

Traumatismos da face

Considerações em torno dum caso

por

SECCO EICHENBERG

Médico Chefe da PROTETORA, Cia. de Seguros
contra Acidentes do Trabalho.

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Fa-
culdade de Medicina de Porto Alegre.



A 941 - SINDIC. PERIÓDICO - 'TRAUMATISMOS
DA FACE'

Typographia Gundlach
Porto Alegre
1941

Traumatismos da face

Considerações em torno de um caso

por *Secco Eichenberg*

Médico Chefe da PROTETORA, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho
Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre

A tarde do dia 9 de Fevereiro de 1939, fomos avisados que havia sido recolhido ao Hospital São Francisco desta Capital um acidentado da Protetora, Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho. Na sala de curativos da 2.^a classe de homens, do mencionado hospital, encontramos o acidentado:

F. G. L., 38 anos, branco, casado, operário, residente nesta Capital e natural da Alemanha, cujo processo recebeu a referência n.º 133-1939.

O paciente estava sentado num banco, conciente e queixando-se relativamente de poucas dores. Pela simples inspeção, depreendia-se ser a face a séde principal do traumatismo por êle sofrido, ante os vários ferimentos e as diversas deformidades que apresentava ao nível da mesma.

Interrogado, respondeu-nos com certa dificuldade na articulação da palavra, fato explicável posteriormente pelo exame da cavidade bucal.

Informou que, naquela tarde, quando seguia da firma, na qual desenvolve sua atividade, para o Caes do Porto, numa carroça fundo de carga, sentado junto ao carroceiro, foi jogado ao solo em consequência a um movimento brusco da carroça, provocado pelo condutor para evitar uma provável colisão.

Foi jogado ao solo e tendo caído de costas, com a face voltada para cima, a roda trazeira direita da carroça, que ia pesadamente carregada, passou sôbre a face do acidentado, no sentido transversal.

Ficou atordoado, não perdendo de toda a consciência, sendo em seguida removido para a Assistência Pública, onde se limitaram a fazer a desinfecção externa dos ferimentos faciais, a sutura de um ferimento contuso da região frontal a D e a aplicar uma ampôla de soro antitetânico, aliás conforme o boletim de serviço expedido.

Removido pela própria Assistência Pública para o Hospital São Francisco, esperava para ser atendido definitivamente.

O paciente nos declarou que as dores, no momento, eram perfeitamente toleráveis, tendo no entanto dificuldade para falar, pois sentia a boca muito lisadã, bem como dificuldade na movimentação do maxilar inferior.

Com relação ao passado mórbido pessoal e familiar, nenhum dado de interesse encontramos, que pudesse relacionar-se ou influir no caso presente.

Tratava-se dum operário, de serviço braçal, de constituição robusta e que sempre gozara plena saúde.

Pela curta anamnese, pudemos desde logo assegurar que as lesões principais de nosso paciente estavam sediadas no segmento cefálico, especialmente a face.

À inspeção verificamos na face o seguinte:

1. — Ferimento contuso no dorso do nariz, orientado no sentido transversal, na metade superior, com secção completa de todas as camadas de tecido, inclusive a mucosa nasal.

2. — Ferimento contuso em ambas as

azas do nariz, com dilaceramento dos tecidos, inclusive da mucosa nasal.

3. — Ferimento contuso irregular orientado igualmente em sentido transversal, ao nível da região malar D.

4. — Ferimento contuso, de bordas relativamente regulares em sentido transversal, na região mentoneana.

A exploração destes ferimentos nos permitiu verificar que em três deles havia comprometimento do esqueleto ósseo, colocado imediatamente abaixo deles, assim:

1. — no ferimento do dorso do nariz, situação sobre os ossos próprios do nariz, havia o comprometimento destes últimos, com fratura dos mesmos, deformidade da região, mobilidade anormal dos fragmentos e crepitação. — Além disso era possível observar fragmentos ósseos ao nível do foco do ferimento.

2. — a exploração do ferimento da região malar, demonstrou a existência de solução de continuidade na superfície óssea subjacente.

3. — na região mentoneana tivemos a oportunidade de observar o mesmo.

Estes sinais, aliados a outros posteriormente pesquisados e encontrados, nos permitiram determinar a existência das seguintes lesões do esqueleto ósseo facial:

1. — Fratura exposta dos ossos próprios do nariz, perfeitamente caracterizada pelos sinais antes descritos.

2. — Fratura exposta do malar D, com edema, dor localizada e crepitação. O exame da cavidade bucal, não só veio confirmar esta fratura, como também demonstrou que a extensão da lesão sofrida era muito maior.

3. — Fratura completa e exposta do maxilar inferior ao nível do meio do arco mentoneano. A exploração do ferimento contuso a este nível, já havia permitido a afirmação de tal diagnóstico. — O movimento anormal, crepitação e a disparidade de altura das duas metades laterais da arcada dentária inferior, bem como a imperfeita articulação das arcadas dentárias, confirmavam o diagnóstico já estabelecido.

O exame mais minucioso da cavidade bucal nos permitiu verificar e completar a verdadeira extensão das lesões faciais.

Procedendo ao exame da cavidade bucal, com o auxílio de afastadores, nos foi possível, em primeiro lugar, confirmar o que já havíamos exposto com referência à fratura mentoneana do maxilar inferior.

Entretanto mais lesada que a arcada dentária inferior, estavam a superior e a abobada palatina. — Esta última apresentava extensa rotura na parte mediana, mais acentuada na sua parte anterior, mas se estendendo a quasi todo o palato mole. — Outra linha de rotura partia na abobada palatina, dum ponto correspondente à união do malar D com o maxilar superior do mesmo lado, indo de encontro a linha de rotura mediana.

Malar e maxilar superior DD estavam fraturados e luxados, e a extrema mobilidade anormal, que era possível imprimir aos segmentos da arcada dentária superior D a eles correspondentes, demonstrava a extensão da lesão e que os mesmos segmentos unicamente se mantinham unidos pelos tecidos moles.

O simples movimento necessário para articular uma palavra imprimia movimento nítido aos segmentos acima mencionados.

Acrecentava-se, pois ao quadro traumático já bastante extenso, mais a fratura exposta do maxilar superior D com rotura dupla do palato.

Ante a violência do traumatismo, tanto demonstrado pela extensão da fratura dos ossos próprios do nariz, como pelas lesões verificadas na cavidade bucal, mantivemos nossa suspeita duma lesão do esfenóide, osso de relativa fragilidade e que ante o magnânimo com que agira a força contundente, muito provavelmente poderia ter sido atingido.

As radiografias não esclareceram este ponto, mas a suspeita tinha base para ser mantida e entrou plenamente em nossas cogitações ao orientarmos a terapêutica a empregar, em face das possíveis complicações que com relativa facilidade podem decorrer duma fratura do esfenóide.

FORTER Jr. (1) chama a atenção para as possíveis lesões do etmoide nas fraturas dos ossos do nariz e por sua localização como osso craneano, seus seios e sua relação com as meninges, facilmente poderá dar lugar,

em caso de infecção, a um processo meningítico.

Estas eram pois as lesões traumáticas faciais apresentadas pelo nosso paciente.

Já na parte craneana do segmento cefálico, mas em zona próxima à face, fomos encontrar nova lesão. — Na região frontal a D, sobre o seio frontal, havia um ferimento contuso, acompanhando o contorno dos supercílios, a mais ou menos um dedo transverso para cima. A extensão deste ferimento era de cinco centímetros.

O mesmo se encontrava com as bordas aproximadas por três pontos de seda, após prévia regularização. — O exame mais cuidadoso deste ferimento, determinou que êle comunicava com a cavidade do seio frontal D, através duma solução de continuidade da parede anterior do mesmo seio.

Encontravamos pois, deante duma fratura exposta do frontal a D ao nível do seio frontal D com exposição do mesmo.

Na região temporo-parietal D existia um ferimento contuso, no sentido horizontal, com cerca de quatro centímetros no maior eixo, interessando unicamente o couro cabeludo.

Afóra estas lesões maiores e mais graves, apresentava nosso paciente, naturalmente em consequência da queda sofrida, mais:

- a Contusão do joelho D
- b Contusão do cotovelo D
- c Contusão do ombro E.

Entretanto estas contusões, bem como acentuado número de escoriações disseminadas pelo corpo, não representavam maior transtorno para o paciente.

