |
| 13 — C.B. | — Ferimento inciso bordo externo anular E | 6/1 — 23/1 |
| 19 — M.A. | — Ferimento contuso polpa digital mínimo D | 7/1 — 10/1 |
| 35 — O.L.C. | — Ferimento contuso polegar D | 16/1 — 23/1 |
| 49 — W.B. | — Avulsão unha médio E | 21/1 — 30/1 |
| 63 — Q.S.C. | — Ferimento punctório face dorsal mão | 26/1 — 30/1 |
| 65 — V.S. | — Ferimento contuso polpa digital polegar E | 26/1 — 16/2 |
| 82 — A.V.S. | — Ferimento contuso anular E e avulsão parcial unha | 27/1 — 31/1 |
| 88 — A.R. | — Ferimento contuso mão E, nível 2.º metacarpiano | 31/1 — 15/2 |
| 141 — R.S. | — Ferimento inciso polegar E | 10/2 — 18/2 |
| 144 — L.S. | — Corpo estranho bordo externo indicador D | 14/2 — 17/2 |
| 152 — S.Z. | — Ferimento contuso dedo indicador D | 20/2 — 24/2 |

| | | | |
|--------------|--|------|------|
| 153 — A.A. | — Ferimento incisivo anular D | 20/2 | 23/2 |
| 237 — A.B. | — Ferimento incisivo polegar E | 24/2 | 3/3 |
| 280 — B.C. | — Ferimento contuso polegar D, com avulsão parcial da unha e lesão da matriz da mesma | 4/3 | 5/4 |
| 312 — S.P.S. | — Ferimento incisivo 1.º sulco interdital mão E | 8/3 | 13/3 |
| 315 — V.F. | — Ferimento incisivo polpa digital polegar E | 9/3 | 13/3 |
| 334 — A.L. | — Ferimento incisivo tangencial do polegar D, com perda de partes moles e unha | 10/3 | 1/4 |
| 335 — V.G. | — Ferimento contuso anular E | | |
| | Idem 2.ª e 3.ª falanges médio E, com perda partes moles | 10/3 | 19/3 |
| 377 — E.R. | — Ferimento contuso dorso mão E | 16/3 | 23/3 |
| 385 — S.D.C. | — Ferimento incisivo tangencial face posterior indicador E | 19/3 | 24/3 |
| | — Ferimento contuso dedos anular e médio DD, nível face posterior | | |
| 399 — A.R. | 1.ª articulação interfalangeana | 21/3 | 29/3 |
| 433 — W.S. | — Ferimento contuso dedos anular e mínimo EE | 25/3 | 31/3 |
| 435 — J.V.A. | — Ferimento contuso por esmagamento polegar D com avulsão parcial da unha | 27/3 | 1/4 |
| 436 — R.W. | — Ferimento incisivo tangencial dedo médio E, com perda de tecidos moles | 27/3 | 22/4 |
| 457 — A.V.A. | — Ferimento contuso dedos médio e anular DD | 30/3 | 11/4 |
| 468 — E.V.C. | — Ferimento incisivo extremidade mínimo E | 1/4 | 3/4 |
| 471 — A.W. | — Ferimento perfurante mão E, nível 1.º sulco intergital | 3/4 | 14/4 |
| 490 — O.B. | — Ferimento contuso extenso mão D | | |
| | Ferimento contuso dedo médio D | 2/4 | 26/4 |
| 520 — D.N.C. | — Ferimento incisivo palma mão E | | |
| | Ferimento incisivo anular E | 8/4 | 27/4 |
| 531 — J.O.M. | — Ferimento incisivo dorso mão E | | |
| | Ferimento incisivo polegar E | 11/4 | 17/4 |
| 533 — C.G. | — Ferimento incisivo face antero-externa polegar D | 12/4 | 22/4 |
| 537 — A.S. | — Ferimento incisivo com perda de tecidos moles nível 2.ª articulação interfalangeana indicador E | 13/4 | 29/4 |
| 538 — A.F. | — Dois ferimentos contusos polegar D | 12/4 | 17/4 |
| 552 — S.L. | — Ferimento punctório mão D | 18/4 | 24/4 |
| 588 — A.F.T. | — Ferimento punctório palma mão D | 21/4 | 3/5 |
| 627 — M.B. | — Ferimento incisivo face dorsal 2.ª falange polegar E | 4/5 | 15/5 |
| 640 — V.F. | — Ferimento incisivo face dorsal articulação metacarpo-falangeana dedo indicador E | 5/5 | 15/5 |
| 643 — W.S. | — Ferimento contuso com perda partes moles dedos médio e anular DD | 6/5 | 29/5 |
| 698 — N.J. | — Ferimento contuso indicador E | 12/5 | 17/5 |
| 701 — G.I.A. | — Ferimento incisivo face palmar polegar E | 12/5 | 22/5 |
| 735 — J.B. | — Ferimento contuso com perda de partes moles dedo indicador E | 17/5 | 31/5 |
| 798 — H.H. | — Ferimento contuso indicador E, com avulsão da unha | 21/5 | 29/6 |
| 812 — H.O. | — Ferimento contuso anular D | 24/5 | 31/5 |
| 824 — G.M. | — Ferimento contuso médio D | 26/5 | 27/5 |
| 832 — H.R. | — Ferimento contuso por esmagamento mão E, com exposição de massa muscular mortificada — resecção primária — Payr — óleo de fígado de bacalhau | 25/5 | 7/7 |
| 863 — R.L.C. | — Ferimento contuso com avulsão unha polegar D | | |
| | Ferimento contuso região dorsal médio D | 1/6 | 22/7 |
| 866 — A.B. | — Ferimento contuso mão D | 1/6 | 8/6 |
| 879 — A.R. | — Ferimento incisivo anular D | 5/6 | 12/6 |
| 919 — A.S. | — Ferimento contuso por esmagamento mão D | 12/6 | 24/6 |
| 920 — G.C. | — Ferimento contuso por esmagamento mão E | 12/6 | 8/7 |
| 925 — M.M. | — Ferimento contuso médio D | 13/6 | 19/6 |
| 936 — R.V. | — Ferimento contuso 3.ª falange dedo médio E | 14/6 | 24/6 |
| 944 — A.G. | — Ferimento contuso 3.ª falange médio D, com perdas partes moles com exposição falange e hemorragia | 15/6 | 8/8 |
| 945 — C.S.B. | — Ferimento contuso mão D | 15/6 | 20/6 |
| 964 — M.C. | — Ferimento contuso dedo médio E com avulsão unha | 15/6 | 1/7 |
| 965 — O.B. | — Ferimento contuso por esmagamento 3.ª falange dedo indicador E com perda partes moles | 17/6 | 27/7 |

