

FERIMENTOS DO CORAÇÃO (*)

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Dr. TASSO VIEIRA DE FARIA

1.º Assistente e Chefe-de-Clinica da Cadeira de Clinica
Propedêutica Cirúrgica (Cat. Prof. Dr. Eliseu Paglioli).
Chefe-de-Clinica da 29.ª Enfermaria (Serviço de Cirurgia
Geral de Senhoras). Santa Casa.

Meus senhores.

PARA a aula de encerramento dêste ano e como mais uma contribuição ao Curso de Erudição Médica mantido por esta cadeira, no decurso do ano que já finda, pareceu-nos que uma singela palestra que versasse sobre algum tema atual, de capital importância, e em pleno desenvolvimento, seria a mais apropriada. Visariamos, com tal finalismo, apenas a apresentação de mais uma das múltiplas questões ainda em estudo e experimentação pelos diversos autores, na esperança de que os senhores pudessem futuramente, adjudicar-lhe alguma proveitosa contribuição, e de modo algum, pelo sensacionalismo da escolha.

Ora, assim refletindo, foi que nos decidimos pelos "ferimentos do coração". E nestas condições, desejamos repassá-los, em breve síntese, não só pelo interesse em si do problema como para a maior divulgação do mesmo.

Cirurgia de ocasião, incomum, pouco freqüente, própria dos centros bem organizados, dotados, principalmente, de uma assistência de socorro rápida e eficaz condicionando por outro lado, instrumental e téc-

nicas especiais, ela, no entanto, ocorre em todos os meios e em tôdas as classes, uma vez ou outra, apanhando então de surpresa o cirurgião menos avisado, quando não o surpreendendo tristemente em sua absoluta ignorância.

E, meus senhores, em matéria de "ferimentos cardíacos" uma ação rápida e precoce, baseada num diagnóstico preciso, é a única estrada que pode conduzir ao êxito feliz. Mas isto nem sempre. Digamos mesmo que tal é a exceção.

Algumas intervenções cirúrgicas são tidas como "íngratas", pelos resultados maus senão pouco promissores, e o grupo das intervenções cardíacas figura certamente na primeira linha, entre elas.

As estatísticas dos autores bem o atestam: assim, REHN, que foi o primeiro autor a obter alguns sucessos positivos nesta delicada espécie de cirurgia, coligiu 124 suturas do coração, com apenas 49 casos de cura, ou seja, 40%. MONDOR, por sua vez, em 1930, reuniu 680 casos e só dá uma percentagem de 50% de curas. LE-NORMAND, FORGUE, FISCHER, LOISON, IKAWTZ, VAINO SEIRO todos apresentam cifras cuja percentagem de cura é relativamente pequena, para não dizermos escassa, e estão ainda convencidos de que as cifras reais permanecem aquém

(*) Palestra realizada no encerramento oficial do Curso de Erudição Médica, da Cadeira de Clinica Propedêutica Cirúrgica, ministrado aos alunos da 4.ª Série Médica, no ano de 1941.

das fornecidas e divulgadas por êles próprios.

E por que isto se verifica? Por que a mortalidade é superior a 80 e 90%? Importância do órgão? Defeitos técnicos? Sequelas operatórias? Condições orgânicas especiais?

Sabe-se, com efeito, que os poucos doentes que logram curar-se, quer espontânea, quer cirurgicamente, conservam evidentes resquícios do traumatismo, tais como lesões valvulares, sínfese cardíaca, palpitações, vertigens, dispnéia, arritmias etc..., e até mesmo sofrem, após algumas semanas ou meses do acidente ou da intervenção, morte súbita, quer por ruptura espontânea, quer por ruptura da cicatriz operatória. Donde resultam já 3 conseqüências: *a primeira*, que o ato operatório deve ser realizado com o maior cuidado e a maior segurança, principalmente no que respeita às suturas; *em segundo lugar*, que tais pacientes no post-operatório imediato e tardio jamais devem afastar-se das vistas de seu médico; e, *em terceiro lugar*, que após a intervenção cirúrgica, se faz absolutamente necessário o concurso de um médico internista, de um clínico, e até mesmo de um cardiologista se fôr possível, o qual, juntamente como cirurgião, seguirá notando e tratando as modificações que forem surgindo.

Se se abandonam, por outro lado, os ferimentos cardíacos "à sua própria e natural evolução", verifica-se que a mortalidade sobe para mais de 90% dos casos. Diante destes fatos, como agir?

