

V — DEFORMIDADES ADQUIRIDAS

A) *Reconstrução do polegar.*

A mão como órgão diferenciado para a função da preensão, funciona como uma pinça cujos dois ramos são representados de um lado pelo polegar e de outro pelos quatros dedos restantes: indicador, médio, anular e mínimo.

A perda de um dêsse últimos dedos não mutila seriamente a pinça manual, pois os dedos restantes suprem perfeitamente a função do dedo ausente. A perda do polegar porém, acarreta grave incapacidade funcional, pois representa a destruição total de um dos ramos de pinça e sua conseqüente inutilização.

Por êsse fato um grande número de tentativas foi realizado com resultados apreciáveis no sentido de restaurar o polegar perdido. Numerosas técnicas existem com essa finalidade e cujos detalhes variam com os casos e com as lesões coexistentes.

A reconstrução do polegar pode ser obtida por meio de vários procedimentos:

- 1) Utilizando as partes restantes da mão mutilada, o que se consegue por dois modos:
 - a) *Falangização do 1.º metacarpiano.*
 - b) policização do index.
 - 2) Reconstrução do polegar utilizando elementos de regiões distantes:
 - c) enxêrto de um artelho ou de um dedo de mão sã;
 - d) enxêrto de pele com fragmento de osso incluso.
- A) *Falangização do 1.º metacarpiano.*

Esta operação visa construir um ramo móvel para a pinça manual em substituição do polegar aproveitando o 1.º metacarpiano e fendendo o 1.º espaço inter-metacarpiano.

Segundo Rivas (12) três condições são imprescindíveis para levar avante com êxito essa reconstrução: 1) integridade do 1.º metacarpiano; 2) conservação da massa muscular da eminência tenar e 3) articulação trapézio metacarpiana em perfeito estado.

A falangização do 1.º metacarpiano proporciona um ramo potente, móvel, capaz de se opôr perfeitamente aos demais dedos da mão. É sem dúvida a técnica preferida pela maior parte dos cirurgiões, em virtude da simplicidade de sua execução e dos excelentes resultados que pode proporcionar.

Técnica. Sob anestesia loco-regional abre-se o 1.º espaço intermetacarpiano por meio de uma incisão ao longo da comissura e que vai da cabeça do 1.º metacarpiano à cabeça do 2.º. A seguir procuramos obter dois retalhos: um dorsal, prolongando a primeira incisão ao longo do 1.º metacarpiano até sua base. Outro retalho palmar é conseguido por meio de uma incisão que partindo do extremo interno da incisão comissura] segue aproximadamente o trajeto da prega palmar superior. (Fig. 75). Ao dis-

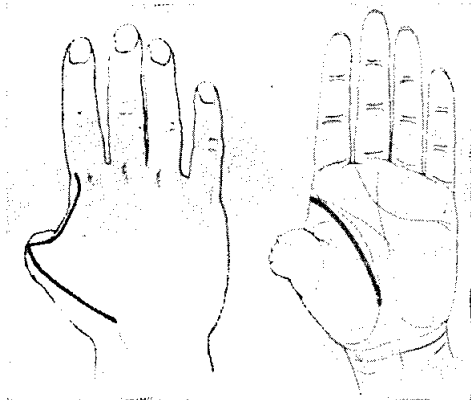


FIG. 75
Falangização do primeiro metacarpiano. Traçado das incisões dorsaes e palmares. (Iselin).

secarmos os retalhos assim obtidos, devemos levantar o plano cutâneo e aponevrótico conjuntamente. Bem dissecados esses retalhos, são expostos amplamente os músculos da região e que interessam a técnica em curso: os feixes carpianos e metacarpianos do adutor do polegar e o primeiro interósseo dorsal.

Procede-se a seguir a desinserção parcial do 1.º interósseo dorsal da face cubital que se vai construir. Não nos parece necessário e pensamos mesmo ser nociva a desinsersão total desse músculo interósseo. (Fig. 76).

A seguir desinsere-se o feixe metacarpiano do adutor do polegar de sua inserção no sesamoide interno e ao contrário das técnicas habituais não levamos a efeito a excisão desse importante ramo adutor.

FIG. 76.



FIG. 76

Falangização do primeiro metacarpiano. Ressecção do músculo interósseo dorsal e das fibras metacarpianas do adutor do polegar. (Iselin).

Pelo contrário conservamo-lo e a sua extremidade tendinosa destacada do sesamoide é reinserida na base do 1.º metacarpiano na posição mais alta possível. Conservamos assim esses músculos de valor funcional apreciável, sem contudo prejudicarmos a formação da fenda inter-metacarpiana, sem a qual não dariamos ao polegar néo-formado a iberdade de movimentos que necessita. (Figs. 85 à 86).

Nos casos que operamos com essa técnica, obtivemos resultados bons pois o novo ramo de pinça manual era bastante poderoso e suficientemente móvel.

Terminadas as manobras cirúrgicas sôbre os planos musculares, resta-nos revestir a fenda inter-metacarpiana com os retalhos cutâneo-aponevróticos obtidos com a incisão inicial. O retalho dorsal irá revestir o 2.º metacarpiano ao rebordo correspondente da incisão palmar. O retalho palmar revestirá o 1.º metacarpiano, formando-se assim uma profunda fenda inter-metacarpiana.

Muitas vezes é difícil aproximarem-se os bordos desta última sutura. Um pequeno enxerto de pele intermediário preencherá a superfície cruenta eventualmente existente.

Terminada a operação a mão deverá ser imobilizada num aparelho de gesso pelo espaço de 15 dias, com o que se garantirá o êxito das suturas superficiais e dos pontos profundos, além de permitirmos evolução post-operatória indolor.

