

**SECCO EICHENBERG**

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica  
da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre:  
catedrático Professor Guerra Blessmann.  
Médico-Chefe da Protectora Companhia de  
Seguros contra Acidentes do Trabalho.

# *Distorções e distensões*

***Separata de 'Medicina e Cirurgia'  
Revista da Diretoria de Saúde Pública  
de Pôrto Alegre  
Ano V - Janeiro à Abril 1943 - N. 1, Tomo 5***



01-04/1943 - MED - CIRURGIA - 'DISTRORÇÕES  
E DISTENSÕES'

LIVRARIA CONTINENTE  
1943

## Distorções e distensões

por **Secco Eichenberg**

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.  
2.<sup>a</sup> ed. de Clínica Cirúrgica-Catedrático  
Prof. Guerra Blessmann.

Médico-Chefe da PROTECTORA — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

Estes dois nomes representam duas classes de lesões, que aparentemente banais, entretanto, com regular frequência, dão origem a tratamentos prolongados e a sequelas renitentes.

Para bem conhecê-las e melhor julgá-las, necessário se torna que tenhamos um conhecimento tão exato quanto possível de sua etio-patogenia, pois unicamente dêste modo, poderemos seguir, de consciência, a terapêutica indicada.

Representam o resultado da ação de determinados traumatismos sôbre alguns dos elementos do aparelho locomotor humano, as distorções sôbre as articulações e a distensões sôbre os músculos, tendões ou ligamentos isolados.

Se localizadas em elementos diversos, têm, no entanto, vários pontos em comum, pelo que resolvemos associá-las em um só trabalho.

Não são só os médicos e cirurgiões que assim pensam, o próprio vulgo, as iguala, demoninando-as vulgarmente de "mau jeito".

Em nosso trabalho, substituímos a palavra entorse, usualmente empregada em nosso meio, leigo ou médico, pela palavra distorsão, a nosso ver mais adequada, pois não representa, como a sua antecessora, um galicismo. (1).

A distorsão, pois, é o estado patológico, secundário a um traumatismo articular, que determina a distensão ou torção repentina

e violenta de certos elementos articulares, a cápsula e os ligamentos.

Se nos parece que à primeira vista a palavra distorção não representa efetivamente o resultado da ação que descrevemos.

Mas si nos lembrarmos do mecanismo das distorções, que se produzem pelo exagêro de um movimento articular ou por uma torcedura da mesma, com a distensão ligamentar em sentido oposto ao dos movimentos habituais, então, concordaremos com o termo, com que mais acertadamente, as antigas entorses veem sendo denominadas ultimamente.

A distensão muscular ou tendinosa, ou mesmo a ligamentar, é provocada por uma ação violenta e brusca exercida sôbre estes elementos, provocando o estiramento de suas fibras ou feixes. Também poderá ser produzida pelo estiramento demorado das mesmas, em consequência dum esforço habitual, mas momentaneamente prolongado.

A balburdia que ainda existe entre ambos os vocábulos tem justificação, até certo ponto, na confusão de suas definições, pois até Candido de Figueiredo denomina também de distensão, a torção violenta dos ligamentos de uma articulação.

Ora, desde que haja uma torção não deveremos mais falar em distensão, pois que admitimos para esta, um movimento brusco ou um estiramento demorado, mas no sentido do eixo normal do músculo, tendão ou ligamento.

Para KEY e CONWELL (2) a distorsão articular é uma sub-luxação temporária, na qual as superfícies articulares voltaram

NB. — Trabalho executado no Ambulatório Central da PROTECTORA — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

## Distorções e distensões

por **Secco Eichenberg**

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica  
da Faculdade de Medicina de Porto Alegre,  
2.<sup>a</sup> ed. de Clínica Cirúrgica-Catedrático  
Prof. Guerra Blessmann.

Médico-Chefe da PROTECTORA — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

Estes dois nomes representam duas classes de lesões, que aparentemente banais, entretanto, com regular frequência, dão origem a tratamentos prolongados e a sequelas renitentes.

Para bem conhecê-las e melhor julgá-las, necessário se torna que tenhamos um conhecimento tão exato quanto possível de sua etio-patogenia, pois unicamente dêste modo, poderemos seguir, de consciência, a terapêutica indicada.

Representam o resultado da ação de determinados traumatismos sobre alguns dos elementos do aparelho locomotor humano, as distorções sobre as articulações e a distensões sobre os músculos, tendões ou ligamentos isolados.

Se localizadas em elementos diversos, têm, no entanto, vários pontos em comum, pelo que resolvemos associá-las em um só trabalho.

Não são só os médicos e cirurgiões que assim pensam, o próprio vulgo, as iguala, demoninando-as vulgarmente de "mau jeito".

Em nosso trabalho, substituímos a palavra entorse, usualmente empregada em nosso meio, leigo ou médico, pela palavra distorsão, a nosso ver mais adequada, pois não representa, como a sua antecessora, um galicismo. (1).

A distorsão, pois, é o estado patológico, secundário a um traumatismo articular, que determina a distensão ou torção repentina

e violenta de certos elementos articulares, a cápsula e os ligamentos.

Se nos parece que à primeira vista a palavra distorção não representa efetivamente o resultado da ação que descrevemos.

Mas si nos lembrarmos do mecanismo das distorções, que se produzem pelo exagêro de um movimento articular ou por uma torcedura da mesma, com a distensão ligamentar em sentido oposto ao dos movimentos habituais, então, concordaremos com o termo, com que mais acertadamente, as antigas entorses veem sendo denominadas ultimamente.