Para responder esta pergunta deve-se passar ao estudo mais pormenorizado dos ferimentos cardíacos, pois, em verdade, são êles que constituem a quase totalidade das afecções cirúrgicas do coração.

Cite-se de passagem, no entanto, e a título de curiosidade, a belíssima observação de H. APABLAZA, de um quisto hidático do coração, transposta ao não menos notável "Tratado de Diagnóstico Cirúrgico", do Professor ADOLFO RECCIUS, do Chile.

O conhecimento claro e preciso que mantêm as paredes cardíacas com o plastrão esterno-costal nos parece indispensá-

vel para a elucidação dêste grupo de afecções. E tanto importa tal conhecimento sob ponto de vista de conduta terapêutica, como pela noção de segurança da sede de lesão.

Nestas condições, por sua situação anômica especial, a face do coração mais exposta aos traumatismos é a *anterior* que compreende, em sua maioria, o coração direito, ou melhor dizendo, o ventrículo direito. Nesta mesma ordem de idéias, e sucessivamente, seguem-se o ventrículo esquerdo, a aurícula direita e a aurícula esquerda.

Situado por sua vez no mediastino anterior, entre os dois pulmões e atrás da parede esterno-costal, ricamente vascularizado pelas artérias coronárias, possuidor de um sistema nervoso intrínseco especial e próprio, o coração é inteiramente envolvido pelo pericárdio, saco de natureza fibro-serosa, inextensível, por intermédio do qual mantém relações estreitas com os órgãos vizinhos. Lógico é, por conseguinte, que os ferimentos que se fazem em sua estrutura alteram quase sempre o pericárdio. E dissemos "quase" uma vez que LOISON, neste particular, cita oito observações em que há ferimento cardíaco sem comprometimento pericárdico! As alterações também podem estender-se às pleuras, aos pulmões, ao mediastino posterior, ao diafragma, e mais raramente às vísceras do abdômen.

De uma maneira geral, os ferimentos do coração resultam de duas fontes: ou são feitos por arma branca, ou então realizados por projétil de arma de fogo. *No primeiro caso*, realizam o tipo de ferimentos incisivos e penetrantes com soluções de continuidade maiores ou menores. *No segundo caso*, há propriamente mais uma ruptura irregular, com bordos fissurados, quando não o próprio despedaçamento do órgão, o que, aliás, encontra perfeita e cabal explicação na "teoria hidráulica" segundo a qual "o projétil tendo atravessado a primeira parede e havendo chegado à cavidade cheia de líquido comunica ao líquido uma hiperpressão brusca, capaz de fazer estilhaçar o coração".

Um ferimento por arma branca pode atingir apenas o pericárdio, ou então atravessa o pericárdio e arranha o próprio miocárdio sem contudo penetrá-lo. Nesta ordem de considerações, é conhecido, na literatura, o caso de La Tour d'Auvergne que sucumbiu após um lançamento e só na necropsia se pôde verificar um pequeno ferimento, pouco profundo, na parede do ventrículo esquerdo.

Uma outra modalidade se pode apresentar: o projétil não penetra mas realiza um ferimento tangencial, isto é, atinge a parede de "raspão", ocasionando um sulco não penetrante.

São de CHARLES LENORMAND as seguintes palavras: "a maior parte dos ferimentos observados pertencem à prática civil; em cirurgia de guerra, as feridas do coração são raras, não porque este órgão não possa ser atingido como os outros, mas porque os projéteis de grandes velocidade produzem soluções de continuidade muito grande, verdadeiros rasgamentos do coração, determinando a morte imediata; entretanto, durante a guerra de 1914 a 1918, publicaram-se alguns ferimentos do coração em que foi possível uma sobrevivência suficiente de maneira que o cirurgião pôde intervir. Observações, hoje numerosas, de antigos feridos do peito, portadores de projéteis cardíacos mais ou menos bem tolerados, demonstraram que, mesmo em cirurgia de guerra, todos os ferimentos do coração não são fatalmente mortais".