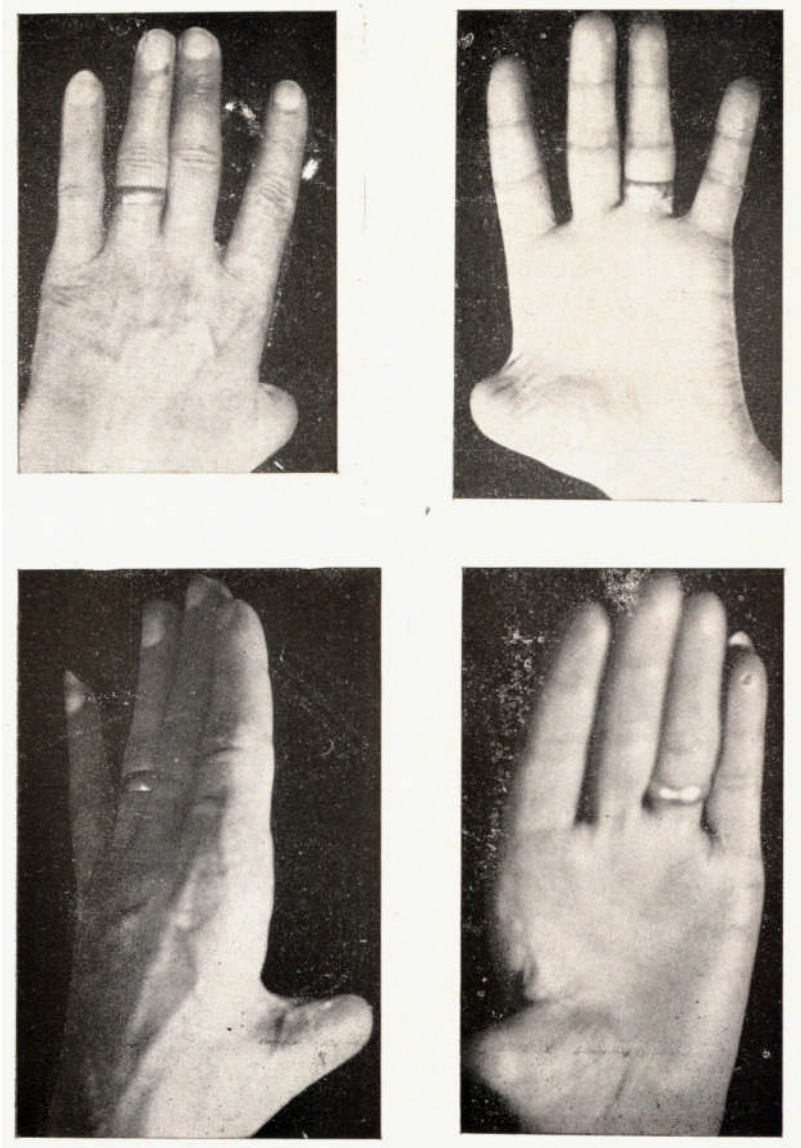
Um aparelho de prótese como aconselha Bosch Araña (42) poderá ser aplicado completamente. Porém Bunnell (45) destacando a importância da sensibilidade para o perfeito funcionamento da mão, mostra-se contrário a essa prótese, mesmo porque elas não são totalmente indispensáveis.

FIGS. 77 a 80.



Amputação do polegar e médio da mão esquerda e falangização do primeiro metacarpiano. A fenda metacarpiana neo-formada não é acentuada nos indivíduos brevilíneos, cujos ossos são proporcionalmente mais curtos. Mesmo assim o resultado funcional que se consegue nessas intervenções é excelente.

FIGS. 81 a 84



Desarticulação do polegar e falangização do primeiro metacarpiano. Nas duas primeiras fotografias vemos a situação da mão antes da intervenção cirúrgica. Nas fotografias seguintes podemos apreciar o resultado operatório, três meses após a intervenção. Nos indivíduos longilíneos, com longos metacarpianos os resultados são melhores em virtude de se conseguir a reconstrução de um "polegar" mais alongado.

O paciente há de cuidar da reeducação dos movimentos do novo *polegar* afim de obter o máximo rendimento funcional possível.

Havendo falta do index o seu metacarpiano deve ser extirpado, com o que se consegue ampliar consideravelmente a fenda néo-formada inter-metacarpiana. Rivas (12), descreve um caso em que faltavam o polegar, o index e o médio. Nesse caso foi feita a falangização do 1.º metacarpiano com ressecção do 2.º e 3.º, ao nível de suas bases.



FIGS. 85 e 86.

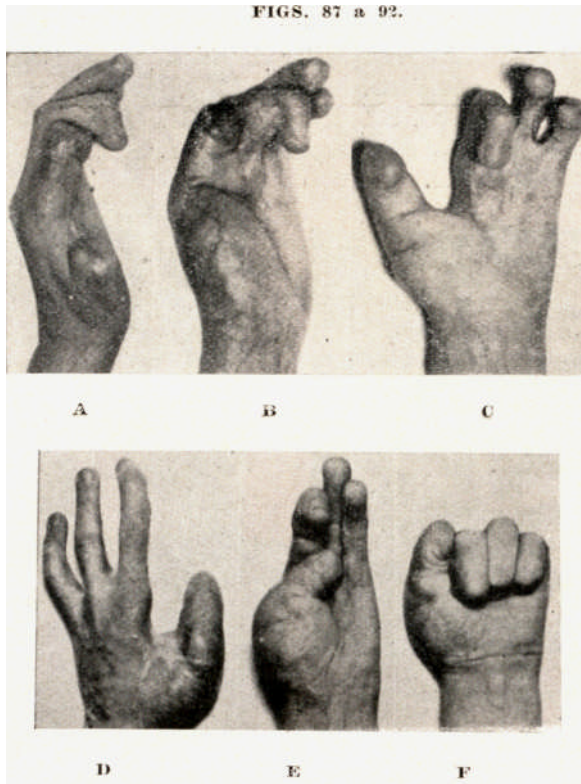
Falangização do primeiro metacarpiano.
Resultados funcionais do caso das figs.
81 a 84.

b) Policização do index.