| | | | | |
|------|-----------|---|-------|----------|
| 972 | -- L.C.N. | -- Dois ferimentos contusos anular D | 17/6 | -- 23/6 |
| 996 | -- J.K. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal, dedo médio E | 21/6 | -- 24/6 |
| 1002 | -- W.M. | -- Ferimento inciso 3. ^a falange anular E | 23/6 | -- 8/7 |
| 1043 | -- N.M.C. | -- Ferimento contuso por esmagamento indicador D | 23/6 | -- 15/7 |
| 1049 | -- H.D. | -- Ferimento inciso dedo médio E | 27/6 | -- 1/7 |
| 1078 | -- H.A.H. | -- Ferimento contuso polegar D | | |
| | | -- Ferimento contuso polegar E | 30/6 | -- 17/7 |
| 1079 | -- P.R. | -- Ferimento contuso polegar E | 4/7 | -- 8/7 |
| 1141 | -- V.S. | -- Ferimento contuso palma mão E | 10/7 | -- 15/7 |
| 1175 | -- J.M. | -- Ferimento contuso com avulsão unha dedo médio D | 17/7 | -- 22/7 |
| 1218 | -- A.J.C. | -- Ferimento contuso mão E | 21/7 | -- 25/7 |
| 1229 | -- J.K. | -- Corpo estranho, (estrepe de madeira) na região tenar mão D | 25/7 | -- 29/7 |
| 1232 | -- A.B. | -- Ferimento contuso com avulsão parcial unha, dedo indicador E | 26/7 | -- 19/8 |
| 1254 | -- M.M.F. | -- Ferimento contuso indicador E | 27/7 | -- 1/8 |
| 1247 | -- D.S. | -- Ferimento contuso palma mão D | 27/7 | -- 1/8 |
| 1325 | -- A.B.S. | -- Ferimento contuso médio E | 10/8 | -- 16/8 |
| 1358 | -- E.L.S. | -- Ferimento inciso palma mão D | 16/8 | -- 19/8 |
| 1378 | -- H.P. | -- Ferimento inciso nível articulação metacarpo-falangeana indi- cador E | 18/8 | -- 23/8 |
| 1380 | -- N.S.R. | -- Ferimento contuso indicador E | 17/8 | -- 23/8 |
| 1429 | -- A.S.S. | -- Ferimento contuso com avulsão parcial da unha dedo indicador E | 22/8 | -- 27/9 |
| | | -- Ferimento inciso polegar E | 23/8 | -- 28/8 |
| 1432 | -- J.D.S. | -- Ferimento contuso por esmagamento polegar D | 26/8 | -- 13/9 |
| 1437 | -- M.F.A. | -- Ferimento contuso palma mão D | 25/8 | -- 29/8 |
| 1438 | -- G.G. | -- Ferimento contuso indicador E | | |
| 1456 | -- L.G. | -- Ferimento contuso bordo externo mão E | 30/8 | -- 4/9 |
| 1457 | -- D.C.X. | -- Ferimento contuso anular E | | |
| | | -- Ferimento contuso dorso mão E | 30/8 | -- 4/9 |
| 1459 | -- W.L.S. | -- Ferimento contuso com avulsão da unha polegar D | 30/8 | -- 16/9 |
| 1461 | -- V.P. | -- Ferimento contuso por esmagamento polegar E | 30/8 | -- 6/10 |
| 1462 | -- P.J.C. | -- Ferimento contuso bordo externo mão D | 31/8 | -- 4/9 |
| 1463 | -- A.O.S. | -- Ferimento contuso mão D | 1/9 | -- 4/9 |