E, mais adiante: "Os ferimentos do coração se acompanham por vezes da inclusão de corpos estranhos. Seja uma agulha, uma ponta de espada ou de estilete, uma haste metálica; seja, o mais das vezes, uma bala ou um estilhaço de obus ou de granada. As balas podem ser encontradas, quer livres na cavidade pericárdica, quer enquistadas na espessura da parede do ventrículo, quer, enfim, livres nas cavidades do coração. A tolerância do coração aos corpos estranhos é surpreendente. As balas enquistadas na parede ou livres no pericárdio são bem suportadas em grande número de casos; aquelas mesmas que estão nas cavidades cardíacas não se acompanham se-

não raramente de trombose ou de acidente qualquer; elas podem passar do coração aos grandes vasos, seja para as veias, seja para as artérias, constituindo verdadeiras embolias (caso de SCHLOFFER, em que o projétil foi encontrado na subclávia; caso de PERDOUK, em que passou na artéria ilíaca; caso de LUTHI, em que o projétil foi encontrado na carótida).

A título de curiosidade, deve assinalar-se o caso, provavelmente único, de SINGLITICO, de um projétil que penetrou no coração sem ferimento deste órgão: a bala havia atingido a veia ilíaca primitiva e de lá seguira para o ventrículo direito no qual ela era perfeitamente tolerada há 18 anos".

Segundo GUIBAL, "a constatação do ferimento de entrada ao nível da zona de projeção parietal deste órgão é uma presunção séria em favor dum ferimento do coração". Contudo, não se deve contar sempre com isto, pois, muita vez, o projétil desvia-se e se afasta do coração.

Agora vejamos: o portador de um ferimento desta natureza por que sofre morte súbita? Postas de lado a influência nervosa ou reflexa, devem ser consideradas sucessivamente duas hipóteses: a hemorragia e a compressão do coração.

a) *A hemorragia* é abundante nos ferimentos penetrantes porque nestes as cavidades ficam abertas, rôtas. O sangue, por sua vez, pode escoar-se para o exterior, ou então acumular-se na pleura esquerda, dando lugar ao chamado *hemotórax*.

Nestas condições, o doente apresenta-se com um síndrome de grande hemorragia interna devido a irrupção do sangue na grande cavidade pleural. Dispnéia extrema. Palidez mortal da face. Imobilidade completa do ferido. Esfriamento das extremidades. Pulso pequeno, rápido e irregular. Macicez de um setor pulmonar com abolição das vibrações vocais e do murmúrio vesicular. Examine-se o orifício de entrada: algumas vezes, puntiforme, outras, amplo. Busque-se com precaução o orifício de saída (DANBRIN).

b) *A compressão do coração* se faz pelo derrame sanguíneo que se acumula no

pericárdio. Já tivemos ocasião de salientar que o pericárdio é um saco fibro-seroso inextensível. Ora, se a abertura ocasionada pelo ferimento fôr pequena, e o sangue não puder escoar-se para fora do pericárdio, ir-se-á, rapidamente, acumulando em seu interior, determinando o quadro clínico do chamado *hemopericárdio*. Célere, instala-se, então, um síndrome de asfixia com cianose da face e turgescência das jugulares, angústia extrema. O enfêrmo apresenta-se algumas vêzes agitado e refere mesmo o acidente. Fácies violácea. Extremidades frias e cianóticas. Pulso pequeno, irregular, arritmico (o que é um sinal muito importante). O exame do coração mostra a abolição do choque da ponta, o aumento da zona de maciez cardíaca e o abafamento das bulhas com alguns ruídos adventícios anormais ("ruído de moinho"). O exame radioscópico, se as condições permitirem praticá-lo, sem retardo, no próprio leito do doente, mostra um derrame e uma imobilidade da área cardíaca, o que constitui talvez o melhor sinal do hemopericárdio, porque, em realidade, os dois quadros clínicos do hemotórax ou do hemopericárdio são, rara vez, bem definidos (DANBRIN).

Uma eventualidade que sucede com bastante freqüência é a combinação do hemotórax com o hemopericárdio, agravando, assim, ainda mais o quadro clínico, e sombriando notavelmente o prognóstico.

As seguintes observações, tiradas de QUERVAIN, elucidam quanto aos ferimentos cardíacos:

1.^a) "Um jovem hipocondríaco intenta suicidar-se, com uma fina lima, causando três ferimentos penetrantes em sua região precárdica; é conduzido ao hospital três horas depois do acidente. Pulso rápido e apenas perceptível. Durante a exploração, rapidamente praticada, aumentam a dispnéia e a cianose, o pulso torna-se impalpável e o olhar vítreo. Pratica-se imediatamente a ressecção de uma costela e se incide o pericárdio, cuja cavidade está cheia de sangue. Neste instante, a enfermeira encarregada da vigilância exclama: "Agora reaparece o pulso!" Não existia hemor-

ragia na pleura: por conseguinte, os sintomas não eram os da anemia, mas sim os de compressão. O enfêrmo, com pulso cheio e bom aspecto, foi conduzido para cama sem que se lhe praticasse a sutura do coração, porque a hemorragia se havia coibido espontaneamente e o ferimento, quíça, não era penetrante. O caso terminou pela cura".