Visa essa intervenção aproveitar o dedo indicador da mão lesada para substituir o polegar amputado. Consegue-se resultados interessantes com a formação de um polegar móvel e potente.

Estudada e realizada por diversos autores como Bonnet e Carcassone, Iselin, Montier, Gueullete, Bunnell e outros, essa intervenção de execução técnica bem mais complexa, encontra em Gillies seu mais recente propugnador, por considerá-la como capaz de proporcionar real proveito à mão inválida. Gillies (47) levou a cabo apenas uma intervenção desse tipo, mas a melhora de capacidade funcional que conseguiu foi tão acentuada que julga ele

ser dever considerar as possibilidades de realizá-las em outros casos com perda do polegar. (Figs. 87 à 94).



Seqüelas de grave queimadura da mão. Houve perda do polegar e de parte do index, além de ter sido fixada em flexão a primeira articulação interfalangeana do médio. Foi corrigida essa deformidade e foi feita a policização do index. Em **C** vemos o resultado obtido depois do 1.º e 2.º tempos operatórios. Em **D**, **E**, e **F** vemos o resultado final (Gillies e Cuthbert).

O paciente operado por Gillies apresentava graves queimaduras na mão esquerda, que ocasionaram a perda do polegar. O index teve de ser amputado ao nível de articulação inter-falangiana proximal e o dedo médio estava fixado em flexão de noventa graus nas duas articulações inter-falangeanas.

A operação foi realizada em vários tempos. No primeiro tempo o 2.º metacarpiano foi dividido na altura do seu terço médio com o superior; o fragmento distal foi então fixado por meio de um fio metálico à cabeça do primeiro metacarpiano. A via de acesso foi obtida por meio de uma incisão ao longo do bordo radial

da mão. No tempo operatório seguinte foi aberta a fenda intermetacarpiana e o ligamento transverso do metacarpo foi seccionado. O index é posto em franca abdução e retalhos de pele palmar e dorsal são utilizados para cobrir o lado medial do espaço inter-

FIGS. 93 e 94.



Policização do index. Situação anterior e posterior à operação corretora.

digital, entre o novo polegar e o dedo médio. A superfície cruenta do bordo lateral do espaço interdigital foi coberta com enxerto livre. Desde então o polegar foi capaz de realizar poderosos movimentos de abdução e adução, mas não de oposição, visto ele permanecer no mesmo plano dos demais dedos. No tempo final o polegar foi exposto pela rotação para traz de um amplo retalho do dorso da mão. O tendão do extensor próprio do index foi seccionado e o tendão extensor comum dos dedos, passando pelo index foi alongado. A união entre o index e o 1.º metacarpiano é então separada e o fragmento distal, isto é, o index é rodado medialmente e colocado em abdução. O retalho cutâneo dorsal vai então cobrir o espaço interdigital entre o novo polegar e o dedo médio; um enxerto livre é aplicado à superfície cruenta do dorso da mão. Um aparelho de gesso imobilizador é usado para manter o "polegar" na nova posição: abdução e rotação medial. A deformidade em flexão que apresentava o paciente no dedo médio foi corrigida pela excisão da cicatriz palmar, capsulotomia anterior e secção de um dos ligamentos laterais e ainda pelo emprego de retalhos pediculados cutâneos e de pequeno enxerto livre de pele.

O novo "polegar" era curto mas forte, com bôa adução e razoável gráu de oposição.

Bunnell (45) apresenta um caso com perda do polegar, de 1.º metacarpiano e do index na altura da metade da primeira falange.

A parte restante do index e seu metacarpiano foram aproveitadas para reconstruir o novo "polegar". A extremidade proximal do 2.º metacarpiano foi desarticulada e transplantada para o trapézio com o qual passou a se articular. Os tendões, vasos e nervos do index foram conservados com todo cuidado. Os tendões extensores do polegar foram fixados à base do metacarpiano transplantado. O flexor do polegar foi suturado ao flexor do index para reforçá-lo. Os músculos tenarianos dissecados foram fixados sobre o metacarpiano.

O polegar obtido era vigoroso e dotado de boa mobilidade e sensibilidade. O resultado funcional foi magnífico.

c) Reconstrução do polegar pelo enxerto de um artelho ou de um dedo da mão sã.

Apesar dos êxitos proclamados por certos autores com este procedimento, em consequência das grandes dificuldades a vencer na sua execução, seu emprego não se generalizou. Nicoladoni referido por Cutler (6) operou 3 casos com êxito, transferindo o 2.º artelho para reconstruir o polegar. Alega Nicoladoni, que o prolongado desconforto que se impõe ao paciente pela posição incômoda em que é obrigado a permanecer constitui séria desvantagem. As crianças em geral toleram melhor essa técnica do que os adultos.

O aproveitamento de um dedo da mão sã para reconstruir um polegar expõe ao risco de resultarem duas mutilações, na hipótese da intervenção não ser bem sucedida.

Esser (46) em 1917 publicou o resultado imediato obtido com o transplante da parte média de um pé para reconstruir a mão e quatro dedos. Vinte anos após esse paciente foi examinado por Rauschburg (46) de Budapeste. Este afirmou que não só o aspecto estético era excelente, mas, também funcionalmente o resultado era razoável.

Em 1899 Nicoladoni enxerta uma unha num dedo reconstruído por este procedimento. (Gueullete 40).

d) Enxerto de pele com fragmento de osso incluso.

Uma pequena haste de osso pode ser incluída sobre a pele da parede abdominal, para em segundo tempo, envolvido por tegumento cutâneo, ser transplantado para reconstruir o polegar, articulando-o com o 1.º metacarpiano. Se possível os tendões podem ser inseridos ao enxerto ósseo na esperança de se conseguir movimentos ativos. Essa possibilidade porém, nos parece excepcional.

B) *Contratura de Dupuytren.*

A contratura de Dupuytren é o resultado da retração e espessamento parcial ou total da aponevrose palmar.