No boletim da Assistência Pública, estava consignado choque traumático, entretanto êste, apesar da extensão dos traumatismos faciais, deveria ter sido de intensidade leve, pois quando vimos o paciente, já não apresentava sinais do mesmo.

Após 24 horas apresentou leve estado de irritação conjuntival do globo ocular D, reação esta que cedeu prontamente ao tratamento instituído.

Estado geral ótimo.

As radiografias, tiradas 48 horas após o acidente e que a seguir reproduzimos, revelaram as seguintes lesões ósseas:

1. Fratura dos ossos próprios do nariz, mais acentuadamente a D.
2. Fratura do maxilar inferior ao nível do mento.
3. Fratura do frontal a D.
4. Fratura do malar e maxilar superior DD.

As chapas radiograficas foram batidas 48 horas após, não só para procurar documentar radiologicamente as fraturas encontradas, mas também para excluir a possibilidade dum comprometimento da abobada ou da base do crâneo. — Com bastante facilidade fraturas tanto da abobada como da base passam aparentemente despercebidas, sem sintomatologia clínica aparente. As fissuras são o melhor exemplo.

Havendo as fraturas, que foram determinadas clinicamente, sido confirmadas pelas radiografias e como nenhuma outra fratura tenha sido revelada, procurando manter o paciente em máximo repouso, nos abstivemos de recorrer a novas radiografias.

Negativo foi o resultado do exame procedido pelo oftalmologista da Companhia, que fora solicitado a verificar a possibilidade duma complicação oftalmológica.

RESUMINDO, temos pois, no presente caso, um paciente que sofreu numerosas lesões faciais em consequência a violento traumatismo, lesões que voltamos a assinalar em conjunto:

1. -- Ferimento contuso do dorso do nariz com fratura exposta dos ossos próprios do nariz.
2. — Ferimento contuso por dilaceramento das azas do nariz.
3. -- Ferimento contuso da região mentoneana, com fratura exposta e completa do maxilar inferior ao nível do mento.
4. — Ferimento contuso da região malar D com fratura exposta do malar D.
5. — Fratura exposta do maxilar superior D com ruptura da abobada palatina.
6. — Ferimento contuso da região frontal D, nível do seio frontal, com fratura exposta do frontal e exposição do seio frontal D.

7. — Ferimento contuso da região temporo-parietal a D, interessando somente o couro cabeludo.
8. — Contusão do joelho D.
9. — Contusão do cotovelo D.
10. — Contusão do ombro D.
11. — Escoriações disseminadas.

Examinado que fora o paciente e determinada a extensão das lesões que sofrera em consequência do acidente de que fôra vítima, nos deparavamos ante o problema da terapêutica a instituir no caso em apreço.

Complexo se tornava o problema quanto às lesões faciais e craneanas, não somente tomando em consideração o tratamento local e geral imediato, mas principalmente procurando prevenir as possíveis complicações decorrentes dos traumatismos craneo-faciais, inclusive o resultado final estético-funcional.

Como já se depreendia do exame procedido no paciente, o estado geral em si não nos preocupava diretamente e de imediato.

Paciente em estado de plena consciência, sem sinais de comprometimento traumático, locomovia-se com relativa facilidade, assumindo posição ativa no leito.

Ante este quadro era o tratamento local que se impunha como imediato e mais premente, necessário se fazia o tratamento dos diversos ferimentos contusos e das fraturas expostas.

Segundo os preceitos que expusemos em nosso trabalho sobre o tratamento dos ferimentos (2), procedemos segundo a orientação de v. BERGMANN - LEXER, resecação e sutura primária dos ferimentos.

Feita a resecação das bordas, sob anestesia local, pela neotutocaina a um por mil, a síntese dos ferimentos foi feita, em face das condições favoráveis que os mesmos apresentavam, por meio de agrafes, sendo colocado um agrafe nos ferimentos ao nível do mento, na região frontal e no nariz, e dois no ferimento da região temporo-parietal. — Anteriormente fora feita a embrocção de todos os ferimentos com ou sem fraturas expostas subjacentes, bem como das escoriações, com Líquido de Payr.

O ferimento da região malar e os das azas do nariz, após regularização, foram perfeitamente curados pelos curativos apostos.

Quanto à fratura dos ossos próprios do nariz, após redução manual, colocamos um curativo contensor e imobilizador, com a aplicação lateral de dois rolos de gaze, mantidos por esparadrapo.

Em relação à fratura exposta do seio frontal D, mantivemos a aproximação feita pela Assistência Pública, fazendo a instilação de Líquido de Payr, através das bordas aproximadas do ferimento.

Quanto às fraturas dos maxilares, inferior e superior, esta última complicada com a fratura exposta do malar e o dilaceramento da abobada palatina, resolvemos não intervir de imediato.

A tanto nos levou o desejo de procedermos com o máximo cuidado, evitando novos traumatismos, caso tentássemos a osteosinte dessas fraturas.

O aparelho gessado articulado de Boehler (3), se pudesse resolver o caso da fratura do maxilar inferior, deixaria sem solução terapêutica a do maxila superior. — Ora como no caso presente, era de máxima importância o restabelecimento da articulação de ambas as arcadas dentárias, deformada pelas fraturas dos maxilares, julgamos que somente um aparelho ortodôntico poderia resolver satisfatoriamente o caso clínico presente.

Resolvemos pois chamar em conferência um cirurgião dentista.

Isto posto, nos limitamos a uma assepsia da cavidade bucal, embrocção das soluções de continuidade com uma mistura de Líquido de Payr e duma solução de mercurio cromo.

Preventivamente, ainda ordenamos, sob ponto de vista local, a instilação de argirol a 5% em ambas os olhos e a lavagem da boca com água oxigenada em partes iguais com água fervida.

Foi determinada a administração de uma ampôla de 10 cc. de Clauden, uma de 5 cc. de solução de Prontosil Rubrum e de uma ampôla de 5 cc. de solução de urotropina a 40%, esta por via endovenosa.

Esta última julgamos de máximo interesse, visto que tanto a fratura exposta dos ossos próprios do nariz, como a do maxilar superior, pelas possíveis soluções de continuidade profundas, poderiam conduzir a for-

mação de uma via de acesso do meio exterior às meninges.

Si em traumatismos menos violentos, tal hipótese deve ser encarada, quanto mais no caso presente. — A solução de urotropina a 40%, por via endovenosa, tem uma ação antisséptica por excelência sobre as meninges.

Temos observado com frequência, no serviço da 8.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, os ótimos efeitos deste terapêutico, nos traumatismos de crânio, quando da instalação de processos infecciosos post-traumáticos.

E' de se aconselhar seu emprêgo preventivo nas fraturas de crânio, tanto da abobada como da base, como também nos traumatismos craneanos sem solução de continuidade do arcabouço ósseo.

No dia seguinte, 10 de Fevereiro de 1941, o paciente continuava com ótimo estado geral, havendo passado relativamente bem a noite

O Prof. ANTONIO VERISSIMO procedeu nesta data à colocação de um aparelho ortodôntico em ambas as arcadas dentárias, após redução das fraturas do malar, do maxilar superior e do inferior. — Constatou este aparelho da ligadura dos dentes, ao nível do colo, com o fio de aço inoxidável, manobra relativamente fácil, visto o traumatismo não haver abalado os dentes implantados junto ao fóco das fraturas.

Por êsse meio, não sómente foi conseguida a contensão das fraturas reduzidas, mas também a boa articulação das arcadas dentárias.

Dos dias 11 de Fevereiro a 21 do mesmo mês, foi mantida em linhas gerais a medicação já exposta, acrescida da administração de início diário de 500 cc. de sôro glicosado. Neste período de tempo o paciente apresentou uma evolução clínica satisfatória, apesar de algumas elevações de temperatura a 38°5 nos dias 14 e 15 de Fevereiro, mas logo debeladas.

Os ferimentos cicatrizaram, á exceção do situado na região frontal a D, por primeira intenção, sem o menor sinal de infecção.

A 22 de Fevereiro foram suspensas as injeções e passamos a administrar unicamente

te 4 comprimidos diários de Prontosil ao paciente.

Pela manhã do dia 24 de Fevereiro, apresentou o paciente edema das palpebras DD. O exame da região frontal a D demonstrou sensibilidade exagerada e forte edema. Elevação na curva térmica.

Ante êstes sinais, concluímos por um processo inflamatório agudo sediado profundamente e subjacente ao ferimento mencionado. Tal achado nos preocupou sobretudo em face da fratura do frontal a êste nível. — Com uma tentacanalula, agindo sobre o ponto mais flutuante da cicatriz, demos saída a uma coleção sero-purulenta.

