

"CONCEITO ATUAL SÔBRE A PATOLOGIA E O TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS"

— TÉCNICA DE EDMUNDO ANDREWS —
DRS. NICOLAU MORAES BARROS FILHO E
EDGARD PINTO DE SOUSA.

(Apud "Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental" Vol. IV . Nr. 1. Fev. 1940.)

"O problema das hérnias inguinais a-pesar-de ser dos mais estudados e discutidos, permanece ainda sem solução definitiva, e constitue campo aberto para muitas pesquisas."

Os AA. neste excelente e mui bem composto trabalho, extendem-se demorada e proeficientemente sôbre o tema proposto.

Afirmando, de início, que "as hérnias inguinais constituem cêrca de 90 % do total das hérnias", passam, sem mais, ao estudo detalhado da anatomia médico-cirúrgica da região ínguino-abdominal, devassando-a mais ou menos completamente. Assim, estudam sucessivamente, as camadas superficiais, as aponevroses superficiais, a camada muscular com seus 3 músculos (grande oblíquo, pequeno oblíquo e transverso). Nesta altura, chamam os AA a atenção para o fato de que o têrmo de "tendão conjunto" deve ser abandonado "por ser uma expressão incorreta e confusa", segundo os trabalhos de ANSON e MC. VAY de fevereiro de 1938.

Ao depois, segue-se o estudo das camadas retro-musculares em que descrevem a fâscia transversalis, o tecido celular subperitoneal e o peritôneo. No estudo da fâscia transversalis, são relatadas as conclusões de MARTINO e é adotada a nomenclatura de RICHET.

Em quinto lugar, estudam os AA o canal inguinal no homem: suas paredes, seus dois orifícios e seu conteúdo. Logo depois, comparativamente, estudam o canal inguinal na mulher, e por fim, como que concluindo esta parte geral, são passivas de cuidadoso estudo as fossetas inguinais.

Em capítulo especial, estudam os AA, separadamente, as hérnias oblíquas externas e as diretas, deixando de lado as hérnias oblíquas internas, por serem extremamente raras.

No tipo de hérnia oblíqua externa, a mais frequente no homem, constituindo mesmo 70 à 80 % do total das hérnias inguinais, são passadas em revista, a etiologia, a evolução e a sintomatologia. Quanto ao papel etiológico dêste tipo de hérnia, são citadas as conclusões de Mc. GREGOR, o qual acredita ser a atonia das fibras musculares dependentes do pequeno oblíquo e do transverso que, em se separando dêstes músculos contornam os elementos do cordão e passam entre estes e a arcada, formando um verdadeiro anel muscular ou esfíncter, consoante à exata concepção anatômica do têrmo, "a causa primacial do aparecimento de grande maioria das hérnias externas independentemente mesmo de um conteúdo peritoneal pre-existente."

No que respeita ao segundo tipo de hérnias — inguinais diretas — é menos frequente que a anterior, e os AA igualmente tecem largas considerações sobre a etiologia, a evolução e a sintomatologia.

Em sete itens sintetizam os dados que julgam mais importantes para o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre estes dois tipos de hérnias.

1) Em tôdas as mulheres e crianças a presença de hérnias diretas é extremamente rara. É igualmente pouco frequente em homens abaixo de 25 anos.

2) As hérnias completas, principalmente as escrotais, são sempre do tipo indireto. As hérnias diretas quasi nunca emergem pelo anel externo.

3) As hérnias irreductíveis são sempre indiretas; nas hérnias diretas a disposição do saco herniário torna o encarceramento quasi impossível.

4) A inspeção geralmente mostra que o abaulamento nas hérnias diretas, se encontra próximo à espinha do pubis e não sobre o anel interno do canal inguinal como acontece nas hérnias oblíquas externas.

5) As hérnias diretas são reduzidas instantaneamente quando o doente deitado relaxa a musculatura do abdômen, o abaulamento aparece porém subitamente após qualquer esforço muscular. É que o colo do saco é tão largo que qualquer aumento de pressão intra-abdominal é instantaneamente comunicado a tôda a parede do saco. Nas hérnias oblíquas externas é preciso dar tempo ao epíplon ou ao intestino, para que estes consigam atravessar o anel interno que é relativamente estreito.

6) As hérnias diretas são, frequentemente, bilaterais, o mesmo não acontecendo com as hérnias oblíquas externas.

7) O exame cuidadoso do anel inguinal externo, por meio do toque digital, quando o paciente tosse e o examinador conserva o dedo no trajeto inguinal, sente o saco vir de encontro à polpa, e na direta, de encontro à face lateral do dedo.

Num terceiro capítulo, os AA apresentam o tratamento das hérnias inguinais, que é dividido, então, em 3 variedades:

- a) o mecânico
- b) o de injeções esclerosantes
- c) o cirúrgico.

No que se refere a primeira variedade, consideram-na os AA com um “processo paliativo que não suprime a causa nem a lesão e que deve ser reservado às contraindicações dos demais métodos de tratamento.

O tratamento pelas injeções esclerosantes, método êste difundido largamente por ENRIQUE PIÑA MESTRE, de Espanha, tem indicações restritas, só podendo ser utilizado nas hérnias inguinais diretas e oblíquas externas pequenas e redutíveis. Demais, apresenta maus resultados.

No que tange ao tratamento cirúrgico, processo de escolha para a cura das hérnias inguinais, conquanto o melhor, a larga messe de processos existentes, fala eloquentemente da precariedade terapêutica e dos resultados até agora obtidos com cada um dêles. “Um processo ideal para a cura radical das hérnias ainda não existe.”

Os AA intercalam, neste passo, algumas particularidades relacionadas com os diferentes tipos de técnica operatória, tais como as suturas músculo aponevróticas a atrofia dos feixes musculares por compressão exercida pela sutura, a fâscia transversalis, o tratamento do saco e o material de sutura.

Por último são estudadas as técnicas operatórias, propriamente ditas, em seus 3 tempos essenciais; a dissecação do canal, o isolamento e tratamento do saco

herniário e a reconstituição da parede. E, num esquema, sintetizam estes 3 tempos em sua sequência operatória:

- 1.º tempo { a) incisão da pele e tecido celular subcutâneo;
b) abertura do canal inguinal.
- 2.º tempo { a) dissecação e isolamento do saco;
b) tratamento do conteúdo;
c) tratamento do saco.
- 3.º tempo { reconstituição plástica da parede inguinal { a) proc. médio-funicular: BASSINI.
b) proc. pre-funicular: GIRARD ou COLEY
FERGUSON
c) proc. retro-funicular { E. ANDREWS
ZIMMERMANN.

À propósito de cada tempo são descritas as técnicas e os processos especializados bem como as indicações e as contra-indicações.

No terceiro tempo, isto é, da reconstituição plástica da parede inguinal são revisados e criticados sucessivamente:

- a) os processos médio-funiculares.
- b) os processos pre-funiculares.
- c) os processos retro-funiculares.

Em seguida, é estudado o processo de ANDREWS sendo feita sua respectiva indicação, finalizando, esta parte, com uma breve revisão do processo de ZIMMERMANN, publicado em fevereiro de 1938, no S. G. O.

E assim, concluem os AA que todos estes diferentes processos “têm suas indicações precisas que é indispensável conhecer e respeitar.” Inferem, outrossim, pelos processos de ANDREWS, ou de ZIMMERMANN, os quais consideram como os mais perfeitos, mas cuja ausência estatística não os podem tornar sobremodo convincentes.

Tôda esta extensa colaboração deixa entrever largamente o profundo conhecimento dos AA. com relação ao tema proposto e seus ingentes esforços para que o problema não solucionado do tratamento das hérnias inguinais obtenha dos cirurgiões e dos estudiosos de matéria anatômica, a solução mais próxima.

Ilustrado com diversas gravuras, o texto torna-se uma leitura amena e suave onde à-par dos conhecimentos técnicos, a colaboração transmuta-se em uma precisa lição de anatomia e técnica-cirúrgica, através um estilo atraente de linguística científica.

Dr. Tasso Vieira.