De etiologia ainda discutida a retração é inicialmente localizada, com mais freqüência no prolongamento digital do dedo anular da aponevrose. (Fig. 95). Pouco a pouco o processo se estende ao 5.º dedo podendo mais tarde atingir os demais com o comprometimento de toda a aponevrose palmar.

A aponevrose palmar se retrai, condensa-se de tal forma, que o único recurso terapêutico capaz de proporcionar resultados satisfatórios nas formas mais avançadas consiste na excisão da aponevrose.

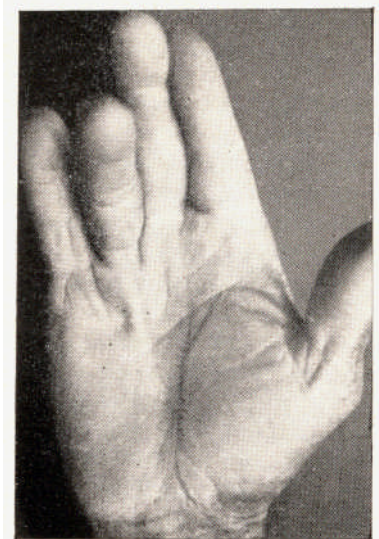


FIG. 95

Contratura de Dupuytren monodigital em homem de 57 anos. Segundo informação do paciente a retração que apresentava datava de menos de um mês.

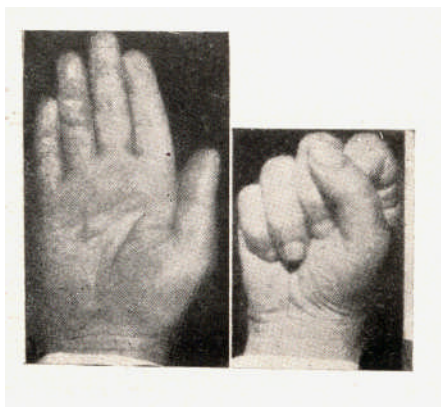
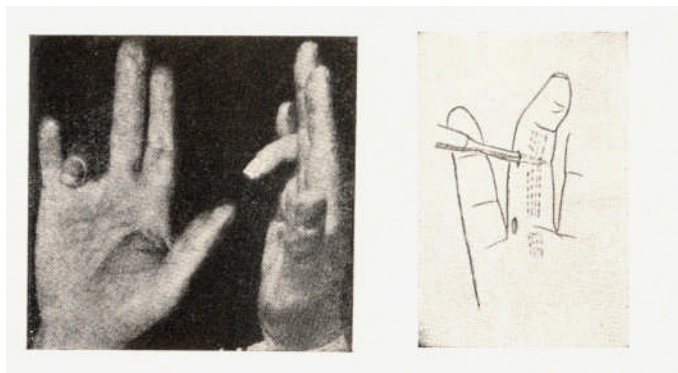
Erlacher (48) assim descreve a técnica: incisa-se longitudinalmente o cordão fibroso mais saliente. Disseca-se a pele cuidadosamente de um lado e de outro do cordão e separar-se um do outro os bordos da ferida cutânea. A seguir a partir da parte mais proximal possível do ilmite de transição com o tecido são, desprende-se as massas fibrosas procurando respeitar com o máximo cuidado as bainhas tendinosas, vasos e nervos. A ressecção do tecido fibroso deve-se prolongar até os dedos e ser a mais completa possível. A excisão deve prosseguir até que se consiga completar a extensão dos dedos. Muitas vezes a aderência da pele ao tecido fibroso é tão íntima que são inevitáveis a extirpação de pequenas

porções de tegumento cutâneo que serão substituídos por enxéritos livres.

Segundo Müller e Lexer (Erlacher - 48) a incisão cutânea vaciará com a extensão e localização do processo. A parte espessada da aponevrose será seccionada transversalmente afim de se poder tomar conhecimento da sua espessura e da situação dos planos anatômicos profundos que se terá de respeitar. A aponevrose é posta em tensão e dissecada cuidadosamente. Todos os dedos devem ser colocados em extensão e não devem mostrar tendência à flexão. E' imprescindível que a excisão dos cordões fibrosos seja a mais radical possível.

Zeno (9) apresenta um caso de contratura de Dupuytren mono digital, com cinco anos de evolução que conseguiu curar por meio de simples fasciotomia subcutânea realizada nos dois lugares de maior condenção fibrosa da aponevrose. (Figs. 96 à 98) . O dedo foi imobilizado em extensão durante três semanas. O doente ope-

FIGS. 96 a 98.



Contratura de Dupuytren datada de 5 anos, comprometendo um único dedo. Foi feita fasciotomia subcutânea nos lugares de maior espessamento fibroso da aponevrose, seguida de imobilização em extensão por 3 semanas. As figs. 97 e 98 mostram o resultado definitivo dois anos depois da intervenção. Em vista do caráter progressivo da lesão. acreditamos que o excelente resultado obtido por Zeno no presente caso é realmente surpreendente. (Lélio Zeno).

nado por Zeno foi revisto dois anos depois da operação sendo magnífico o resultado conseguido.

C) *Amiotrofias lepróticas.*

E' comum na lepra o comprometimento dos troncos nervosos, ocasionando graves transtornos tróficos, motores e sensitivos nas extremidades.

O nervo mais comumente afetado é o cubital e as conseqüências dêsse comprometimento se fazem sentir nitidamente nas mãos, onde causam graves transtornos funcionais visto ser o cubital o nervo motor predominante, pois envia filetes para todos os músculos intrínsecos.

Juntamente com o cubital, podem estar lesados o radial e o mediano.

A destruição do tronco nervoso resulta do aparecimento de processos infiltrativos nos elementos conjuntivos peri-nervosos e intra-fasciculares dos nervos em todas as formas da lepra. As fibras condutoras do influxo nervoso resistem por algum tempo à ação compressiva dos elementos conjuntivos infiltrados e a sua destruição se processa secundariamente por compressão.