A distensão muscular ou tendinosa, ou mesmo a ligamentar, é provocada por uma ação violenta e brusca exercida sobre estes elementos, provocando o estiramento de suas fibras ou feixes. Também poderá ser produzida pelo estiramento demorado das mesmas, em consequência dum esforço habitual, mas momentaneamente prolongado.

A balburdia que ainda existe entre ambos os vocábulos tem justificação, até certo ponto, na confusão de suas definições, pois até Candido de Figueiredo denomina também de distensão, a torção violenta dos ligamentos de uma articulação.

Ora, desde que haja uma torção não deveremos mais falar em distensão, pois que admitimos para esta, um movimento brusco ou um estiramento demorado, mas no sentido do eixo normal do músculo, tendão ou ligamento.

Para KEY e CONWELL (2) a distorsão articular é uma sub-luxação temporária, na qual as superfícies articulares voltaram

NB. — Trabalho executado no Ambulatório Central da PROTECTORA — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

à suas posições normais e da qual resultou lesão mais ou menos intensa dos ligamentos, tendões e músculos em torno da articulação.

Cremos ser esta definição muito vaga, não definindo com precisão um determinado estado de cousas, mas deixando margem a várias interpretações e permitindo agrupar sob seu rótulo, várias afeições que julgamos deverem ser estudadas e catalogadas à parte.

Assim, a sub-luxação já é alguma cousa a mais que uma simples distorção, é uma luxação incompleta, nela havendo desgarro dos elementos contensores da articulação.

Segundo a definição de Key e Conwell, as roturas capsulares, ligamentares e musculares poderiam ser rotuladas de distorções.

Num caso clínico, onde pela violência, o mecanismo de uma distorção houvesse acarretado alguma cousa a mais, como uma rotura ligamentar, uma hemartrose, pequenos arrancamentos ósseos, no ponto de inserção dos ligamentos, poder-se-ia conceder o uso da denominação distorção, mas não pura e simplesmente, mas sim adicionada da lesão agravante. Diríamos então, distorção com hemartrose, distorção com arrancamento ósseo, etc.

FERGUSON (3) declara que a distensão muscular é produzida por brusca contração ou distensão do músculo, sendo que o ponto de inserção oposto ao onde agiu a força é o mais doloroso, pois representa o ponto de resistência.

Macroscopicamente não existe rotura das fibras musculares.

Segundo FERGUSON, a distensão muscular está para o músculo, como a distorsão está para a articulação, melhor para os elementos contensores da articulação.

Dada a natureza dos mecanismos que as produzem, verifica-se desde logo a maior frequência destas lesões como consequência de acidentes do trabalho, o que não elimina uma boa percentagem de casos em consequência dos acidentes do tráfego, e nos últimos anos em consequência do exercício dos diversos ramos do desporto.

Desta forma, em época normal, de paz, é natural que sua frequência seja maior no sexo masculino, mas na época atual, onde a mulher é chamada a prestar seu serviço ati-

vo, não só no indústria, como também nos serviços auxiliares das forças armadas dos países combatentes, não mais existe esta preferência, ou encontra-se sensivelmente reduzida.

Quanto à idade, naturalmente, a maior frequência se encontra dos 18 aos 45 anos.

Entretanto, principalmente em relação à distensão muscular, não deveremos afastar a possibilidade da lesão, sem a interferência do trabalho, pois ela também pode ser produzida, como vimos, por uma ação de estiramento de intensidade normal, mas prolongada, como poderá ser verificada em uma posição anormal, demoradamente mantida.

Um dos exemplos mais frisantes desta afirmação é o forcícolo, com que o paciente acorda por manter o pescoço em posição forçada durante o sono.

São lesões, que extremamente dolorosas, se acompanham geralmente de incapacidade funcional temporária do paciente, pois o impedem na execução de seu trabalho habitual. Naturalmente, sob este ponto de vista, a incapacidade de uma distorção articular é sempre maior, que a de uma simples distensão muscular, tendinosa ou ligamentar.

Esta diferença persiste também quanto ao tempo necessário para o desaparecimento completo dos distúrbios por elas produzidos, e por conseguinte da reintegração funcional do indivíduo.

Entre as distorções articulares mais frequentes, temos as dos membros inferiores, a do tornozelo e do joelho, por um movimento anormal da articulação, agravado pela descontinuidade da transmissão normal do peso do corpo pelo eixo do membro inferior.

No membros superior, poderemos ter a distorção do punho, muito mais frequente que a do cotovelo e a da articulação escapulo-humeral.

O apóio do corpo sobre a mão espalmada ou fechada, numa queda, o desvio ou torção súbita da mão, a ação de preensão súbita e sem o devido apóio, de um objeto pesado, são motivos razoáveis para uma distorção do punho.

Para a coluna vertebral, temos as distorções lombares, das vertebrae entre si, ou

as distorções sacro-ilíacas, por movimentos de torção brusca do tronco sobre a bacia.

O quanto são frequentes tais ocorrências no trabalho quotidiano, especialmente na indústria pesada, o dizem, com eloquência, as estatísticas de acidentes das instituições de seguro que operam no ramo de acidentes do trabalho.

Qualquer um destes mecanismos apontados e destas lesões anotadas, produzem para o operário uma incapacidade temporária total.

Movimentos bruscos, uns praticados em falso, outros como defesa, outros mais por solicitação externa, produzem o estiramento, a distensão de um músculo, ou grupo de músculos, de um tendão ou de um ligamento.

A distensão dos músculos da pantorrilha, do costureiro e do quadriceps no membro inferior; a do esterno-cleido-mastoideo nos torcicolos; a dos músculos peitorais, do trapezio, dos intercostais, inter- e infra-escapulares no tórax; as dos retos no abdomen; e dos músculos lombares, são os principais exemplos e as mais frequentes distensões musculares, por estiramento brusco.

Estes mesmos músculos, entretanto, poderão distender-se por um estiramento menos intenso, mas mais prolongado.

Assim, frequente é a queixa dum operário, que ao sair de uma posição forçada, que vinha ocupando há algum tempo, referente à dor que sobrevem em determinada parte do corpo, sede dos músculos estirados, dor esta, que se agrava pelo jôgo dos músculos atingidos.

Quantas vezes ouvimos no hospital ou no ambulatório a queixa dum paciente em tratamento, referente a uma nova dor, em determinada parte da musculatura da perna. Este doente, portador de uma lesão do pé, o apoia diferentemente e ao caminhar, exercita e solicita anormalmente o músculo ou grupo de músculos que doem ao movimento.

A volta à estática funcional normal do pé, determina a quasi immediata cessação das dores.

Da mesma maneira que o trabalho, tambem o desporto, a simples função locomotora do corpo, qualquer ação de esfôrço ou

traumatismo direto ou indireto podem condicionar uma distorção ou uma distensão.

LERICHE (4) o genial cirurgião e médico francês, revolucionou o conceito da etiopatogenia das distorções e das distensões, e consequentemente modificou tambem sensivelmente a terapêutica das mesmas.

PAITRE (5), declara que as definições clássicas da distorção estão completamente fora de uso e não correspondem em absoluto ao verdadeiro estado anatomo-patológico desta lesão.

E' partidário da definição de LERICHE, que declara ser a distorção inicial e essencialmente a expressão e consequência do distúrbio funcional causado pelo traumatismo sobre o aparelho tão desenvolvido nos ligamentos articulares.

Aliás, esta definição é que permite explicar o resultado surpreendente da terapêutica de LERICHE, a nova cura das distorções.

As definições ou as concepções etiopatogênicas anteriores a LERICHE incluíam indistintamente nos achados anatomo-patológicos das distorções as roturas e outras lesões anatomicamente definidas dos ligamentos. LERICHE, entretanto, não as admite de um todo, mormente as roturas.

Para este autor, a distorção é uma doença mais do sistema nervoso periférico, e só aparentemente ou localmente articular.

PAITRE acha que na distorção poderemos encontrar desde o estiramento até a ruptura dos ligamentos.

Acreditamos que LERICHE é que está com a razão, entretanto, não julgamos este assunto completamente desvendado, devendo ainda ser pesquisado intensamente, por meio de trabalhos experimentais, com orientação combinada, histo-fisio-patológica.

O que tem dificultado a perfeita compreensão do assunto é a falta, na grande maioria dos casos, do reliquat anatomo-patológico nas distorções e distensões, que permitisse deduzir exatamente a extensão da lesão inicial.

O que se encontra nos casos com sequelas, é um reliquat dependente na generalidade dos casos, mais das complicações e er-

ros de tratamento, que da própria distorção ou distensão em si.

Elas hoje curam completamente, em elevada percentagem, e a teoria de LERICHE se estabeleceu mais na base dos achados histo-anatômicos de tecidos normais (rêde de elementos nervosos) e do resultado do tratamento que lhe leva o nome, e que por seus resultados surpreendentes, veio dar ganho de causa à teoria de LERICHE.

Em diversos trabalhos experimentais, ALBERT (de Liège), LERICHE, DEBEZ, FONTAINE, MILOYEVICH (6) estabeleceram os seguintes princípios:

a) que é nas articulações e ao nível das mesmas, que os ligamentos e tendões reagem mais violentamente.

b) que um traumatismo violento dá lugar a uma hipotensão passageira, e que um traumatismo leve dá uma hipertensão duradoura.

c) que a reação vaso-motora despertada pelo traumatismo se traduz por uma vaso-dilatação com aumento do índice oscilométrico, quasi sempre no início dos acidentes, e sempre na sequência imediata dos mesmos.

d) que a volta ao regime circulatório normal concorda com a recuperação anatômica, que pode ser provocada pela infiltração novocaínica, que corta o reflexo nervoso.

RAUBEN, SAPPEY e RIGAUD (1906) (7), estudaram a histologia dos tendões, ligamentos e outros elementos articulares, comprovando a riqueza dos elementos nervosos a esse nível.

Estudando as dores musculares, BELLIAN (8) afirma que o uso exagerado da função de um músculo, ou dum conjunto de músculos, com ou sem seus tendões, pode em determinados movimentos provocar dores, chamadas por BELLIAN de dores ocupacionais.

Estas dores também podem ser provocadas quando de um movimento anormal, brusco e violento, distendendo as fibras musculares ou tendinosas. São os nossos tão conhecidos e frequentes "maus gestos", provenientes de movimentos ou ações musculares rápidos e intempestivos.

A intensidade destas dores depende de fatores diversos, como: a) do estímulo, isto

é, da intensidade da ação, força ou traumatismo que a desencadeou; b) sensibilidade do paciente, cujo valor ainda estudaremos mais detalhadamente e cuja importância encareceremos, principalmente no capítulo da infelizmente do trabalho:

e) aumento da irritabilidade dos centros nervosos, por fatores outros extrínsecos à ação desencadeante da dor, mas que pelo estado especial de receptividade que imprimem aos centros nervosos, aumentam a intensidade da dor desencadeada pelo traumatismo; d) irritabilidade maior de certos nervos, que condutores centrípetos da excitação, a multiplicam no percurso; e) extensão e número de fibras nervosas envolvidas, tornando a intensidade da dor proporcional ao número dos elementos nervosos dos tecidos que foram sede do traumatismo.

Se bem que conhecido já há mais tempo, o sistema sensitivo nervoso nas articulações, a existência deste era ignorado nos músculos. Foram SHERRINGTON e HEAD (9) que o estudaram e descreveram.

Desta maneira fica ampliada para as distensões musculares a teoria de LERICHE relativa às distorções, sob ponto de vista da etio-patogenia. Igual aplicação tinha já para as distensões tendinosas e ligamentares.

RIGAUD (10), que desde 1906, tem-se dedicado a estes estudos, classifica as expansões nervosas articulares, que fazem parte da inervação dos elementos articulares, da seguinte forma:

- a) corpúsculos paniciformes
- b) corpúsculos de Rufini
- c) expansões livres.

Segundo LERICHE e ARNOLD (11), já RAUBER, em 1865, havia descrito esta rede nervosa.

BEST e TAYLOR (12) apresentam para os músculos uma relação um pouco diversa, em relação aos elementos nervosos aí encontrados:

- a) fusos musculares
  - 1 — terminações anulo-espirais
- b) Corpúsculos de Golgi
- c) Corpúsculos de Pacini
- d) terminações nervosas livres.

POLICARD (13) declara que é uma reação vaso-motora que domina o quadro anatomo-patológico dos traumatismos fechados. Esta reação vasomotora sempre se dá, qualquer que seja o estímulo, cuja intensidade regula a duração da mesma.

Para POLICARD, os traumatismos produzem um desequilíbrio vaso-motor: primeiro vaso-constricção e depois vaso-dilatação. A primeira é de duração mais curta e as vezes escapa à observação, mas a segunda é mais duradoura.

A vaso-dilatação e consequente hiperemia e edema é que condicionam a dor das distorções e distensões, contusões, etc.

Idênticas considerações são, pelo mesmo autor, expendidas em trabalho anterior, feito em colaboração com LERICHE (14).

Os músculos estão, pois, patologicamente, sob o controle das ações nervosas e vasomotoras. Nas distorções musculares, são as zonas ao nível das inserções sede das dores mais intensas. Esta localização é explicada pela razão de ser aí o sistema nervoso muscular mais rico em elementos sensitivos, que na intimidade das fibras musculares (corpo do músculo).

Os traumatismos articulares fechados, e entre eles naturalmente as distorções, tem sua hiperemia e edema em consequência da vaso-dilatação secundária, que segundo POLICARD dura em média de 8 a 10 dias, sem deixar traços.

Esta própria hiperemia que explica os sintomas das distorções, a dor, o edema, a hidrartrose, é que finalmente vem condicionar a cura.

Para LERICHE e ARNULF (15) a dor nas distorções é a consequência reflexa do traumatismo, e especialmente o resultado da distorção do aparelho nervoso existente nos ligamentos articulares. Esta explicação igualmente se comprova na dor das distensões musculares, onde idêntico é o mecanismo etio-patogênico.

LERICHE (16) ao tratar das algias post-traumáticas, explica do seguinte modo o ciclo da dor: o traumatismo inicial age sobre os elementos nervosos tissulares, no nosso caso, os ligamentos, tendões e músculos, e destes parte uma excitação, que ao nível

dos centros nervosos se reflete sobre os sistema vaso-motor. A perturbação vaso-motora, então despertada, é a própria causa dos fenômenos dolorosos.

Perguntamos, juntamente com LERICHE, si para a percepção da dor, necessária se torna a atividade do simpático, ou sob ponto de vista da perturbação vaso-motora, a vaso-constricção? LERICHE acredita que sim e é nesta hipótese que baseou sua terapêutica pela novocainização.

Já vimos que o traumatismo, tanto na distorção como na distensão, produz uma vaso-constricção inicial, seguida de uma vaso-dilatação duradoura.

Segundo LERICHE, estes distúrbios vaso-motores, seriam secundários, e segundo as experiências e os estudos de DUBREUIL (7) poderiam alterar a atmosfera vascular que envolve os corpúsculos nervosos, agindo assim desfavoravelmente sobre as terminações nervosas.

Desta ação partiria a percepção dolorosa, que trazendo um verdadeiro círculo vicioso, manteria os distúrbios vaso-motores, explicando-se, deste modo, ao lado da dor, os outros sintomas, edema, derrames articulares, impotência funcional, etc.

No entanto, o próprio LERICHE, partidário da explicação acima, também lembra um segundo modo de interpretar os fatos, enunciado em 1932 por LEWIS (18).

Para este autor, a dor é criada pela modificação do meio interior local em seguida a uma mudança do regimen circulatório, com o aparecimento de uma substância química de ação local ou geral, uma das chamadas substâncias II, segundo os estudos de DAETZ, HABERLANT e ZONDECK.

O fato é que numa ou noutra das hipóteses, o processo tende a uma vaso-dilatação mais duradoura, cuja hiperemia leva à reabsorção do líquido exsudado, dos detritos tissulares, das substâncias nocivas, afastando deste modo a espinha irritativa que mantém o processo doloroso.

Naturalmente que esta ação da vaso-dilatação depende, em seu resultado final, da intensidade e violência do traumatismo, e das reações e lesões diretas por ele provocadas.

médico-cirúrgica da patologia da dor, nos afirma em sua magistral obra: "Tudo na dor é subjetivo". Estudando as dificuldades da análise da dor, declarou, dirigindo-se aos médicos: "Vós não vereis nada. Vós não sentireis nada. Porque, nada na dor é acessível aos vossos sentidos."

Estas duas afirmações são o penhor da dificuldade ante a qual se encontrará um médico, para julgar de uma incapacidade funcional alegada, a base unicamente de uma sintomatologia dolorosa, alegada pelo paciente.

O médico, especialista em medicina ou cirurgia do trabalho, melhor em traumatologia do trabalho, que tem por função precípua promover a recondução funcional completa do acidentado, também tem o dever de evitar ou alertar a instituição de possível fraude, que uma compreensão injusta dos benefícios sociais que recebe, lhe procure mover o operário menos digno.

Igualmente o médico legista, chamado judicialmente a opinar, em litígio ou verificação de acidente, deverá resolver imparcialmente, não deixando que um sentimento mal colocado, de caridade falsa, permita uma decisão que, não condizendo com o verdadeiro caso clínico, venha se traduzir numa injustiça à instituição a cujo cargo esteja o tratamento dos acidentados.

Si é verdade, que deverá ser sua preocupação, que o verdadeiro acidentado receba tratamento e indenização devidos, de quem por elas seja responsável, também não é menos verdade que deverá evitar que os falsos acidentados, maus operários e piores cidadãos, sob o manto da justiça, venham usufruir benefícios a que não têm direito, e que indiretamente representam um sério prejuízo em relação aos seus companheiros de trabalho.

Eis, pois, a grave responsabilidade dos médicos ante os casos de acidentes, quer sejam de caráter privado, quer dependam do trabalho, bem como a não menor responsabilidade dos médico-legistas, para decidir com inteira justiça e acerto, em casos cuja sintomatologia é simplesmente subjetiva, logo facilmente a seu bel prazer, por indivíduos menos escrupulosos.

Por estas razões, é que o estudo destes assuntos, como o de nosso atual trabalho, sempre mantém capital importância, afim de que os facultativos, que duma maneira ou outra tenham de lidar com os mesmos, estejam aparelhados a decidir com JUSTIÇA.

Infelizmente, para estes médicos, ainda não possuímos hoje com que aferir a intensidade ou veracidade da dor alegada pelo paciente ou acidentado.

Em nossa experiência com os acidentados do trabalho, para honra do operariado porto-alegrense, os casos de simulação não são tão frequentes, como à primeira vista seria possível supôr. No entanto, temos apreciado e presenciado casos, onde obscuros operários representam com maestria o papel do inválido, aliando à facies demonstrativa da dor intensa toda a gama da impotência da região preteusamente atingida ou ainda lesada.

Sómente cuidadoso exame, pesquisas várias, interrogatórios psicologicamente conduzidos, e, muitas vezes, paciência em alta dose, conseguem resolver estes difíceis e complicados casos.

No caso concreto das distorções e distensões, o exame radiológico tem capital importância, pois sua negatividade, isto é, a demonstração da normalidade dos ossos e da articulação constitui poderoso elemento de julgamento.

Como provar cientificamente que a dor alegada não é verdadeira? Si existe simulação, o paciente, ainda hoje, única indicação direta da dor, não tem, lógico, interesse em se desmascarar, representando a "comédia" tanto quanto lhe é possível.

Com frequência, pelo exame cuidadoso e detido, podem ser realizados **sem dor** atos que, si verdadeira a queixa do paciente, teriam de ser incontestavelmente dolorosos. outras vezes, um interrogatório intencionalmente bem conduzido, pode fazer com que o simulador venha cair em contradição, realizando repentinamente, **sem dor**, um movimento que anteriormente taxava de extremamente doloroso, ou impossível de realizar, e isto, unicamente, por havê-lo deixado entrever que esta mudança de atitude, viria reforçar a sua queixa.

LANG (22), médico do Instituto Suíço de Acidentes do Trabalho, reuniu numa monografia o seu aprendizado e o de seus colegas suíços, referente à simulação em infartimística do trabalho. É uma obra recomendável aos traumatologistas do trabalho e aos médicos legistas, dado o adiantamento das instituições suíças de assistência social.

Nas perturbações articulares alegadas post-distorções, lembra mandar executar o mesmo movimento, repetidamente em intervalos diferentes, na simulação sempre existirá diferença na amplitude dos mesmo. Ou então, mandar executar estes movimentos ao mesmo tempo em ambas articulações homólogas; em caso de simulação, o paciente terminará esquecendo qual o lado doente e se trairá. Ordenar a repetição do movimento, sob comando, repentinamente o movimento será possível.

Para as dores, a anamnese cuidadosa, é de grande valor, pois quasi sempre fornecerá ao médico base para a verificação da simulação. Pesquisa de base em lesão orgânica. Exame neurológico. Pesquisa de movimentos que teriam de aumentar a dor si ela verdadeiramente existisse.

No terreno da terapêutica das distorções e das distensões, não podemos deixar de registrar o marco separatório de duas épocas, erigido por LERICHE.

Quem estuda a terapêutica destas duas lesões, tem de forçosamente admitir a existência destes dois períodos, o anterior e o posterior à concepção dada por LERICHE.

Quando nos iniciamos no terreno da cirurgia, em período ante-Leriche, deparamos com a imobilização obrigatória das articulações distorcidas. Esta imobilização, às vezes, segundo certos autores, era preconizada em aparelhos gessados, mas quasi sempre obtida com aparelhos de esparadrapo.

Imobilização esta, durante duas ou mais semanas, e que sempre era seguida, após a retirada do aparelho contensor, dum fenómeno vaso-motor, já nosso conhecido, o edema, e ainda de um empêro articular apreciável.

Outros autores preconizavam a fisioterapia, ou sob forma de massagens, ou de

aplicações de calor sêco ou úmido, com ou sem imobilização relativa.

Localmente, eram aconselhados os linimentos, a iontoforese e a galvanoterapia, mais posteriormente a diatermia e as ondas curtas, cujos resultados nunca foram convincentes.

Todos estes elementos constituíam os meios terapêuticos a nosso alcance, e que no entanto, por assim dizer, não abreviavam o período de cura espontânea de uma distorção.

Para as distensões musculares, tínhamos o tratamento local pelos linimentos, as cataplasmas, o calor, associado ao uso de sedativos por via oral.

Diante da concepção revolucionária dada por LERICHE à etiopatogenia das distorções, demonstrando a ação sobre os corpúsculos e elementos nervosos da cápsula e dos ligamentos, e respectivamente também dos tendões e dos músculos, e ensaiando neste campo o emprêgo da novocainização, para cortar o círculo vicioso formado, e favorecer o aparecimento mais precoce de condições locais destinadas a fazer desaparecer as lesões existentes, estabeleceu-se uma transformação radical do tratamento das distorções.

A novocainização das distorções, preconizada por LERICHE e hoje universalmente aceita, ainda é a base incontestada do tratamento actual das distorções e das distensões.

Sua aplicação, eliminando precocemente o elemento dor, apressa, pela redução do ciclo dos fenómenos locais, a cura do paciente. Eliminando a dor, desaparece também a impotência funcional, permitindo os movimentos normais da articulação ou do músculo, com que desaparecem as consequências malfélicas da imobilidade.

Substitúe-se dêste modo, a imobilidade forçada, pelo repouso inicial, de 24 horas, ou mesmo menos, que se aconselha dar à articulação ou ao músculo lesado, repouso inicial êste, que favorece a reabsorção das substâncias extravasadas, do edema, auxiliando assim, o processo da regeneração dos tecidos.

Esta nova orientação afasta a possibilidade da instalação de um processo inflamatório colateral, que, à base do traumatismo, se

instalava, auxiliado pela imobilidade excessiva dos aparelhos contensores.

Desde logo iniciamos no serviço hospitalar e na clínica particular a terapêutica proposta por LERICHE, colhendo imediatamente os melhores resultados.

Ao assumirmos o serviço médico duma companhia de seguros que opera em ramo de acidentes do trabalho, e em cujo ambulatório é quasi diária a apresentação ou duma distorção ou duma distensão, desde logo orientamos a terapêutica destas lesões, pelos conselhos de LERICHE, introduzindo como terapêutica habitual a novocainização das distorções e distensões.

Os resultados foram sempre brilhantes e ainda o continuam. Raros são os casos que levam mais de 4 a 6 dias de tratamento para as distorções e de 2 a 3 dias para as distensões. Temos sempre aconselhado nas primeiras 24 horas um repouso relativo.

Para as articulações do membro inferior, sempre empregamos o apóio articular por meio duma atadura elástica, passada ao nível da articulação distorcida, sem constricção; para o membro superior, esta atadura ou o uso duma tipoia nas primeiras 24 horas. Nas distorções sacro-ilíacas, mandamos sempre colocar, nas 24 a 48 primeiras horas, um aparelho contensor de esparadrapo, que dá ao paciente uma maior firmeza, e o resguarda contra possível agravo, por meio de um movimento brusco ou queda.

Usamos a solução de novocaina patente a um por cento, sem adrenalina, pois as soluções com adrenalina ou suprarrenina têm o defeito de produzirem uma ação irritante, uma reação dolorosa, em consequência da vaso-constricção que produzem, e que é o ponto de partida duma nova irritação.

Em alguns casos, usamos também a solução de neotutocaina a um por mil, sem adrenalina, e a Thiodacaina, com bons resultados.

A técnica de injeção é muito simples, pois em nada difere dos cuidados gerais duma infiltração anestésica. Usamos de 10 a 20 cc. por infiltração, atingindo o elemento lesado, ligamento, músculo ou tendão. Às vezes também infiltramos o elemento antagonista. Nas distensões a formação duma

série de botões intra-dérmicos, dá ótimos resultados. Conhecendo, pois, anatomia, e feito o diagnóstico preciso, nenhuma dificuldade existe na novocainização.

Também temos usado em alguns casos a histamina, em forma de seus vários produtos officinais, com apreciável resultado, principalmente nos casos renitentes. Bons resultados também apresenta a histamina, nos casos de simulação, pois raros são os simuladores, que resistem a uma série de botões intra-dérmicos de histamina.

Per os, temos auxiliado a medicação acima, com a administração ponderada de um sedativo, obtendo os melhores resultados ou com o sedalmerck ou com a fórmula do antigo preparado Gelonida anti-neurálgica:

Fosfato de codeína	—	0,01
Aspirina	—	ãã
Fenacetina	—	0,25
para uma cápsula	—	3 a 4 por dia

Os elementos terreno, reumatismo ou sífilis devem ser levados em conta, pois podem facilitar a cronicidade de uma das lesões apontadas. Daí, si presentes, a necessidade de medidas terapêuticas acessórias, condicentes a eliminá-los.

Em casos crônicos, ou nos quaes existe a possibilidade da instalação dum processo inflamatório colateral; aconselhamos os banhos quentes, de 15 a 30 minutos, seguidos preferentemente de ginástica, quando houver empêro articular.

Nos casos de processo inflamatório colateral instalado, estes banhos deverão ser mais frequentes, e deveremos lançar mão, ao lado da novocainização ou de medicação simpática, da proteino-terapia inespecífica, em doses crescentes (23).

As massagens violentas, a imobilização forçada, a diatermia, as ondas curtas, a galvanoterapia são elementos que deverião ser afastados da terapêutica das distorções ou das distensões, sob pena de estabelecerem condições locais para a cronicidade da lesão.

Como fisio-terapia podemos indicar, dados seus bons resultados, as irradiações pelos raios infra-vermelhos (de 20 a 30 minutos por sessão), seguida de imediato por uma irradiação de raios ultravioletas (2 a 5 minu-

tos), pois esta associação tem o poder de determinar a libertação de histamina na zona irradiada. As sessões podem ser diárias e tem um efeito surpreendente sobre a dor.

Nas distensões, a terapêutica, quase sempre se resume à novocainização, que é soberana neste terreno. Entretanto, valem para estas as mesmas considerações gerais da terapêutica das distorções.

Sob o ponto de vista do piquismo, um sedativo suave ou um linimento podem ser de bom conselho, sem no entanto contribuírem em muito no resultado da terapêutica anteriormente aplicada.

O repouso do músculo, tendão ou ligamento, nas primeiras 24 horas, é de grande proveito, apressando a reabsorção do edema. Não se justifica a massagem precoce.

BERARD (24) em trabalho publicado na França, em 1939, afirma que o processo de LERICHE, constitui o melhor tratamento das distorções e atribui os insucessos havidos, às seguintes causas de erro:

a) Indicação mal feita, especialmente quando existe erro de diagnóstico, e a lesão representa mais que uma simples distorção.

b) Técnica defeituosa, ou por infiltração fóra da zona lesada, ou por deficiência de infiltração quanto à extensão a ser infiltrada, ou por emprêgo de soluções inadequadas, especialmente com a adição de cloridrato de adrenalina.

c) Maus cuidados posteriores, devido à falta necessária de repouso, massagem precoce, número exagerado de infiltrações, bandagens apertadas, etc.

Neste trabalho, baseado no estudo de volumosa literatura, afirma no final, que não existe processo terapêutico mais fácil e que dê melhor resultado.

TRÉVES (25), estudando algumas centenas de novocainizações por êle observadas, declara haver encontrado, às vezes, alguns casos que deram lugar a verificação de maus resultados. Pela seqüência das conclusões, apresentadas no citado trabalho, verifica-se que os casos por êle estudados não eram sistematicamente de indicação absoluta da novocainização. Não são só distorções e distensões. São traumatismos articulares mais

graves, hemartroses, sub-luxações, mesmo fraturas intra-articulares.

Naturalmente que nestes últimos casos, a novocainização não apresenta, como não pôde apresentar, sosinha, um resultado cem per cento. TRÉVES também afirma que muitos pacientes não cooperaram no tratamento, sem entretanto especificar em que consistia esta falta de cooperação.

BRUNN (26) ao estudar as complicações tardias das distorções, especialmente da articularização tíbio-társica, sob a forma da irridação das bainhas dos tendões dos peroneiros, declara que a infiltração precoce destes tendões evita o estado crônico, que fatalmente se estabelecerá.

LERICHE (27) declara que no seu serviço em Estrasburgo, geralmente bastava uma única infiltração do ligamento atingido, raramente sendo necessária uma segunda ao nível do ligamento oposto.

Êste cirurgião, já em 1930, chamava a atenção para o valor diagnóstico da infiltração novocaínica, das distorções.

FROEHLICH (28) usa a novocaína, até nas fraturas intra-articulares, sem imobilização. Corachan Garcia e Alsina (29) são ainda partidários do processo de BOEHLER, imobilização articular com tratamento funcional do membro correspondente.

BOEHLER (30), na última edição de sua obra, ainda continúa partidário da imobilização, até em aparelho gessado, falando, no entanto, que nos casos mais dolorosos, se faz necessário "anestésiar com novocaína local os pontos mais dolorosos", antes de imobilizar a articulação. Combate a mecanoterapia e a cinesiterapia precoces, bem como outros processos de fisioterapia, mecânicos ou elétricos.

LUCENA (31) apresenta terapêutica antiga, repouso, hidro, termo, cinesi- e mecanoterapia, isto é, afóra o repouso, toda a gama de medidas condenadas por BOEHLER e não recomendadas por LERICHE.

ARNULF (32) também é partidário da infiltração intra-ligamentar, 10 a 20 cc por ligamento. Não imobiliza.

FERGUSON (33) em sua cirurgia do paciente ambulatório, indica, tanto para as

distorções, como para as distensões, as infiltrações novocaínicas.

PAITRE (34) também é partidário do método de LERICHE, entretanto, divide a terapêutica das distorções em três capítulos:

- a) métodos ortopédicos  
imobilização ou mobilização (esportivos).
- b) métodos fisio-terápicos  
calor e eletricidade.
- c) métodos biológicos  
infiltração novocaínica.

WASSERMANN (35) é partidário da imobilização por meio da aplicação dum aparelho contensor formado de atadura elástica gomada. Diz que evita a hemorragia e a inflamação, oferecendo suporte, e evita a atrofia. Que ofereça suporte é ótimo, uma

boa bandagem elástica também é suficiente e eficiente; que evite a atrofia, se compreende, pois permite a mobilidade do membro correspondente, mas a primeira afirmação é vaga e não se enquadra nas distorções.

#### OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

O presente trabalho foi executado no Ambulatório Central, em Pôrto Alegre, da PROTECTORA — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho, baseado nos casos de distorções e distensões, tratados durante os anos de 1937 a 1941, e que se encontram condensados no quadro anexo, e registrados nos respectivos livros de Registo de Acidentados da mesma Companhia.

O quadro anexo, se nos parece, dispensa maiores comentários.

#### DISTORÇÕES

Localização	N.º total						Incapacidade temporária	
		1937	1938	1939	1940	1941	N.º dias	Média
SACRO-ILÍACA	73	4	20	15	9	25	3 a 12	8
ESCÁPULO-UMERAL	19	—	9	2	4	4	4 a 6	5
COTOVELO	3	—	1	—	1	1	2 a 4	3
PUNHO	31	—	1	2	11	17	3 a 6	4
JOELHO	15	—	1	—	7	7	6 a 10	8
TÍBIO-TÁRSICA	16	—	6	—	2	8	5 a 9	7
SACRO-COCCÍGEA	1	—	—	1	—	—	3	3

#### DISTENSÕES (músculos)

	N.º total						MÉDIA GERAL: 2 a 6 dias — média 4
	1937	1938	1939	1940	1941		
ESTERNO-CLEIDO-MASTOIDEO	—	—	10	4	14	16	
GRANDE PEITORAL	—	—	3	9	2	4	
DELTOIDE	—	—	1	—	1	—	
BICEPS	—	—	1	1	—	—	
M. Inter e Infra escapular	—	—	9	—	7	1	
MÚSCULOS LOMBARES	—	—	4	—	—	4	
COSTUREIRO	—	—	2	1	—	1	
MÚSCULOS PANTORRILHA	—	—	2	—	2	—	

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — FIGUEREDO, CANDIDO — Novo dicionário da Língua Portuguesa — 3.ª ed.
- 2 — KEY, J. A. & CONWELL, H. E. — The management of Fractures, Dislocations and Sprains — 1937 — 2nd. edition — Mosby — USA.
- 3 — FERGUSON, L. K. — Surgery of the Ambulatory Patient — 1942 — Lippincott — USA.
- 4 — LERICHE, R. & POLICARD, A. — Physiologie Pathologique Chirurgicale — 1930 — Masson — França.

- 5 — PAITRE, F. — Entorses et leurs sequelles en général — Cap. V — Tome I — pag. 568 — in *Traité de Chirurgie Orthopedique* par L. Ombredanne et P. Mathieu.
- 6 — PAITRE, F. — Obra citada sob n.º 5.
- 7 — PAITRE, F. — Idem.
- 8 — BEHAN, R. J. — Pain — 1922 — USA.
- 9 e 10 — BEHAN, R. J. — Idem.
- 11 — LERICHE, R. & ARNULF, G. — Treatment of Sprains by interligamentary injection of novocaine — *The American Journal of Surgery* — 1936 — V. 32 — N.º 1.
- 12 — BEST, C. H. & TAYLOR, N. B. — As bases fisiológicas da Prática Médica — trad. para o português — A Casa do Livro Ltda. — Rio — 1942.
- 13 — POLICARD, A. — Physiologie générale des articulations a l'état normal e pathologique — 1936 — Masson — Paris.
- 14 — LERICHE, R. & POLICARD, A. — Obra citada sob n.º 4.
- 15 — LERICHE, R. & ARNULF, G. — Obra citada sob n.º 11.
- 16 — LERICHE, R. — La Chirurgie de la Douleur — 1937 — Masson — França.
- 17 — LERICHE, R. — Obra citada sob número anterior.
- 18 — LERICHE, R. — Idem.
- 19 — SECCO EICHENBERG — Traumatismos da mão — Complicações dos ferimentos da mão e dos dedos — *Medicina e Cirurgia* — Revista da Dir. da Saúde Pública de Porto Alegre — Ano IV — n.º 2 — Tomo 4.
- 20 — PAITRE, F. — Obra citada sob n.º 8.
- 21 — LERICHE, R. — Obra citada sob n.º 16.
- 22 — LANG, F. — Die Simulation in der Unfallmedizin — 1937 — Berna-Suissa.
- 23 — SECCO EICHENBERG — Trabalho citado sob n.º 19.
- 24 — BERARD, E. — Quelques precisions á propos des infiltrations anesthésiantes dans les entorses — *Compte-rendus de la Société des Chirugiens de Paris* — *Presse Médicale* — 1939 — n.º 73.
- 25 — TREVES, A. — La novocainisation dans les entorses — *Compte rendus de la Société des Chirugiens de Paris* — *Presse Médicale* — 1939 — n.º 78.
- 26 — BRUNN, D. — Sur une complication rare de l'entorse tibio-tarsienne: le traumatisme de la gaine des peroniers lateraux et son traitement par les infiltrations anesthésiantes — *Presse Médicale* — 1939 n.º 77.
- 27 — LERICHE, R. & ARNULF, G. — Trabalho citado sob n.º 11.
- 28 — FROELICH, F. — Les infiltrations anesthésiantes dans les entorses — *Presse Médicale* 1936 — n.º 44.
- 29 — GARCIA, M. C. & ALSINA, F. D. — Clinica y terapeutica quirúrgicas de urgencia — 1937 — Labor — Espanha.
- 30 — BOEHLER, L. — Técnica del Tratamiento de las Fracturas — trad. espanhola — 3.ª ed. — Labor — B. Ayres.
- 31 — LUCENA, G. — Tratado de Traumatologia clínica — trad. espanhola — 1933 — Labor — Barcelona.
- 32 — LERICHE, R. & ARNULF, G. — Trabalho citado sob n.º 11.
- 33 — FERGUSON, L. K. — Obra citada sob n.º 3.
- 34 — PAITRE, F. — Trabalho citado sob n.º 5.
- 35 — WASSERMANN, F. — Distorções e luxações — e ataduras elásticas gomadas — res. da revista *Medicina e Cirurgia* — P. Alegre — Ano I — n.º 2 — 1939 — Tirado do *El Dia Medico* — n.º 34 de 1939.