2.^a) "Um ancião, com uma pequena faca de cozinha praticou três ferimentos penetrantes na região precárdica; mas apesar de minuciosa exploração praticada não se logrou apreciar sintoma algum que se relacionasse com o coração. Oito dias depois faleceu o doente em consequência de uma pneumonia, e a necrópsia revelou a existência de um pequeno ferimento por picada penetrante no ventrículo esquerdo, precisamente na ponta do coração, e cujos lábios estavam fechados com fibrina. A cavidade do pericárdio continha uma pequena quantidade de líquido sanguinolento". Salientemos, agora, que o emprêgo da sonda exploradora deve ser proscrito terminantemente, pois o que importa não é saber se o ferimento é penetrante ou não, e sim quais os órgãos internos lesados o que, evidentemente, a sonda não pode revelar. LONGO propôs para os grandes ferimentos que ao invés da sonda se utilizasse a "exploração com o dedo", mas, pensamos da mesma maneira, que uma tal exploração acarretaria as mesmas inconveniências das que existem para a sonda.

RECCIUS afirma que "desgraçadamente não existe nenhum sinal patognômico dos ferimentos cardíacos; mas o conjunto dos sintomas locais e gerais, e sua cuidadosa consideração, permitem, freqüentemente, chegar a um diagnóstico quase de certeza".

Na prática, como nos aconselha QUERVAIN, o seguinte princípio pode orientar. "Se como sequela de um ferimento, que por sua topografia permite suspeitar a lesão do coração, aparecerem graves transtornos da atividade cardíaca ou anemia aguda, devemos considerar como muito provável uma lesão cardíaca, sendo para ela indiferente ~~que~~ a maciez cardíaca esteja ou não au-

mentada. Se estes sintomas, apesar de ser o alívio transitório, se agravarem de modo manifesto, é mister intervir, sempre que as condições materiais naturalmente o permitam”.

E para finalizar, meus senhores, não podemos deixar de repetir o que há mais de três séculos já referia AMBROISE PARÉ, de que os ferimentos do coração não eram seguidos de morte imediata, rápida e fatal. Em 1896, CAPPELEV, e depois FARINA, tentaram a intervenção no homem pela primeira vez; alguns meses mais tarde coube a REHN (de Franckfort) obter a primeira cura, no homem, de um ferimento do ventrículo direito. Em França, a primeira sutura do coração foi realizada por MARION, em 1898; mas foi FONTAN quem obteve o primeiro sucesso, em 1900. Os resultados estatísticos, embora pouco animadores, no entanto, nos ensinam que o trabalho deve ser continuado, uma vez que uma solução, ou melhor dizendo, que um método terapêutico definitivo, ainda não logrou ser traçado.

Meus senhores.

A breve síntese que vimos de realizar sobre tão palpitante assunto, como dissemos

no início, teve o objetivo mais de despertar a atenção dos senhores do que, propriamente, de lhes ensinar minúcias de quaisquer ordem. A literatura médico-cirúrgica, a respeito, é pródiga em exemplos e publicações e desejávamos, sinceramente, que ela fôsse procurada e compulsada a fim de que as inteligências moças que nos escutam pudessem também adicionar-lhe seus frutos, em observações futuras mais perfeitas, em experimentações mais acuradas, em métodos terapêuticos mais felizes. E, se neste particular, um véu de pessimismo pode estender-se e cobrir o brilhantismo das realizações, nem assim porém deve o espírito científico esmorecer, mas, pelo contrário, armado com a Fé, expressão espiritual do indivíduo, com a Perseverança e o Trabalho reiterado, vigas mestras da individualidade consciente, com o Estudo “*conditio sine qua non*” do homem de ciência, ele deve projetar-se além, para as alturas blandiciosas do entusiasmo virente e sadio, onde as agruras cedem diante das dificuldades, onde as flores cobrem a agressividade dos cardos, onde as arestas são ondulações perenes, numa suprema aspiração total de Bem, numa ânsia integral de Perfeição!

Disse.