A evolução da neurite será para a destruição das fibrilas nervosas, com suas graves conseqüências, se não as libertamos dos elementos conjuntivos que as estrangulam (51). O comprometimento dos troncos nervosos pode ser parcial ou total, variando conseqüentemente a sintomatologia de cada caso. Assim, a lesão do cubital pode se manifestar por simples anestesia da zona por êle innervado ou nas formas mais avançadas por graves amiotrofias que têm como conseqüência a típica garra cubital, comparável às que resultam da secção total do nervo.

Como conseqüência dessas lesões nervosas surgem nas mãos alterações morfológicas e funcionais, que num país em que a incidência da lepra é grande, constituem estigmas que seus portadores procuram remover a todo o custo. E' claro que nas formas graves em que alterações funcionais e morfológicas são por demais acentuadas pouca cousa ou quase nada consegue fazer o cirurgião plástico no sentido de repará-las.

Porém nas formas benignas é que a ação da cirurgia reparadora se faz sentir melhor e é também onde ela é mais necessária, em conseqüência dessas alterações leves serem encontradas em pacientes com ótimas condições gerais ou mesmo em situação de alta hospitalar, podendo sair dos asilos-colônias onde são internados compulsoriamente.

Nas lesões graves do cubital há perda da sensibilidade nos dedos que lhe correspondem, paralisia da musculatura da iminência hipotenar, perda da função do adutor do polegar e paralisia dos músculos interósseos e dos lumbricais do lado cubital. O resultado dessas paralisia é a mão em garra cubital em que a primeira falange dos dedos está em hipertensão e as suas últimas em flexão. A garra cubital compromete apenas o anular e o mínimo. O médio e o index não são comprometidos porque embora os seus interósseos estejam paralizados os lumbricais correspondentes, inervados pelo mediano, compensam sua falta. Quando porém o mediano é comprometido, e isso é freqüente na lepra, a garra compreende todos os dedos.

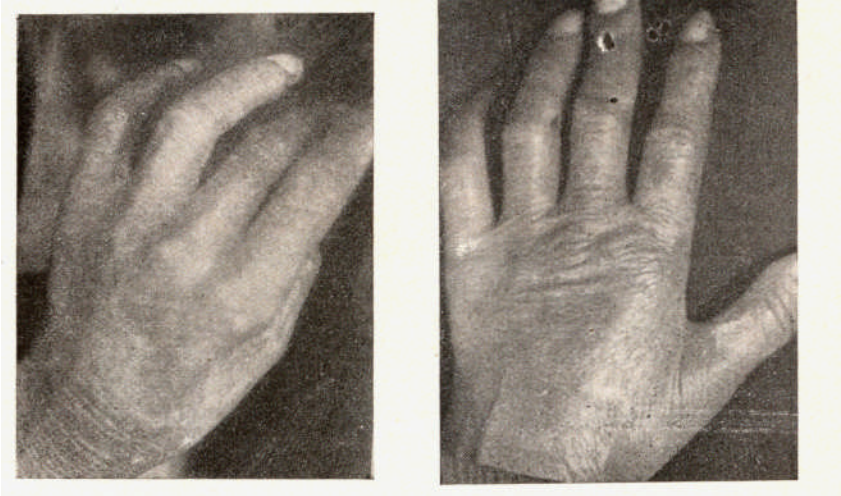
Situação comum nas formas leves da neurite cubital leprótica é a caracterizada pela amiotrofia do primeiro interósseo dorsal e do adutor do polegar, o que tem como conseqüência o afundamento do primeiro espaço inter-metacarpiano do dorso da mão.

Dada, a freqüência dessa amiotrofia entre os hansenianos ela constitue forte estigma, sobre os doentes pouco atacados pela lepra. Daí a insistência com que se é solicitado para corrigir essa deformidade difícil de ser ocultada por seus portadores.

Sem dúvida os melhores resultados são os proporcionados pelos enxêrtos de gordura, incluídos por meio de uma pequena incisão feita no rebordo comissural do 1.º espaço inter-metacarpiano, após prévio descolamento de pele do dorso. A gordura a enxêrtar deve constituir um bloco único que é retirado da parede abdominal por uma incisão do tipo Mac Burney. O transplante gorduroso deve ser manejado com todo cuidado evitando-se na medida do possível contundi-lo ou esgarçá-lo. A ferida operatória é suturada com pontos separados de seda 00 bem superficiais. A mão operada é imobilizada em um aparelho de gesso pelo espaço de 15 dias. O êxito do enxêrto depende da rapidez com que se instalam os vasos de nova formação que o nutrirão. A infecção leva ao fracasso certo. Apesar dos cuidados com que efetuamos essas enxertias, tivemos alguns insucessos ao lado de alguns êxitos. Acreditamos que a mobilização muito precoce da mão operada pode destruir facilmente os delicados vasos que penetram no enxêrto. (Figs. 99 e 100).

Por isso últimamente após a retirada do aparelho de gesso, colocamos a mão sôbre uma goteira palmar amovível, que permite ao paciente algum exercício ativo sem risco de comprometer a nutrição do transplante. Com o tempo o enxêrto pode diminuir de tamanho razão pela qual é conveniente usar sempre um transplante gorduroso maior de que o necessário para corrigir o defeito em

questão. Outras vezes não há eliminação do transplante mas este é progressivamente absorvido até seu completo desaparecimento.



FIGS. 99 e 100.

Amiotrofia leprótica do primeiro interôsseo dorsal acarretandoo afundamento do primeiro espaço intermetacarpiano. Trata-se de uma lesão estigmatizadora que se deve corrigir, principalmente nos doentes candidatos a alto hospitalar. Os enxêrtos de gordura podem proporcionar excelentes resultados. No caso de incucesso (eliminação, absorção), o enxêrto pode ser repetido. A imobilização em aparelhos de gêsso se impõe nesses casos. A fig. 100 mostra o resultado operatório.