Considerando ser êste o único ferimento no qual se instalára um processo inflamatório e assim mesmo 12 dias após o acidente, resolvemos desbridá-lo convenientemente, para podermos explorar o seio frontal subjacente.

Qual não foi nossa admiração quando na ponta da pinça que havíamos introduzido através do trajeto fistuloso alargado, retiramos uma mexa de gaze. — Êste verdadeiro corpo estranho devia ter sido aí "esquecido" por quem o havia atendido na Assistência Pública, pois não constava do boletim da mesma, nem havíamos nós tamponado ou drenado o seio frontal D.

Após a retirada do "corpo estranho", causa da reação inflamatória que se processara ao nível do seio frontal D, injetamos, através do trajeto fistuloso, uma mistura de 1 cc. de solução de mercurio cromo e de 1 cc. de Líquido de Payr. — No dia seguinte cedera apreciavelmente o edema palpebral, a temperatura voltara a normalizar-se, sendo que a secreção sero-purulenta diminuira sensivelmente. — Continuamos a injetar, como na vespera, a mistura de mercurio cromo e Líquido de Payr.

Do dia 26 de Fevereiro a 7 de Março, o paciente locomoveu-se sem restrições, sempre bem disposto, voltando a alimentar-se normalmente, visto haverem cicatrizado completamente as dilacerações da abobada palatina e as soluções de continuidade das mucosas da cavidade bucal.

A 8 de Março de 1939 teve alta do hospital, conservando unicamente os aparelhos

ortodônticos, que foram retirados a 18 dos mesmos mês e ano. Durante êste espaço de tempo, semanalmente os aparelhos ortodônticos eram revisados pelo Prof. Antonio Veríssimo.

Finalmente a 15 de Abril de 1939, tinha alta definitiva, voltando ao exercício pleno de suas funções sem nenhuma incapacidade permanente.

Pela exposição que acabamos de transcrever, poder-se-á verificar, ainda que seja um único caso, ao par de uma extensão apreciável do dano causado pelo traumatismo, uma evolução de caso clínico que poderá de justiça ser classificada de benigna, sem maiores complicações e com um resultado anatomo-funcional dos mais satisfatórios.

As fotografias que se seguem, tiradas mais de um ano após a alta definitiva do paciente, o demonstram cabalmente.

No presente caso clínico tivemos a oportu-

nidade de verificar a exatidão de certos preceitos já por nós expostos, e relativos ao tratamento dos ferimentos em geral: o emprego local do Líquido de Payr e a resecação e sutura primária do ferimento.

Igualmente ressalta o valor preventivo da solução de urotropina a 40%.

O severo traumatismo sofrido, assestado sôbre a face do paciente, com consequente fratura exposta dos óssos próprios do nariz, do malar D, do maxilar superior D com dilaceramento extenso da abobada palatina, condicionava um terreno mais favorável para uma das complicações mais graves destes casos, a *infecção das meninges*.

O tratamento local imediato adequado e o tratamento geral preventivo garantiram o feliz êxito deste caso clínico.

Desejamos ainda tecer algumas considerações de ordem geral em torno dos traumatismos faciais ou cranio-faciais, pois com fre-



Figura n.º 1 — Radiografia do crâneo
Podemos observar nitidamente a fratura dos óssos próprios do nariz, do frontal e do maxilar inferior. Observamos ainda mais os agrafoes bem como o aparelho ortodôntico do maxilar superior.

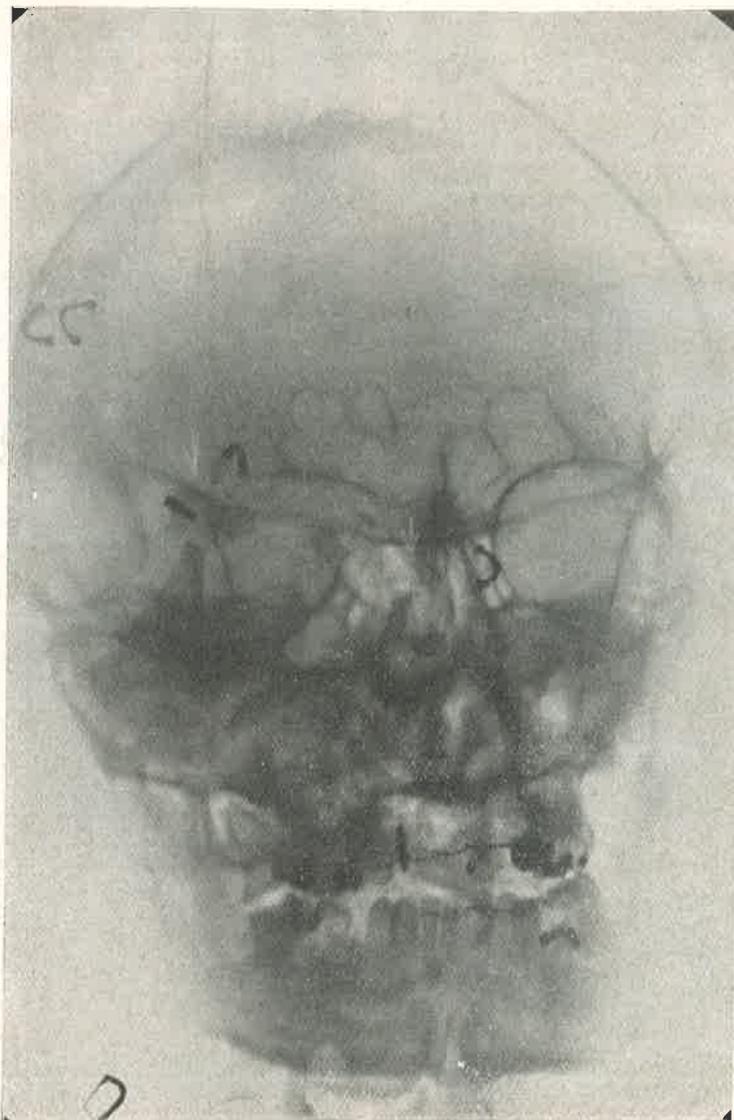


Figura n.º 2 — Radiografia do crânio — vista lateral

quência o traumatismo sofrido fica sediado em zonas limitrofes. — Essas considerações serão explanadas tanto sob ponto de vista da sintomatologia, como da terapêutica, estudando também os traumatismos faciais sob o ponto de vista médico-legal, que nos interessa sobretudo nos casos de acidentes do trabalho.

Nos traumatismos faciais, conforme a intensidade do agente traumatizante, de acordo com a forma e o modo de ação do mesmo,

e finalmente em relação à zona atingida, poderemos em linhas gerais ter as lesões das partes moles e as do esqueleto ósseo facial, sendo que estas últimas também podem ser encontradas associadas às primeiras.

CORACHAN GARCIA e ALSINA DOMENECHI assim classificam as lesões provenientes dos traumatismos faciais:

- a) lesões das partes moles que não afe-

tam o esqueleto nem as cavidades naturais.

- b) lesões das partes moles com lesão das mucosas.
- c) fraturas fechadas.
- d) fraturas expostas.

No caso das lesões das partes moles, teremos os ferimentos incisos, os contusos, por

deve tender a conseguir um resultado anômico tão perfeito quanto possível, nesses traumatismos ambos resultados, o anômico e o funcional se equivalem.