| 1476 | -- O.B. | -- Ferimento contuso por esmagamento médio E | 4/9 | -- 23/9 |
| 1562 | -- W.B. | -- Ferimento contuso com perda partes moles polegar E | 12/9 | -- 30/9 |
| 1564 | -- P.M. | -- Ferimento contuso com perda partes moles anular E | 12/9 | -- 7/10 |
| 1603 | -- A.G. | -- Ferimento inciso indicador D | | |
| | | -- Ferimento inciso polegar E | 21/9 | -- 25/9 |
| 1634 | -- M.V. | -- Ferimento inciso polegar E | 22/9 | -- 25/9 |
| 1638 | -- L.S. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal dedos médio e in- dicador EE | 23/9 | -- 26/9 |
| 1654 | -- H.J.M. | -- Ferimento puntório perfurante dedo polegar D | 26/9 | -- 7/10 |
| 1665 | -- L.L. | -- Ferimento contuso em perda partes moles indicador E | 26/9 | -- 13/10 |
| 1684 | -- M.P. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal dedo médio D | 3/10 | -- 13/10 |
| 1692 | -- M.M.F. | -- Ferimento inciso médio E | 4/10 | -- 9/10 |
| 1694 | -- O.V.S. | -- Ferimento contuso com perda partes moles região palmar mão E | 4/10 | -- 14/10 |
| 1707 | -- M.L.S. | -- Ferimento contuso indicador E | 9/10 | -- 12/10 |
| 1754 | -- V.S. | -- Ferimento contuso com avulsão parcial da unha dedo polegar E | 10/10 | -- 21/10 |
| 1749 | -- P.L. | -- Ferimento contuso extenso polegar D | 12/10 | -- 28/10 |
| 1784 | -- M.I.S. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal do polegar D | 18/10 | -- 24/10 |
| 1788 | -- A.M. | -- Ferimento contuso polegar E | 18/10 | -- 28/10 |
| 1789 | -- N.B. | -- Ferimento contuso indicador E | 18/10 | -- 23/10 |
| 1799 | -- D.R. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal mínimo E | 20/10 | -- 21/10 |
| 1800 | -- O.P.D. | -- Ferimento puntório polegar E | 20/10 | -- 24/10 |
| 1804 | -- A.O. | -- Ferimento contuso polegar D | 20/10 | -- 25/10 |
| 1808 | -- I.S.A. | -- Ferimento contuso mão D | 21/10 | -- 4/11 |
| 1817 | -- J.L.S. | -- Ferimento contuso dorso mão E | 23/10 | -- 31/10 |
| 1820 | -- O.F. | -- Ferimento contuso com avulsão parcial da unha dedo indi. D | 24/10 | -- 30/10 |
| 1821 | -- B.S. | -- Ferimento inciso longitudinal, com HEMISECÇÃO do polegar D -- resultado anatomo-funcional ótimo | 24/10 | -- 4/12 |
| 1851 | -- A.V.D. | -- Dois ferimentos contusos polegar D | 30/10 | -- 11/11 |
| 1855 | -- O.M. | -- Ferimento contuso com hematoma sub-ungueal dedo anular E | 31/10 | -- 6/11 |
| 1870 | -- E.O. | -- Ferimento inciso indicador E | 1/11 | -- 10/11 |