D) *Parafinomas da mão.*

Tivemos a oportunidade de observar e operar dois casos gravíssimos de parafinomas das mãos.

Pensamos que os nossos casos são os únicos da literatura mundial com essa localização. Rebelo Neto e Malbec no magnífico relatório (49) sobre as inclusões em cirurgia plástica apresentado ao Primeiro Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica em 1941, referindo-se às localizações conhecidas de parafinomas cita os seguintes casos: membros inferiores (Cafório, Barsky, Flandin, Poumeau-Delille e Israel, Heperdale e Mader, Keinberg, Minervini, Murard) , na face (Babcock, Davis, Ferrari, Lentino e Alonso, Kirschner, Mercandine e Forero. Neuhoff) , na palpebra (Baer) , no nariz (Blair, Blegvad, Oppenheimer, Eitner, Peer) , na mama (Holländer, Hüper, Kach, Krohn, Rose) , na nádega (Hudelo e Rabut).

Os casos que pudemos operar eram dois portadores de seqüelas devidas a lepra e que apresentavam amiotrofia do primeiro interósseo e do adutor do polegar das duas mãos. Como conseqüência dessas amiotrofias havia acentuado afundamento da face dorsal do primeiro espaço inter-metacarpiano, lesão que como tivemos oportunidade de dizer no capítulo anterior constitue um estigma para os portadores do mal de Hansen.

Segundo informaram os pacientes, visando corrigir a deformidade em questão um deles se submeteu à injeção de 5 cc. de parafina fundida e o outro injetou-se com 10 cc. em cada mão.

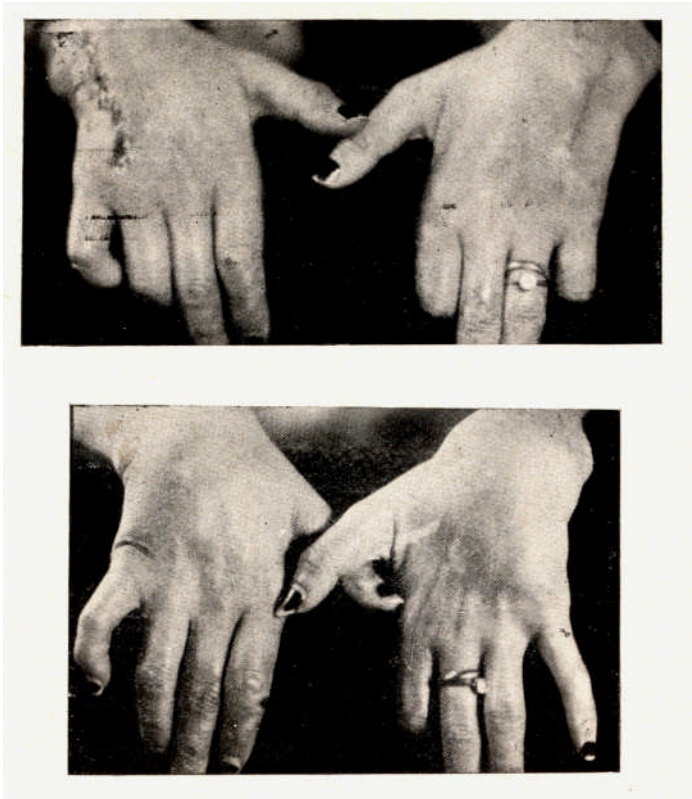
Quando procuraram o nosso serviço cirúrgico no Asilo-Colônia Pirapitingui, apresentavam volumosas tumorações no dorso das mãos com caráter progressivo e acarretando grave incapacidade funcional pela impossibilidade de fletir os dedos indicador, médio e anular e pela fixação do polegar em adução. O tumor do dorso da mão formava uma vasta carapaça, indolor talvez em virtude das anestésias lepróticas de que eram portadores os pacientes, dura e aderente aos planos cutâneo e profundo. Alguns meses após a injeção da parafina no primeiro espaço intermetacarpiano, perceberam os pacientes o crescimento da massa injetada notando ainda que ela se espalhava pelo dorso da mão dificultando cada vez mais a flexão dos dedos.

1.º caso Operamos primeiro a mão direita. Foi feita ampla incisão ao longo da porção mais saliente do tumor seguida de dissecação da pele. Procuramos atingir os limites entre o parafinoma e a zona sã. Aí então iniciamos o descolamento da espessa massa tumoral dos planos tendinosos profundos que se achavam íntegros. O tumor se infiltrava por entre os espaços interósseos onde sua extirpação foi particularmente difícil. Depois de minuciosas pesquisas e da mais cuidadosa limpeza cirúrgica foi a ferida operatória fechada com pontos separados de seda 00. A mão operada foi colocado num aparelho de gesso imobilizador. Quinze dias após o aparelho de gesso foi retirado apresentando o paciente notáveis melhoras funcionais, que se acentuaram progressivamente nos dias subseqüentes. Duas semanas depois o mesmo procedimento cirúrgico foi repetido na mão esquerda com ótimos resultados imediatos. Três meses após a última operação a paciente se apresentava perfeitamente bem. Sabemos porém quão grave é o prognóstico dessa afecção, pois uma particula de parafina que tenha sido

deixada será capaz de reproduzir o tumor com todas as suas conseqüências. (Figs. 101 à 102) .