A deficiência do resultado anômico, com as deformidades e cicatrizes vieiosas, que alteram profundamente a estética facial, não só torna traumatizado desagradável à visão,

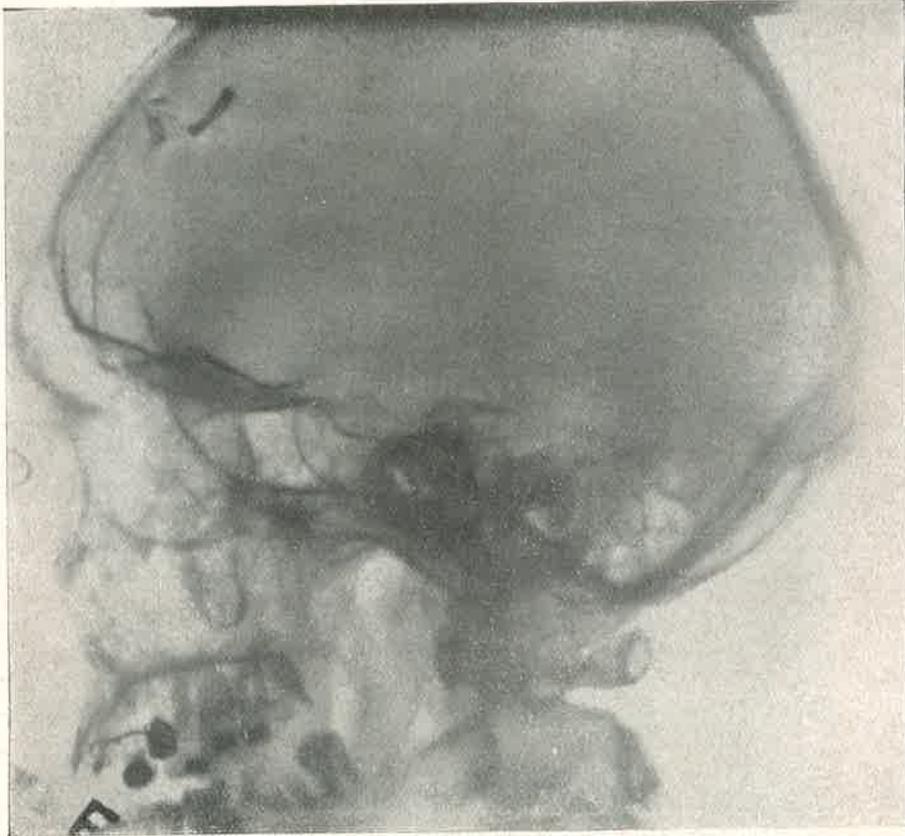


Fig. 3

arrancamento, etc., na hipótese das lesões ósseas, as fraturas fechadas e no caso da associação de ambos os tipos gerais de lesões, as fraturas expostas.

No geral, nos traumatismos graves, encontra-se realizada a terceira hipótese, pois a situação superficial dos ossos do arcabouço facial, a falta de revestimento muscular, facilitam as fraturas expostas.

Nos traumatismos faciais o tratamento

como pôde desenvolver no mesmo um complexo de inferioridade.

As deformidades estéticas faciais tem efeito altamente deprimente sobre a grande maioria das pessoas.

STRAITH (1) expende este ponto de vista e julga que deve ser o primeiro fim a atingir, o de evitar as cicatrizes vieiosas, com que o primeiro curativo deve ser cuidadoso.

É de se cuidar, neste ponto, com muita atenção, dos queloides, que facilmente se desenvolvem sobre as cicatrizes de ferimentos faciais em pessoas expostas a tais deformidades.

Não queremos no âmbito deste trabalho fazer um relato detalhado dos sintomas e da terapêutica dos ferimentos e das fraturas, mesmo em sua relação especial com a face. Nos-

pana sódico, nas crianças (intramuscular).

Reforçando o valôr do primeiro curativo, BLAIR, BROWN e BYARS (7) declaram que afóra o traumatismo de órgãos vitais e de suas coberturas essenciais, o resultado final dum traumatismo nunca depende tanto do primeiro curativo precoce, como no caso dos traumatismos faciais.

Ainda que os tecidos moles da face sejam



Fig. 4 — Radiografias do maxilar inferior. — Nota-se nitidamente o traço de fratura

sa intensão é outra, é dum relato muito mas sucinto, apontado unicamente alguns pontos capitais e práticos.

BROWN (5-5) aconselha a resecção dos ferimentos faciais, que devem ser atendidos nas primeiras 20 horas, antes da instalação do edema. Sutura a seda fina 000, usando-se pequenos tampões sobre o ferimento.

A anestesia, tanto no tratamento dos ferimentos como das fraturas, deve ser a local, na opinião de BROWN, com o emprego de prenarcoótico. Afasta de todo o emprego da anestesia geral inalatória, permitindo unicamente a anestesia geral pelo oevi-

mais resistentes à infecção e cicatrizem com maior facilidade, em face da maior irrigação vascular, os seios faciais, as criptas mucosas, os poros cutâneos e o tecido paradental serem de depósito de bacterias, que até tardiamente pôdem tornar-se potenciais.

Êstes autcres aconselham também a sutura primária, aplicando no curativo fragmentos de esponja sobre o ferimento suturado.

STRAITH (8) aconselha que a sutura seja aplicada sem tensão, afim de evitar as cicatrizes deformantes. Quando a aproximação das bordas do ferimento exsistado por di-

fácil, dever-se-á localizar internamente a sutura aproximativa, em caso que não pudermos evitar a tensão na sutura. Desse modo a sutura cutânea poderá ser executada sem tensão. O material cirúrgico e o fio devem ser delicados. Para este autor agrafes e catgut não tem lugar na cirurgia facial.

Usa (9) o fio de crina e o ponto em oito, o que na sua opinião evita a tensão. Emprega também quando necessário o transplante isolado e mediato.

Em relação às complicações infecciosas dos ferimentos, a face apresenta zonas especiais, onde o risco de infecção é maior que em outras. São as chamadas "zonas perigosas" e são representadas pelos dois triângulos que vão da comissura labial à base do nariz.

MAES (10-11) cita, como causas de tal diferenciação, a pele fina destas zonas, exposta mais facilmente aos traumatismos e que em 90% dos casos são aumentados pelo paciente ou pelo próprio médico, ou ainda por ambos. A comunicação da rede vascular periférica com a circulação do interior do crâneo, o pouco tecido conjuntivo local que normalmente serve de barreira à infecção, o movimento dos lábios que impede a localização da infecção, são causas que fazem temidas as infecções localizadas nestas zonas, em consequência de ferimentos aí sediados.

Serve como meio de ligação entre a rede periférica e o seio cavernoso, a veia ângular. Foi proposta a ligadura desta veia como meio curativo. ZERBINI (12), em São Paulo, declara que a ligadura da veia ângular sómente pode ter valôr profilático.

GOLDHAHN (13) é partidário da sutura primária e chama a atenção para a possível lesão do nervo facial e dos canais salivares nos traumatismos faciais.

Nos casos de secção de tecidos na ponta do nariz e do pavilhão auricular, aconselha a tentativa de sutura. Chama a atenção para a formação de queloides, que segundo a opinião de VOLKMANN podem ser evitados pela radioterapia. Seria o caso do emprego preventivo deste meio, nos traumatismos faciais em pessoas onde a formação de queloides seja familiar (individualmente ou hereditariamente).

Nas complicações inflamatórias dos ferimentos é conservador.

AUGUSTO PAULINO (14) no capítulo das "Afeções cirúrgicas da face" — dedica nove linhas aos traumatismos dos lábios e das bochechas, que nada apresentam de especial, senão a hemorragia relativamente considerável e possibilidade de propagação da infecção para o interior do crâneo.

BARSKY (15), sob ponto de vista da plástica, classifica os traumatismos faciais em:

- a) os passíveis de reposição dos tecidos lacerados, e
- b) os em que a natureza e a extensão impedem que se possa dar novamente aos tecidos a posição normal.

BORCHARD e v. SCHMIEDEN (16) são também partidários da sutura primária dos ferimentos faciais, que êles encaram especialmente sob o ponto de vista dos ferimentos de guerra. Revisão, excisão tanto quanto possível, cuidadosa hemostasia e sutura do ferimento, sem drenagem

LASHER (17), autor de interessante obra sobre cirurgia industrial, dá a máxima importância aos ferimentos e traumatismos faciais. Usa a sutura primária, não aprova a sutura intradérmica e não drena, suturando a pela a crina.

Julga da maior importância nos traumatismos faciais a fotografia, para fins de controle, pelo que aconselha sempre conseguir uma fotografia anterior ao acidente e recente. Toda vez que vai intervir na face, fotografa previamente o paciente.

Julgamos que LASHER tem toda a razão nesse sentido, principalmente sob ponto de vista médico-legal, e especialmente nos acidentes do trabalho.

Do mesmo modo aconselhamos a radiografia de controle, mesmo que não seja necessária clinicamente ou que tenhamos a certeza de não existir fratura ou lesão ósteo-articular.

Em casos onde tenham surgido dificuldades por parte do acidentado ou de alguém por êle, a radiografia é um documento, que firma o estado anatômico ósteo-articular no momento. Podemos impedir deste modo reclamações baseadas em meios menos dignos.



FIGUARA N.º 5

Fotografia tirada de frente, um ano após a alta definitiva.