| | | | | |
|------|----------|--|---------|------------|
| 1876 | — V.S. | — Ferimento inciso indicador D | — 3/11 | — 6/11 |
| 1877 | — M.O.W. | — Ferimento inciso polegar E | — 3/11 | — 8/11 |
| 1894 | — J.M.S. | — Ferimento contuso com perda de partes moles dedo polegar D. | — 8/11 | — 12/12 |
| 1896 | — G.O. | — Ferimento contuso palma mão E | — 8/11 | — 13/11 |
| 1898 | — M.I.S. | — Ferimento contuso dorso mão E | — 9/11 | — 16/11 |
| 1965 | — A.B. | — Ferimento inciso da mão E | — 13/11 | — 14/11 |
| 1967 | — J.C.N. | — Ferimento inciso tangencial bordo interno mão E | — 13/11 | — 23/11 |
| 1980 | — F.P.S. | — Ferimento perfurante polegar E | — 14/11 | — 18/11 |
| 1997 | — R.F. | ← Ferimento inciso indicador E | — 17/11 | — 20/11 |
| 2008 | — A.A.W. | — Ferimento punctório perfurante anular E | — 20/11 | — 23/11 |
| 2012 | — O.P.O. | — Ferimento punctório indicador E | — 21/11 | — 24/11 |
| 2029 | — L.S.R. | — Ferimento contuso indicador D | — 24/11 | — 27/11 |
| 2070 | — W.F.S. | — Ferimento inciso anular D | — 2/12 | — 4/12 |
| 2130 | — A.F.G. | — Ferimento contuso mínimo D | — 8/12 | — 9/12 |
| 2137 | — A.C. | — Ferimento contuso médio E | — 9/12 | — 16/12 |
| 2154 | — H.A.H. | — Ferimento contuso polegar E | — 11/12 | — 29/12 |
| 2156 | — V.G.D. | — Ferimento contuso com avulsão parcial da unha dedo médio E. | | |
| | | Ferimento contuso com avulsão unha anular E | — 11/12 | — 16/12 |
| 2157 | — J.A.O. | ∇ Ferimento inciso dorso da mão E | — 10/12 | — 26/12 |
| 2158 | — H.R. | — Dois ferimentos contusos indicador D | — 11/12 | — 16/12 |
| 2167 | — M.O. | — Ferimento contuso com avulsão da unha polegar E | — 14/12 | — 30/12 |
| 2182 | — M.O. | — Ferimento contuso palma mão E | — 15/12 | — 30/12 |
| 2236 | — O.S. | — Ferimento contuso dedo médio E | — 27/12 | — 30/12 |
| 2238 | — A.F. | — Ferimento contuso com perda de partes moles face palmar mão D | — 28/12 | — 6/1/1940 |
| 2252 | — D.D. | — Ferimento contuso dorso mão D | — 29/12 | — 2/1/1940 |

N.B. os presentes casos se referem unicamente aos acidentes de Porto Alegre e atendidos no Ambulatório Central da PROTECTORA Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho — à Rua Voluntários da Pátria n.º 68 — 1.º andar.

Estudando estas observações sob o ponto de vista estatístico, podemos colher os seguintes dados:

São ao todo 138 casos de traumatismos da mão e dos dedos, unicamente ferimentos, com total de 157 ferimentos, sendo 122 de dedos e 35 da mão.

MÃO

Em relação à espécie do ferimento e da mão atingida, temos:

| | | | |
|------------------------|-------------------|---------|--|
| Ferimentos incisos | 6 a E | — 1 a D | |
| Ferimentos contusos | 9 a E | — 4 a D | |
| Ferimentos punctórios | 1 a E | — 2 a D | |
| Ferimentos perfurantes | 1 a E | | |
| Fer. cont. esmagamento | 2 a E | — 1 a D | |
| Corpos estranhos | — 1 a D | | 19 ferimentos a E 16 ferimentos a D |

DEDOS

| | | | |
|------------------------------|-------------------|----------|--|
| Ferimentos incisos | 21 a E | — 11 a D | |
| Ferimentos contusos | 24 a E | — 31 a D | |
| Fer. contusos esmagamento | . 2 a E | — 3 a D | |
| Fer. cont. hem. subungueal | . 5 a E | — 2 a D | |
| Ferimentos punctórios | 2 a E | | |
| Corpos estranhos | — 1 a D | | |
| Ferimentos perfurantes | 2 a E | — 1 a D | |
| Fer. cont. avulsão unha | 6 a E | — 3 a D | |
| Fer. cont. avulsão par. unha | . 5 a E | — 3 a D | |
| | | | 67 ferimentos a E 55 ferimentos a D |

Distribuição pelos dedos:

POLEGAR

| | | |
|---|--------|---------|
| Ferimentos incisos | 10 a E | — 3 a D |
| Ferimentos contusos | 6 a E | — 8 a D |
| Fer. cont. esmagamento | 1 a E | — 2 a D |
| Fer. cont. avulsão unha | 1 a E | — 2 a D |
| Fer. cont. avulsão parc. unha | 1 a E | — 2 a D |
| Fer. cont. hem. sub-ungueal | — | 1 a D |
| Ferimento perfurante | 1 a E | — 1 a D |
| Ferimento punctório | 1 a E | — |

21 ferimentos a E
19 ferimentos a D

INDICADOR:

| | | |
|---|-------|---------|
| Ferimentos incisos | 5 a E | — 3 a D |
| Ferimentos contusos | 8 a E | — 4 a D |
| Fer. cont. esmagamento | — | 1 a D |
| Fer. cont. avulsão unha | 1 a E | — |
| Fer. cont. avulsão parc. unha | 2 a E | — 1 a D |
| Fer. cont. hem. sub-ungueal | 1 a E | — |
| Ferimento punctório | 1 a E | — |
| Corpos estranhos | — | 1 a D |

18 ferimentos a E
10 ferimentos a D

MÉDIO:

| | | |
|---------------------------------------|-------|----------|
| Ferimentos incisos | 3 a E | — 10 a D |
| Ferimentos contusos | 5 a E | — |
| Fer. cont. esmagamento | 1 a E | — 1 a D |
| Fer. cont. avulsão unha | 3 a E | — |
| Fer. cont. parcial unha | 1 a E | — 1 a D |
| Fer. cont. hem. sub-ungueal | 2 a E | — |

15 ferimentos a E
12 ferimentos a D

ANULAR:

| | | |
|---|-------|---------|
| Ferimentos incisos | 2 a E | — 4 a D |
| Ferimentos contusos | 4 a E | — 7 a D |
| Fer. cont. avulsão unha | 1 a E | — |
| Fer. cont. avulsão parc. unha | 1 a E | — |
| Fer. cont. hem. sub-ungueal | 1 a E | — |
| Ferimento perfurante | 1 a E | — |

10 ferimentos a E
11 ferimentos a D

MÍNIMO:

| | | |
|---------------------------------------|-------|---------|
| Ferimentos incisos | 1 a E | — 1 a D |
| Ferimentos contusos | 1 a E | — 2 a D |
| Fer. cont. hem. sub-ungueal | 1 a E | — |

3 ferimentos a E
3 ferimentos a D

FERIMENTOS MIXTOS:

Ferimento inciso indicador D e polegar E
 Ferimento inciso polegar E e mão E
 Ferimento inciso anular E e mão E
 Ferimento contuso médio e anular EE com avulsão parcial unha
 Ferimento contuso médio e indicador EE com hematoma sub-ungueal
 Ferimento contuso anular e mão EE
 Ferimento contuso indicador e mão EE
 Ferimento contuso médio e polegar DD
 Ferimento contuso médio e anular DD
 Ferimento contuso médio e mão DD
 Ferimento contuso médio e anular DD (2 casos)
 Ferimento contuso médio e anular EE.

Tambem levantamos uma estatística em relação ao tempo de cura.

Cura até 3 dias — 21 ferimentos.

| | | | |
|-------|--------------------------------|------|------------|
| Mão | — Ferimentos incisos | — 2 | |
| | Ferimentos contusos | — 1 | Total — 3 |
| Dedos | — Ferimentos incisos | — 6 | |
| | Ferimentos contusos | — 10 | |
| | Ferimento perfurante | — 1 | |
| | Ferimento punctório | — 1 | Total — 18 |

Cura de 3 a 6 dias — 55 ferimentos

| | | | |
|-------|-----------------------------------|------|------------|
| Mão | — Ferimentos incisos | — 2 | |
| | Ferimentos contusos | — 11 | |
| | Ferimento punctório | — 2 | |
| | Corpo extranho | — 1 | Total — 16 |
| Dedos | — Ferimentos incisos | — 11 | |
| | Ferimentos contusos | — 20 | |
| | Fer. cont. avulsão unha | — 6 | |
| | Ferimento punctório | — 1 | |
| | Ferimento perfurante | — 1 | |
| | Corpo extranho | — 1 | Total — 40 |

Cura de 6 a 9 dias — 19 ferimentos

| | | | |
|-------|-----------------------------------|------|------------|
| Mão | — Ferimentos incisos | — 5 | Total — 5 |
| Dedos | — Ferimentos incisos | — 3 | |
| | Ferimentos contusos | — 10 | |
| | Fer. cont. avulsão unha | — 1 | Total — 14 |

Cura de 9 a 12 dias — 19 ferimento

| | | | |
|-------|--------------------------------------|-----|------------|
| Mão | — Ferimentos incisos | — 1 | |
| | Ferimentos contusos | — 1 | |
| | Fer. cont. esmagamento | — 2 | |
| | Ferimento perfurante | — 1 | |
| | Ferimento punctório | — 1 | Total — 6 |
| Dedos | — Ferimento inciso | — 5 | |
| | Ferimentos contusos | — 6 | |
| | Fer. cont. avulsão p. unha | — 1 | |
| | Ferimento perfurante | — 1 | Total — 13 |

Cura 12 a 15 dias — 7 ferimentos

| | | |
|--------------------------------------|-----|-----------|
| Mão — Ferimentos incisos | — 1 | |
| Ferimentos incisos | — 2 | Total — 3 |
| Dedos — Ferimentos incisos | — 2 | |
| Ferimentos contusos | — 2 | Total — 4 |

Cura de 15 a 30 dias — 25 ferimentos

| | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| Mão — Ferimentos incisos | — 1 | |
| Fer. cont. esmagamento | — 1 | Total — 2 |
| Dedos — Ferimentos incisos | — 1 | |
| Ferimentos contusos | — 5 | |
| Fer. inciso perdas partes moles | — 3 | |
| Fer. con. perdas partes moles | — 6 | |
| Fer. cont. avulsão unha | — 4 | |
| Fer. cont. esmagamento | — 4 | Total — 23 |

Cura de mais de 30 dias — (Ferimentos especiais)

| | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| Dedos — Fer. inciso com avulsão unha | — 2 | |
| Fer. cont. avulsão unha | — 1 | |
| Fer. cont. avulsão parte unha | — 2 | |
| Fer. cont. perdas p. moles | — 1 | |
| Fer. cont. esmagamento | — 2 | |
| Fer. inc. long. total | — 1 | |
| Fer. cont. e fer. cont. av. unha | — 1 | Total — 10 |

NB.: Na presente estatística entendemos como cura a volta do paciente às suas funções normais. — Nenhum dos casos terminou com incapacidade permanente.

B I B L I O G R A F I A

- 1 — KROEMER — Die verletzte Hand — 1.ª ed. — Viena — 1940.
- 2 — MARC ISELIN — Chirurgie de la main — Paris — Masson & Cia. 1938.
- 3 — ALLEN KANAVAL — Infections of the Hand — Philadelphia — 1935.
- 4 — SECCO EICHENBERG — Tratamento dos ferimentos — sua orientação moderna "Medicina e Cirurgia" Ano II — N.º 1 — T. 2.
 - b) O óleo de fígado de bacalhau, em seu uso em cirurgia "Acta Medica" (Rio) — Vol. 4 — ns. 4 e 5 — 1939.
- 5 — HARMER TORR W. — Injuries of the hand "The American Journal of Surgery" — Vol. 42 — n.º 3 — 1938 — pg. 638.
- 6 e 7 — SECCO EICHENBERG — obras citadas sob n.º 4.
- 8 — SECCO EICHENBERG: O líquido de Payr nos traumatismos, afecções e cirurgia articulares — "Arquivos Brasileiros de Ortopedia e Cirurgia" — Recife — 1939.
- 9 — SECCO EICHENBERG — obras citadas sob n.º 4.
- 10 — SECCO EICHENBERG — Hemostasia e Sutura — Seda ou catgut — "Medicina e Cirurgia" — 1941.
- 11 — SECCO EICHENBERG — Obra citada sob n.º 4.
- 12 e 13 — BOEHLER LONRENZ — Tratamiento de las Fraturas — Labor — Barcelona — tr. espanhola — 1.ª e 2.ª ed.
- 14 — EHALT W. — Tratamiento de las fraturas abiertas de los huesos longos y sus resultados — tr. esp. Labor. — 1940.
- 15 — SECCO EICHENBERG — obras citadas sob n.º 4.

- 16 — ALLEN KANAVAL — Obra citada sob n.º 3. defects of the hand — "Annals of Surgery" — Vol. 107 — n.º 6 — 1938 — pg. 952.
- 17 — MARC ISELIN — Obra citada sob n.º 2.
- 18 — KROEMER — Obra citada sob n.º 1.
- 19 — FIFIELD & CLARKSON — Infections of The Hand — Philadelphia -- 1940.
- 20 — BRJCKEL — Surgery and infections of the hand — Mosby.
- 21 — KOCH SUMMER L. — The Treatment of hand injuries — The New England J. of Medicine — n.º 3 — Vol. 225 — 1941 — pg. 205.
- 22 — M. zu WERTH — Behandlung der Verletzungen und Eiterungen an Finger und Hand 2te. Auflage — J. Springer — 1936 — Berlin.
- 23 — HOLDER H. G. & MACKAY E. M. — The application of carbamide (urea) therapy in wound healing — "Annals of Surgery" — Vol. 110 — n.º 1 — 1939 — pg. 94.
- 24 — BROWN JAMES B. — The repair of surface
- 25 — KOCH SUMMER L. — Obra citada sob n.º 21.
- 26 — KOCH SUMMER L. — The transplantation of skin and subcutaneous tissue to the hand — "Surgery, Gynecology and Obstetrics" — Vol. 72 — n.º 2 — 1941.
- 27 — ECKELBERRY NIEL E. — The relation of trauma of the hand to occupation — "The American Journal of Surgery" — Vol. 41 — 1938 — n.º 1.
- 28 — ECKELBERRY NIEL E. — Obra citada no número anterior.
- 29 — HAMMER TORR W. — Obra citada sob n.º 5.
- 30 — H. WINNET ORR — WOUNDS AND FRACTURES — Charles Thomas — USA — 1941.
- 31 — J. TRUETA — Treatment of war wounds and fractures — Paul Hoebner — 1940.