2.º caso — Tratava-se de um jovem violinista com enormes parafinomas nas mãos. Primeiramente foi operada a mão direita. A pele do dorso achava-se de tal forma aderente ao parafinoma que ao tentar dissecá-la comprometemos sua vitalidade, o que ocasionou posteriormente necrose com eliminação de extensa porção de tegumento cutâneo. Imobilizada a mão operada num aparelho de gesso, surgiu logo bom tecido de granulação. Não nos atreve-

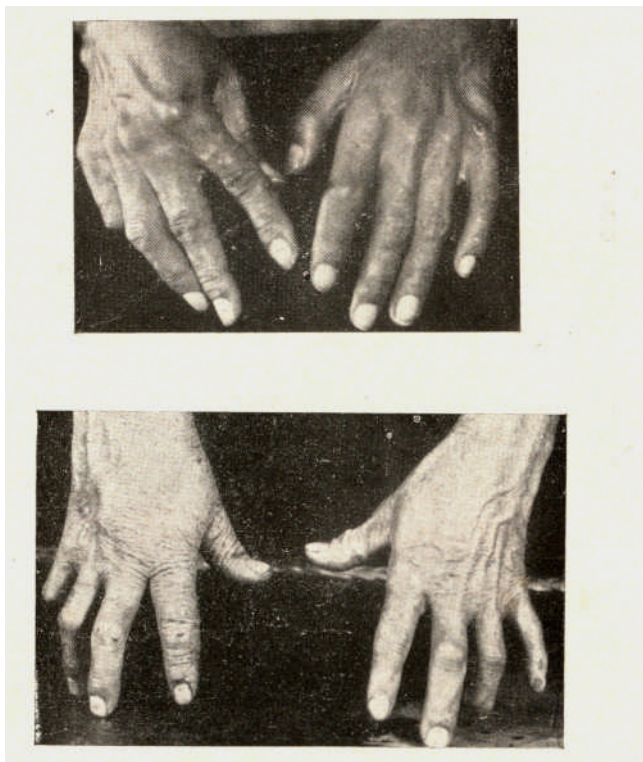
FIGS. 101 e 102.



Parafinomas das duas mãos conseqüentes a injeção de parafina feita para corrigir o afundamento do primeiro espaço intermetacarpiano. A lesão que apresentava a paciente era devida a atrofia do primeiro interósseo dorsal por neurite leprótica do cubital. Poucos meses após a injeção de parafina formou-se tumoração que se espalhou por todo o dorso da mão acarretando séria incapacidade funcional. O parafinoma foi removido através extensa incisão dorsal. Na fig. 102 vemos o resultado operatório, dois meses após a intervenção cirúrgica. Houve melhora funcional apreciável, porém o prognóstico de tão grave lesão é sombrio por haver possibilidade de recidiva do parafinoma.

mos porém a cubri-lo com enxêrto de pele. Sob a proteção do aparelho imobilizados completou-se a epitelização, com pequeno déficit funcional que facilmente será corrigido. Oportunamente será operada a mão esquerda dêsse paciente. (Fig. 103) .

FIGS. 103 e 104.



Parafinomas do dorso das mãos de um jovem violinista que procurou encobrir com injeção de parafina as seqüelas de uma infecção leprótica de que fora portador. Havia acentuado afundamento dorsal do primeiro espaço intermetacarpiano. A parafina aí injetada difundiu-se por todo o dorso da mão, agravando a situação que se criou com o aparecimento do parafinoma. A massa tumoral existente no dorso da mão impedia o movimento de flexão das articulações metacarpo-falangeanas. Os polegares estaavam mais ou menos fixados em adução. Na fig. 104 vemos mais um caso de parafinoma das mãos também em paciente curado de lepra e que procurou com as injeções de parafina encobrir as lesões resultantes da neurite leprótica e que o incomodavam por serem pesado estigma de grave passado mórbido.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — KRÖMER, KARL — **Traumatologia de la mano** — Edt. Labor, 1941.
- 2 — ZENO, LÉLIO — **Orientación plástica en el tratamiento de las heridas.** Primeiro Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica — Relatório oficial. Rio de Janeiro e São Paulo, 1941.
- 3 — ZENO, LÉLIO — **Heridas graves de la mano** — Tratamiento biológico (comunicación à Academia Argentina de Cirurgia. Sessão de 7 de agosto de 1940) — "El Día Medico", Ano XII. N.º 49, 1940.
- 4 — FARANI, ALBERTO — **Cirurgia de Urgência** — Edt. Flores & Mano. Rio. 1936.
- 5 — TESTUT, L. e JACOB, O. — **Traité d'Anatomie Topographique** — Calton Doin & Cie. Editeurs — Paris, 1931.
- 6 — CUTLER — **The hand its disabilities and Diseases** — W. S. Saunders Cie. Editeurs — Filadélfia e Londres, 1942.
- 7 — FOMON, SAMUEL — **The Surgery of Injury and Plastic Repair** — The Williams & Wikim Company, Baltimore — 1939.
- 8 — GILLIES, HAROLD e CUTHBERT J B — **Plastic Surgery of the hand..** Repinted from the "Medical Annual", 1943.
- 9 — ENO, LÉLIO — **Cirurgia plástica** — Editor "El Ateneo", Buenos Aires. 1943.
- 10 — PEDEMONTE, PEDRO V. — **Cirurgia Plástica de la mano.** Boletín de la sociedad de cirugía del Uruguay — Tomo XIV — Ano 1943 — Nos. 5- 6.
- 11 — BROWN, JAMES BARRET e McDOWELL, FRANK — **Skin Grafting of Burns** — Ed. J. B. Lippincot. Company — 1943.
- 12 — RIVAS, CARLOS I. — **Afecciones Quirúrgicas de la Mano** —El Ateneo. Buenos Aires. 1943.
- 13 — SANCHES ARBIDE, ALBERTO — **Injertos de la piel** — "La Semana Medica" — Pg. 1281 — 2-12-1937.
- 14 — MACCOLUM, D. W. — **Webbed Fingers.** — "Surg. Gynec. and Obst." 71:782-789, 1940.
- 15 — BURNS, SCHOCK — **Wound Healin and Vascular Injuries.** Military Surgical Manuals-National Research Council. Filadélfia e Londres Edit. Saunders — 1943.
- 16 — PADGETT — **Sdin Grafting** — 1942.
- 17 — BARNES, J. M. — **Treatment of Burns** — Brit. M. J. — 1:408-410, Abril 3', 43.
- 18 — REBELO NETO, J. — **Noções elementares sôbre a terapêutica da mão sob o ponto de vista da Cirurgia Plástica.**
- 19 — KIRSCHNER — **Tratado de Técnica Operatória General y Especial.** Ed. Labor. — 1935.
- 20 — BUNNEL, STERLING — **Cirurgia Reparadora da Mão.** — "Surgery Cyne. and Obst." Pag. 259, Set, 1942.
- 21 — BUNNELL, STERLING — **Greffes Nerveuses et Tendineuses de la Main** — "Arch. Franco-Belges de Chirurgié. 2:93-97. 1927.
- 22 — BUNNELL, STERLING — **Cirurgia Reparadora da Mão.** — "Surg. Cyne. and Obst.", 44:145, 1927.
- 23 — BUNNELL, STERLING — **Primary Repair of Severed Tendons** "Am. J. Surgery". 47:502, 1940.
- 24 — BUNNELL STERLING — **Treatment of Tendons in Compaund Injuries of Hand.** "J. Gone & Joint. Surg." 23:240-250, Abril, 1941.