FIGURAS NS. 6 e 7

Fotografias tiradas lateralmente, um ano após a alta definitiva.

THOREK (18), estudando as complicações dos ferimentos faciais, cita a importância das lesões dos ramos do nervo facial e do trigemio, principalmente nas incisões requeridas pelos processos inflamatórios que podem suceder aos traumatismos faciais. Quando da instalação destes, somente incisa após a verificação da flutuação nítida, sendo anteriormente, conservador.

LUCENA (19), ao tratar das contusões faciais, contraindica o uso da água vegetomineral, especialmente em derredor da região orbitária, aconselhando compressas de água fria ou gelada. O acetato de chumbo da água vegeto-mineral provoca lesões da córnea. Em contraposição a LASHER é contrário ao emprego de agrafes, quer de Michel ou de v. Herff, sendo partidário da sutura intra-dêrmica com fio de seda fina.

STICH e MAKKAS (20) dão grande importância à cuidadosa hemotasia no tratamento dos traumatismos faciais, pois as hemorragias secundárias, encontrando a saída ao exterior vedada pela sutura, dão lugar à formação de hematomas ou infartos hemorrágicos com conseqüente necrose.

CORACHAN GARCIA e ALSINA DOMENECH (21) julgam que o período no qual é indicada a resecção e sutura primária do ferimento, nos traumatismos faciais, em vista da grande vascularização dos tecidos e da pequena camada macular, que reduz sensivelmente a probabilidade da gangrena gássa, poderá ser dilatado de 6 para 24 horas.

Tem-nos sido possível dilatar tal prazo clássico de 6 horas, com resultados plenamente satisfatórios, observando a associação da resecção e sutura primária do ferimento à embrocção prévia do ferimento com Líquido de Payr (22).

NORDMANN (23) faz a resecção das bordas do ferimento, de modo a que fiquem distanciados de 1 cm. Coloca os pontos o mais aproximados das bordas, para que a marca dos mesmos fique posteriormente confundida com a linha da cicatriz. Usa fio metálico, retirando os pontos 4 a 5 dias após. Nos ferimentos com comunicação com a cavidade bucal, inicia a reconstituição dos planos, pela sutura da mucosa bucal, seguida da sutura

das restantes camadas de tecidos, passando alguns fios finos na totalidade destes últimos.

LEXER (24) notável cirurgião plástico alemão afirma que em plastica, especialmente na plastica facial, a orientação deve ser individual, tanto em relação ao operdor como ao caso concreto.

Igualmente afirma que a concepção de resultado final diverge conforme o cirurgião, pelo que um julga final o resultado, que para o outro é unicamente inicial. Devemos sempre nos lembrar destas afirmações de LEXER ao atendermos um caso de traumatismo facial, pois sabemos que é do primeiro curativo feito, que depende, muitas vezes, todo o resultado dum caso.

O cirurgião prático quando não estiver afeito a estas questões de plastica e que tiver oportunidade, não deve deixar de convocar o auxilio de coléga especialista, como devem ser especialistas chamados a atender a parte odontológica, oftalmológica, neurológica, etc., desses casos.

Como anestesia, LEXER indica a local e em relação a anestesia geral, que contraindica sumariamente, faz unicamente exceção quanto à avertina, adicionada de sulfato de magnésio, segundo o processo de MARTIN.

Quando deformidade ou vício decorrem do tratamento instituído, IVY (25) aconselha que o reparo facial secundário somente seja tentado após completa estabilização da cicatriz, tanto em relação a sua organização, como em relação à possibilidade de infecção latente. Este prazo deve no mínimo ser de 6 meses.

Aconselhamos nesse particular executar uma manobra prévia, que permitirá reconhecermos do estado de infecção latente. Usamo-la com frequência, sempre com bons resultados. Trata-se do malaxamento da região sede da cicatriz, diariamente, com a observação da curva térmica, curva da velocidade de sedimentação das hemácias e da temperatura e coloração cutânea locais. Elevação ou aumento destes elementos são a demonstração patente da existência in lóco de infecção latente.

DUFOURMENTEL e FUNCK BRETANO (26) estudando na Presse Médicale

os cuidados de urgência nos ferimentos faciais, atribuem o futuro estético e funcional dos traumatismos da face aos cuidados que lhes são administrados de urgência.

Como julguem que nos ferimentos faciais a infecção é relativamente inocua, não sacrificam tecidos moles ou fragmentos ósseos necessários ao sucesso estético e funcional. Nas fraturas expostas não usam a ósteosinte, pois os fragmentos após redução serão mantidos por curativos ou aparelhos.

Como complicações graves citam as hemorragias secundárias, muitas vezes fatais, quando dependem da lingual, facial ou da maxilar inferior. Nestes casos impõe-se a ligadura da carotida externa ou da lingual na sua origem. Em relação às perturbações respiratórias, aconselham evitar a traqueotomia, bastando manter a língua estirada, pinçando-a por meio dum fio de seda através da ponta.

A alimentação, quando houver dificuldade de deglutição, nos grandes traumatismos faciais, poderá ser realizada pela sonda nasal. Gastrostomia é inútil.

Aconselham evitar o curativo externo, principalmente nos grandes ferimentos com extensas dilacerações.

O uso local do óleo de fígado de bacalhau, segundo LOEHR (27), é plenamente indicado nos extensos ferimentos faciais ou nos múltiplos ferimentos com perda de substância, onde a plástica se torna extremamente difícil.

Tivemos ocasião de confirmar repetidas vezes esta observação de Loehr (28).

BAILEY (29) na reseção do ferimento fácil poupa mais a pele que os tecidos subjacentes. O material de sutura deve ser delicado e julga de utilidade os agrafes de v. HERFF. Aconselha cuidadosa toilette bucal, desde que o ferimento atinja direta ou indiretamente esta cavidade.

Nestes casos costumamos fazer o paciente bochechar diversas vezes por dias, especialmente após a ingestão de alimentos com uma mistura de água oxigenada e água fervida, em partes iguais. Quando o paciente não pode bochechar, fazemos a irrigação da cavidade bucal com a mesma solução.

CHIARI (30) declara que nos ferimentos dos lábios, mesmo que não exista solução

de continuidade externa, nem ferimento perforante, entretanto sempre existe uma solução de continuidade da mucosa por compressão desta contra os dentes. Deste modo sempre devemos examinar a mucosa labial, bem como toda a cavidade bucal.

O descuido de tal medida, principalmente em indivíduos que não primam pelos cuidados de higiene bucal, poderá dar lugar à instalação de processos inflamatórios, às vezes bastante graves, entretanto sempre incomodos.

Nos ferimentos sediados próximos aos seios CHIARI aconselha cuidadosa revisão primária do ferimento, pois poderá haver comunicação com o seio vizinho, que assim fica exposto e sujeito á infecção. Para CHIARI seio aberto é seio drenado, mas não através do ferimento.

Antes de praticar a sutura, CHIARI manda o paciente executar movimentos faciais ativos, afim de exteriorisar possível lesão nervosa.

RUPPE (31) quanto á terapêutica dos ferimentos faciais é partidário da sutura primária, ou do enxerto, que poderá conforme as circunstâncias, ser imediato ou tardio. Nas complicações inflamatórias, nas infecções dos ferimentos contusos, mesmo quando exalam cheiro fétido, não julga o prognóstico grave, a não ser em relação às zonas perigosas. A linfangite facial é rara, em consequência á intensa vascularização do terreno. E' mais frequente, observar adenites a distância, que supuram.

LECENE e LERICHE (32) praticam a reseção e sutura primária. Julgam que a sutura intradérmica além de ser mais difícil, não dá resultado tão satisfatórios quanto alguns pontos isolados bem situados. Com relação a hemostasia, no geral tratando-se de ferimentos incisos, salvo vasos importantes tenham sido atingidos, a própria sutura é o suficiente. Nos ferimentos contusos a hemostasia deve ser mais cuidadosa, havendo a necessidade de pesquisar os vasos, pois estes com as extremidades rompidas trombosadas, não sangram no momento da revisão do ferimento, mas podem dar posteriormente hemorragias secundárias.

LINDEMANN (33) em interessante monografia apreciou o desenvolvimento do tratamento dos traumatismos da face. — Assim declara que antes da guerra mundial de 1914-1918 a terapêutica estava pouco desenvolvida, principalmente pelo reduzido número de casos. A cópia de material proporcionado pela guerra mundial de 1914-1918, trouxe resultados mais favoráveis.

Terminada aquela hecatombe a industrialização sempre crescente dos países, o desenvolvimento e aceleração do tráfego com conseqüente maior número de acidentes, proporcionaram cada vez maior número de casos clínicos, com conseqüentemente aperfeiçoamento dos processos de tratamento.

LINDEMANN preconiza a lavagem dos ferimentos, especialmente dos contusos, empregando soluções salinas aquecidas, água oxigenada, rivanol, surfen.

Nos permitimos chamar a atenção contra o emprego da água oxigenada neste campo de ação, pois poderá ser mais prejudicial que favorável, visto a expansão gásea poder levar para a intimidade dos tecidos partículas estranhas, partículas microbianas, etc.

Nos ferimentos contusos com superfícies ósseas expostas, LINDEMANN trata com muito cuidado do periosteo, que deverá ser poupado o mais possível. Nestes casos preconiza o tratamento aberto, com frequentes lavagens e pontos aproximativos, com seda ou fio metálico. — Aconselha igualmente os curativos a base de óleo de fígado de bacalhau.

Somos de opinião que nestes casos o Líquido de Payr tem a mais absoluta indicação. Sabemos (34) que o Líquido de Payr não tem a menor ação nociva sobre a vitalidade dos tecidos, sobre o processo regenerativo, ao que associa um poder antiséptico extraordinário.

Nos casos de ferimentos faciais extensos e unfractuosos, especialmente nos que comunicam com a cavidade bucal, nos casos de fraturas expostas, que deverão cicatrizar por segunda intenção, julgamos que a aplicação do *iodo nascente* terá uma de suas mais acertadas indicações (35).

DECHAUME (36), baseando-se nos estudos interessantes e valiosos de Leriche em torno da ação das soluções de novocaina, declara que as injeções perifaciais desta subs-

tância, nos casos de traumatismos faciais com fratura dos maxilares, dão os mais satisfatórios resultados, principalmente sob ponto de vista da dor. — Não só este elemento, a dor melhorou ou desapareceu, mas também o elemento infecção foi debelado preventivamente.

Vimos pois, dum modo geral e rápido, diversas abalizadas opiniões em torno do problema do tratamento dos ferimentos faciais. Antes de encararmos o segundo item das lesões do arcabouço ósseo com as diversas fraturas passíveis de ocorrerem, e que alías o nosso ambiente apresentou em elevado número, nos seja ainda permitido dizer duas palavras sobre os cuidados especializados que deverão ser dados a estes pacientes.

As lesões odontológicas, perdas de dentes, lesões da cavidade bucal, estomatites, as complicações odontológicas das fraturas dos maxilares e do malar, devem ser atendidas por cirurgião dentista, em colaboração com o médico assistente.

Veremos adiante, no capítulo das fraturas, o papel do cirurgião dentista nos aparelhos ortodônticos contensores. — Nosso caso é um exemplo típico.

Igual procedimento deveremos ter em relação aos olhos. Um oftalmologista deverá tomar a si o tratamento de qualquer complicação ocular, ou mesmo examinar de imediato o paciente, afim de determinar si houve ou não comprometimento do globo ocular ou da visão.

FORTER Jr. (37) justifica esta atitude principalmente pelo agravo que o traumatismo facial poderá acarretar a lesões já existentes. — Entre outras complicações oculares cita a ruptura do conduto lacrimal. Estudando as funções passíveis de serem perturbadas pelos traumatismos faciais, classifica-os assim:

- a) visão
- b) expressão facial e movimento das palpebras
- c) movimento dos olhos
- d) mastigação
- e) lacrimação
- f) audição
- g) respiração normal pelo nariz
- h) aparência cosmética.

Qualquer uma destas funções, várias ou tôdas elas poderão ser ameaçadas ou ficarem atingidas nos traumatismos faciais.

Como complicações enumera as seguintes: gangrena gazosa (rara), tétano, raiva, erisipela, embolia, meningite, osteomielite, abscessos sediados nos nódulos linfáticos, celulites, anginas várias, especialmente pela gravidade de Ludwig, perda de elemento piloso (cabelos, sobrancelhas e cílios), retenção de corpos estranhos sob a pele, como ou sem abscessos, infecções e edema.

Quanto às deformidades faciais, a tabela alemã de indenização dá um valor que oscila entre 20 a 50% (38). — Para BORCHARD e SCHMIEDEN (39) uma lesão facial muitas vezes prejudica muito mais o indivíduo sob ponto de vista social (sociedade e trabalho) que a lesão de uma das extremidades.

A lei brasileira consigna igualmente o direito á percepção de indenização por incapacidade permanente e parcial ao operário que em consequência a um acidente do trabalho, sofreu deformidade da face (38a).

As fraturas fechadas ou expostas do arcaço ósseo em consequência a traumatismos faciais são:

- a) fratura dos ossos do nariz
- b) fratura do malar
- c) fratura do maxilar superior
- d) fratura do maxilar inferior.

Estas são fraturas dependentes do arcaço ósseo facial, entretanto como no nosso caso, em traumatismos violentos e extensos poderemos verificar o comprometimento de ossos vizinhos. Fraturas dos ossos do crâneo, da abobada ou da base, fraturas das vértebras cervicais poderão ser observadas.

BROWN (40) é de opinião que num paciente com grave traumatismo da face, sempre se deve supor a existência de fraturas e tratá-lo sob este ponto de vista. Esperar o desaparecimento ou melhoria dos ferimentos cutâneos é perder a melhor ocasião para reduzir as fraturas que por ventura possam existir. Não são necessários nem devem ser aplicados aparelhos complicados. Os aparelhos ortodônticos são os mais indicados, pois a função mastigatória é a principal a ser conservada, e para tanto se faz necessária a

imobilização das arcadas dentárias fraturadas e a perfeita articulação das mesmas.

As fraturas em consequência de traumatismos faciais são geralmente expostas, umas pelo mecanismo que as produziu e outras pela violência do agente traumatizante.

Dum modo geral, BROWN classifica as fraturas faciais da seguinte maneira:

- a) facial transversal
- b) nasal-septo-palato
- c) zigoma - orbita
- d) achatamento nasal.

BLAIR, BROWN e BYARS (41) quando a osteosíntese se faz necessária, por haverem falhado os aparelhos ortodônticos, emprega como material de sutura óssea o tendão de kangurú ou o fio de prata.

Lembramos que o fio de aço inoxidável (42), que ha anos vimos usando satisfatoriamente como material de sutura, e introduzido em nosso meio pelo Prof. Guerra Blessmann, é um dos materiais mais indicados, não só para a execução dos aparelhos ortodônticos, como também para as osteosínteses.

HABERER (43) julga quasi tôdas as fraturas dos ossos da face como expostas, pois si a solução de continuidade externa não existir, o fóco de fratura comunica com o meio exterior, atravez da cavidade bucal, fossa nasal, seios, etc.

As deformidades postraumáticas, em consequência à má orientação terapêutica das fraturas dos ossos da face, são classificados por MAC INDOE (44), do seguinte modo:

1. deformidade das fraturas do osso frontal
2. deformidade das fraturas dos ossos do nariz
3. deformidade da fratura do conjunto etmoide-maxilar
5. deformidade da fratura do conjunto malar maxilar.

Atribue estas deformidades, em grande maioria dos casos, ao fato de muitos cirurgiões deixarem para período tardio o tratamento local, preocupando-se de início somente com as medidas terapêuticas de ordem geral.

Em relação à fratura dos ossos do nariz, reproduzimos a classificação de SAFIAN e

TAMARIN (45), que encontramos muito interessante e completa.

I — Fraturas simples

A — Fraturas do arcabouço ósseo do nariz

- 1 — sem deformidade
- 2 — com deformidade
 - a — depressão do arcabouço
 - b — desvio do arcabouço
 - c — alargamento do arcabouço.

B — Fraturas do septo

- 1 — sem deformidade
- 2 — com deformidade
 - a — depressão do septo
 - (1) — nariz em sela
 - (2) — ponta caída
 - (3) — obstrução à respiração
 - b — desvio do septo
 - (1) — sem deformidade externa
 - (2) — com deformidade externa
 - (a) — septo protuso
 - (b) — desvio das cartilagens das azas

C — Fraturas combinadas

II — Fraturas complicadas.

Êstes autores declaram que no caso de fraturas dos ossos do nariz, o exame deve ser detido, visto que o edema pôde mascarar de início as fraturas.

FORSTER Jr. (46) chama a atenção para a possibilidade de meningite, como complicação da fratura dos ossos próprios do nariz. Existe nestes casos a probabilidade da lesão do etmoide, que como osso do crâneo pôde em caso de fratura condicionar um perituito que vá até às meninges.

ORATOR (47) aconselha o tamponamento nasal só por 24 horas e HABERER (48) declara que o tamponamento persistente é um grave perigo pela infecção que quasi sempre acarreta.

O aparelho contensor mais indicado, foi por nós aplicado no paciente que constituiu o caso clínico deste artigo. E' de simples

confeção e o material necessário é de fácil obtenção. Ainda existem os aparelhos de Cobb e Eisendrath, destinados a manter reduzidos os ossos próprios do nariz. São aparelhos mais complicados e nem sempre os temos a mão.

Quanto à incapacidade temporária GRIF-FITHS (49) calcula para a fratura dos ossos próprios do nariz fechada e atendida corretamente de imediato, uma semana, e para a fratura complicada, no mínimo três semanas.

HORN (50) cita como complicações, a obstrução das vias respiratórias nasales e a perturbação do olfato, além das deformidades.

Na fratura do malar, frequentemente verifica-se a lesão da apofise zigomática, com depressão dum fragmento intermediário. — IVY e CURTIS (51) afirmam que nas fraturas do malar as linhas são com mais frequência juxtarticulares.

Quanto ao tratamento, a não ser que exista grande descolamento, ORATOR (52) é eminentemente conservador. Na depressão da apofise zigomática, necessário se torna a redução sangrenta. Atravez duma incisão cutânea, por afastamento dos tecidos subjacentes se introduz uma alavanca com a qual podemos praticar a manobra redutora. Conforme os diversos autores, variam ou a localização da incisão cutânea ou o instrumento utilizado como alavanca.

Como já dissemos o tratamento deverá ser conservador, a não ser que exista compressão de ramos do trigemio, o que poderia acarretar uma neuralgia deste nervo, característica complicação das fraturas do malar, na opinião de HORN (53).

GRIFFITHS (54) declara que as fraturas mais graves do malar, quasi sempre são acompanhadas de comogão cerebral, lesão da órbita e de possível lesão ocular.

Em relação à incapacidade temporária, julga-a dum modo geral de 3 a 4 semanas, salvo complicações (neuralgia do trigemio — infecção do seio).

Nos traumatismos faciais, a perfeita redução das fraturas dos maxilares tem capital importância, tanto sob ponto de vista funcional, como cosmético (55).

LINK (⁵⁶) estudando os resultados finais de 40 casos de fraturas do maxilar superior, encontrou o seguinte quadro estatístico de lesões e deformidades.

Lesões:	De 1 lado	dos dois lados
Dentes	28	12
Tecidos moles	19	14
Óssos	16	11
Músculos	14	8
Cerebro	2	10
Articul. maxilares	4	5
Ólhos	12	4
Nariz	1	11

Vemos, pois, que o tratamento destas fraturas deve ser cuidadosamente condicionado, pois com facilidade observamos um reliquat de deformidade nestes casos.

Nos traumatismos mais leves, o deslocamento é em geral pequeno e as incapacidades dependem mais da dor em consequência da lesão de ramos nervosos que vão aos dentes superiores ou devido à infecção do seio de Higmore (⁵⁷).

Quando a fratura se estende aos contornos da órbita, poderemos observar com mais facilidade lesões oculares.

A incapacidade temporária é no geral de 2 a 3 semanas, salvo complicações.

Juntamente com as fraturas do maxilar inferior, as complicações específicas das fraturas do maxilar superior, são a perda de dentes, o trismo e perturbações da mastigação. Igualmente como na fratura do malar e dos ossos do nariz, a infecção do seio maxilar constitui uma seria complicação.

Para o tratamento conservador existem vários aparelhos mais ou menos complicados, como os de Goffres e Graefe, no entanto cremos que salvo os casos de acentuada depressão ou deslocamento e os que necessitam de osteosintese, um aparelho ortodôntico, a ligadura dos dentes caso fôr possível, nos dará resultados mais que satisfatórios.

SCHMUZIGER (⁵⁸), estudando a mortalidade nas fraturas do maxilar superior, calcula-a em 3,6% em consequência da meningite, com que fica exposta mais uma complicação de extrema gravidade que poderá so-

brevir em consequência a uma fratura do maxilar superior.

As fraturas do maxilar inferior constituem um capítulo mais separado, um tanto isolado nas fraturas dos ossos da face.

Este fáto depende da relação menos íntima que o maxilar inferior mantém com os outros ossos da face. Em trabalho anterior (⁵⁹) estudamos sinteticamente a sintomatologia das fraturas do maxilar inferior. — Já tivemos ocasião de assinalar que no tratamento destas fraturas, temos o dever de conseguir uma redução que garanta a perfeita articulação das arcadas dentárias.

BAUMECKER e BRUMARIUS (⁶⁰) julgam, com referência ao tratamento das fraturas do maxilar inferior, o resultado funcional (mastigatório) superior ao resultado cosmético.

LINK (⁶¹), estudando as lesões musculares nas fraturas dos maxilares, declara que as mesmas poderão processar-se em consequência a:

- a. — Traumatismo diréto dos músculos
- b. — Distensão muscular
- c. — De repouso acentuado
- d. — De causas reflexas.

Aconselha os aparelhos ortodônticos que permitam a movimentação precoce. Não resta a menor dúvida que as fraturas dos maxilares, em especial a do maxilar inferior, requerem o auxílio odontológico. O tratamento, em linhas gerais, deve obedecer aos seguintes preceitos:

1. — Desinfecção buco-dental (iodo nascente) com drenagem dos líquidos séticos.
2. — Redução da fratura.
3. — Imobilização em posição correta.
4. — Reconstituição do arco mandibular e com êle da articulação dentária.

Nas fraturas do maxilar inferior tem aprovado plenamente o aparelho gessado articulado de Boehler (⁶²).

STIMSON (⁶³) em interessante trabalho sintetisa os diversos tratamentos preconizados por autores especialistas no assunto:

Fixação rígida intermaxilar — Dunning, Mock, Connelly, Holter.

Tração elástica — Moorehead, Krohn.

Tratamento conservador — Dunning, Cavina, Dubov, Citoler.

Tração por fios de Kirschner — Ipsen.

Enxerto ósseo — Cavina.

Em caso de fragmento intermediário:

Wassmanund, Kappis e Reichenbach são partidários da exata reposição do fragmento intermediário, enquanto que Manning, Stromberg e Schlapp acham que o mesmo deva ser removido.

Naturalmente que em vários casos a osteosíntese, tanto quanto possível extrabucal, se impõe.

Em nosso caso clínico, nos foi possível seguir uma terapêutica eminentemente conservadora, apesar de serem tôdas as fraturas expostas.

Julgamos de interesse a publicação do caso concreto, pois o mesmo fôra produzido por traumatismo assás violento, em péssimas condições, pois tratava-se de um acidente de via pública.

A probabilidade de infecção local e a distância (meningite) era grande e felizmente com as precauções terapêuticas tomadas nos foi possível evitá-la.

Este caso clínico põe em relevo mais uma vez o valor do Líquido de Payr e da resecação e sutura primária dos ferimentos, a eficiência da solução de urotropina a 40%, bem como o valor do tratamento conservador nestes casos de traumatismos faciais.

Exalta o valor do primeiro curativo, tão importante nestes casos, ponto batido por vários autores como tivemos ocasião de verificar na exposição que fizemos rapidamente em torno dos ferimentos e fraturas faciais.

BIBLIOGRAFIA

- (1) — FORSTER Jr. ALLYN KING — Severe injuries of the face — some considerations in their diagnosis and treatment — Amer. J. Surg. V 48 — n.º 2 — p. 291 — 1940.
- (2) — SECCO EICHENBERG — Tratamento dos ferimentos — Sua orientação moderna — Medicina e Cirurgia — Revista da Assistência Pública de Porto Alegre — T 2 — n.º 1 — Ano II.
- (3) — SECCO EICHENBERG — O tratamento das fraturas do maxilar inferior pelo aparelho gessado e articulado de Boehler — Arquivos R. Grandenses Medicina n.º 11 — 1939.
- (4) — STRAITH CLAIRE L. — Facial Scars — Amer. J. Surg. V. 36 — pg. 88 — 1937.
- (5) — BROWN JAMES BARRETT — Fractures of the bones of the face — Surg. Gin. Obstr. V. 68 — pg. 564 — 1939.
- (6) — BROWN JAMES BARRET — The management of compound injuries of the face and jaws — Int. Abstr. Surg. — V. 69 — pg. 10 — 1939.
- (7) — BLAIR W. P. & BROWN J. B. e BYARS L. T. — Early local care of face injuries — Surg. Gin. Obstr. — V. 64 — p. 358 — 1937.
- (8) — Trabalho citado sob número 4.
- (9) — STRAITH CLAIRE L. — Reconstructions about the nasal lip — Amer. J. Surg. — Vol. 43 — n.º 2 — pg. 223 — 1939.
- (10) — MAES URBAN — Infections of the dangerous areas of the face — Annals Surg. — Vol. 106 — n.º — pg. 1 — 1937.
- (11) — Trabalho citado som número 10.
- (12) — ZERBINI E. J. — A ligadura da veia angular nas infecções da área perigosa da face — Rev. Cirurgia de S. Paulo — V. 6 — Fasc. 1 — 1940.
- (13) — GOLDHAHN R. — Die Anzeige zum operativen Eingriff — Leipzig — 1938.
- (14) — PAULINO AUGUSTO — Pathologia Cirurgica — Tomo I — 1931.
- (15) — BARSKY ARTUR J. — Plastic Surgery — Saunders — USA. — 1938.
- (16) — BORCHARD A. SCHMIEDEN V. — Kriegschirurgie — Leipzig — 1937 — 3te. Auflage.
- (17) — LASHER WILLIS W. — Industrial Surgery — N. York — 1938.
- (18) — THOREK MAX — Surgical errors and safeguards — Philadelphia — 1937.
- (19) — LUCENA GUSTAVO — Tratado de traumatologia clínica — tr. esp. 1.ª ed. ital. — Labor SA. — 1933.
- (20) — STICH R. e MAKKAS M. — Errores y peligros en las operaciones quirurgicas — tr. esp. 1.ª ed. alem. — Labor SA. — 1930.
- (21) — GORACHAN GARCIA M. e DOMECECH ALSINA P. — Clinica y terapeutica quirurgica de urgencia — Labor SA. — Barcelona — 1937.
- (22) — Trabalho citado sob número 2.
- (23) — NORDMANN O. — Praktikum der Chirurgie — 4te. Auflage — Berlin — 1938.
- (24) — LEXER ERICH — Die gessamte Wiederherstellungschirurgie — Band I — Leipzig — 1931.

- (25) — IVY ROBERT H. — Plastic and reconstruction surgery of the face, mouth and jaws. — in Nelson Loose Leaf Surgery — Chapter XII — T-2 — pag. 679.
- (26) — DUFOURMENTEL M. e FUNCK-BRETTANO M. — Les indications d'urgence — dans les blessures faciales. (Academie de Chirurgie — 8-11-1939) — in Presse Medicale 85-86 — 1939.
- (27) — LOEHR WILHELM: Die Wundheilung — Leipzig — 1937.
- (28) — SECCO EICHENBERG — O óleo de figado de bacalhau, em seu uso em cirurgia. — Acta Medica V. 4 — ns. 4 e 5 — 1939.
- (29) — BAILEY HAMILTON — Emergency Surgery — London — 1936.
- (30) — CHIARI O. M. — Lesiones traumaticas y enfermedades quirurgicas de las partes blandas del cráneo. — in Cirurgia — Errores diagnosticos y terapeuticos y manera de evitarlos — J. Schwalbe.
- (31) — RUPPE Ch. — Plaies de la face — in Pratique Medicale — Chirurgicale — Tome III — 1931 — Paris.
- (32) — LECENE P. e LERICHE R. — Therapeutique chirurgicale — T. II — Masson Paris — 1926.
- (33) — LINDEMANN A. — Behandlung der Wunden der Mundhoehle und des Gesichtes — in Leitfaden der Chirurgie und Orthopaedie des Mundes und des Kiefers. — Leipzig — 1938.
- (34) — Trabalho citado sob número 2.
- (35) — SECCO EICHENBERG — O tratamento daostoomielite do Maxilar inferior pelo iodo nascente. — Anuaes da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — 1941 — Fase. III.
- (36) — DECHAUME M. — Le role du sympathique dans les traumatismes accidentels de la face et les fractures des maxillaires. — Presse Medicale n.º 36 — 1938 — pag. 714.
- (37) — FORSTER Jr. A. K. — Severe injuries of the face — some considerations in their diagnosis and treatment — Amer. J. Surg. V. 48 — n.º 2 — pg. 391 — 1940.
- (38) — LINIGER M. e MOLINEUS G. — Der Unfallmann — 3te. Auflage — Leipzig — 1934.
- (39) — Trabalho citado sob número 16.
- (40) — Trabalhos citados sob números 5 e 6.
- (41) — Trabalho citado sob número 7.
- (42) — SECCO EICHENBERG — Hemostasia e sutura — catgut ou seda — Medicina e Cirurgia — Revista Assistência Pública de P. Alegre — Ano III — n.º 1 — T. 3 — pg. 72.
- (43) — HABERER J. — Lesiones traumaticas y enfermedades del craneo osseo in Cirurgia — T. 1. — Errores diagnosticos y terapeuticos y manera de evitarlos — J. Schwalbe.
- (44) — MAC INDOE A. — The treatment of the traumatic bone lesions of the face. — Surg. Gin. Obstr. — V. 64 — pg. 376 — 1937.
- (45) — SAFIAN J. e TAMARIN J. — Recent fractures of the nose — Amer. J. Surg. — V. 31 — pg. 10 — 1936.
- (46) — Trabalho citado sob número 37.
- (47) — ORATOR V. — Chirurgische Unfallheilkunde — Leipzig — 1937.
- (48) — Trabalho citado sob número 43.
- (49) — GRIFFITHS H. E. — Injury and Incapacity — London — 1936.
- (50) — HORN PAUL — Praktische Unfall — und Invalidenbegutachtung — Berlin — 1932.
- (51) — IVY R. H. e CURTIS L. — Fractures of the malar bone — Surg. Cl. — North America — April — 1936.
- (52) — Trabalho citado sob número 47.
- (53) — Trabalho citado sob número 50.
- (54) — Trabalho citado sob número 49.
- (55) — WEISENGREEN H. H. e LEVIN W. N. — Fractures of the Jaw and allied traumatic lesions of the facial structures. — Annals of Surgery — V. 103 — pg. 428 — 1936.
- (56) — LINK K. H. — Nachuntersuchungen bei Oberkieferbruechen — Zblt. f. Chrg. — n.º 8 — pg. 467 — 1937.
- (57) — Trabalho citado sob número 49.
- (58) — SCHMUZINGER P. — Kieferfrakturen der SUVAL aus den Jahren 1923 bis 1926. 1926. — Ref. Zblt. f. Chrg. — n.º 44 — pg. 2788 — 1931.
- (59) — Trabalho citado sob número 3.
- (60) — BAUMECKER e BRUMARIUS — Die Kaufunktionellen Ergebnisse der in chirurgischen Klinik zu Greisswald behandelten Kieferfrakturen und ihre Unfallvertretung.
- (61) — LINK K. H. — Klinisch und experimentelle Untersuchungen ueber Muskelschlaeden nach Kieferbruechen. — Ref. Zblt. f. Chrg. — n.º 42 — pg. 2526 — 1935.
- (62) — Trabalho citado sob número 59.
- (63) — STIMSON — A review of 1933 and 1934 Literature in fractures. — Int. Abstr. of Surgery — 1936 — T. 1. — pg. 14.

Além destes trabalhos ainda foram compulsados para a parte relativa ás fraturas faciais, mais as seguintes obras:

- MATTI H. — Fraturas y tratamiento — tr. esp. 2.ª ed. asem. 1934 — Barcelona.
- KEY J. A. CONWELL H. F. — The management of fractures, dislocations and sprains. — 2ond ed. Mosby. — USA.
- GIOIA TERCENIO — Fraturas y Luxaciones. — Buenos Aires.
- BOEHLEH LONRENZ — Tecnica del tratamiento de fracturas — tr. esp. 4.ª ed. alem. — 1934. — Barcelona.
- WATSON JONES R. — Fractures and other bone and joint injuries — 1940 — USA.
- WILSON P. — Management of fractures and dislocations. — USA — 1938.