- 25 — WILMOTH, C. L. — **Tendinoplastic of the Flexors Tendons of the Hand.** "J. Bone and Joint. Surg." 19:152, 1937.
- 26 — BERNARDES OLIVEIRA, A. — **Cirurgia Reparadora e Conservadora da Mão.** — "São Paulo Médico", 2:1-26, Jan., 1931.
- 27 — BUNNELL STERLING — **Surgery of the Nerves of the Hand.** "Surg. Gynec. and Obst." 44:145, 1937.
- 28 — BÖHLER, I. — **Técnica del Tratamiento Belle Fratture** — 1.^a edição italiana — Milão, 1940.
- 29 — EHALT, W. — **Tratamiento de las Fracturas Abiertas.** Ed. Labor — 1940.
- 30 — LERICHE, R. — **Lister et Son Oevre** — "La Presse Medicale" 37:717 — Maio, 1939.
- 31 — PRUDENTE, A. — **Orientação Plástica no Tratamento das Feridas.** Arq. Cir. Clin. Exp. 5:126-227. Out. 1941.
- 32 — TRUETA, J. — **Treatment of War Woundes and Fractures.** — Paul B. Kocher Inc. — New York. — 1940.
- 33 — ZADIK - F. R. — **Enxêrto Cutâneo Imediato nas Amputações Traumáticas da Ponta dos Dedos** — "Lancet" 1:335-336 — Março, 1943.
- 34 — LECÈNE, P. — **Médecine Opératoire** — Paris, 1911.
- 35 — SCHNECK — **Técnica del Vendaje Enyesado Inalmohadillado** — Edt. Labor, 1943.
- 36 — ROULSTON. T. J. — **Closed-Plaster Treatment of Burns of Extremities.** "Brit. Med. J." — 2,611 — 1941.
- 37 — ZENO, LELIO — **Cicatrices Viciosas y Ulceradas. Su Coarreción Plástica** "Boletines de la Sociedad de Cirurgia de Rosario", Nos. 5-6. Agt.-Set. 1943.
- 38 — OMBRÉDANNE, L. — **Précis Clinique et Opératoire de Chirugie Infantole** — Masson & Cie. Editeurs — Paris — 1932.
- 39 — MACCOLUM, D. W. — **Webbed Fingers.** "Surg. Gynec. and Obst." — 71:782-789 — 1940.
- 40 — GUEULLETE — **Étude Critique de Procedés de Reparation du Pounce.** — "Journal de Chirurgie". 36:1-23 — Julho,,1930.
- 41 — BONNET — **Phalangization du Premier Metacarpien** — "Lyon Chirurgica" — 26:260-261 — Agosto, 1929.
- 42 — BOSCH ARANA, G. — **Falangização do Primeiro Metacarpiano.** — "Surg. Gynec. and Obst." 40:859, 1925.
- 43 — BONNET et CARCASSONE — **Restauration Anatomique du Pouce Detruit par Greffe de l'Index Mutilé.** "Lyon Chirurgical" 28:247-248 Março, Abril 1931.
- 44 — MONTIER — **Les Procède Operatoires duPouce.** "Journal de Chir." 19:225 — 1922.
- 45 — BUNNELL, STERLING — **Physiological Reconstruction of a Thumb after Total loss.** "Surg. Gynec. and Obst." 52:245-248 — Fev. 1931.
- 46 — ESSER, J. F. e RAUSCHBURG, P. — **Reconstrução da Mão e Quatro Dedos por Transporte da Parte Média do Pé e seus Quatro Dedos.** — "Ana. Surg." 111:655-659 — Abril, 1940.
- 47 — GILLIES, Harold e Cuthbert. J. B. — **Operation for Pollicization of the Index Finger** — Reprinted from the "Medical Annual". 1943.
- 48 — ERLACHER, P. J. — **Ortopedia Operatória** — Labor — 1932.

- 49 — REBELO NETO, J. e MALBEC, ERNESTO F. — **Inclusão em Cirurgia Plástica** — Primeiro Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica. Relatório oficial. Rio de Janeiro e São Paulo. 1941.
- 50 — WORINGER, FR. — "**Nouvelle Pratique Dermatologique**". — 1936 — Tome VI — Pag. 591 — Masson Edt. Paris.
- 51 — SILVEIRA, LINNEU M. — **Tratamento Cirúrgico das Neurites Lepróticas**. "Revista Bras. de Leprologia". — 12:3-9. — Março, 1944.
- 52 — SILVEIRA, LINNEU M. — **Orientação no Tratamento das Feridas**. — "Revista Paulista de Medicina" — 22:41-51. — Jan. 1943.
- 53 — PRUDENTE, A. — **Autoreparação dos Tecidos**. — São Paulo, 1944.

Anti-tóxico, anti-necrótico, anti-infeccioso

CLIMAX

ACANTHOSIN

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO