

TRATAMENTO DE HÉRNIAS E SUA HISTÓRIA

Por **Claudio B. Lena**

A palavra hérnia se deriva provavelmente do vocábulo grego *Epvos* que significa ramificação, saída e em sentido estrito pode aplicar-se à tóda protusão ou projeção para fóra da superfície ou coberta periférica.

Os têrmos populares, como ruptura e abertura são os que sobreviveram a antiga idéia de que a hérnia era realmente devida a um desgarro peritonial.

Não foi sinão a pouco tempo, que se chegou a reconhecer que ainda quando o aumento da pressão abdominal em consequência de levantar objetos pesados, fazer um exercício ativo ou intenso, é a meudo a causa determinante imediata da hérnia, esta só aparecerá a título excepcional si não existe previamente um saco preformado ou quando menos uma relachação anormal, em uma abertura ou orifício préexistente.

Isto se aplica de modo especial, com o apoio da EMBRIOLOGIA, ao caso do conduto inguinal.

Como sabemos, desde tempos remotos, as hérnias desta região incapacitaram aos homens para dar a totalidade de seu rendimento físico. Em vista disto sempre existiu um grande interêsse por parte dos cirurgiões para resolver êstes problemas.

E' provável que a escola grega de cirurgiões de Roma, durante as primeiras centurias da éra cristã, praticara a incisão e certa forma de ligadura do saco herniário.

Quero crer, no entretanto, que aparelhos construtivos para a contensão das hérnias existiram em todos os tempos.

Nicolas Lequin em 1665 na França introduziu as molas na confecção das fundas.

Malgaine era grande defensor das fundas inglesas de Salmon.

Utilizavam-nas principalmente na cura radical de certas hérnias nas crianças e jovens, e, os resultados conforme os casos eram satisfatórios.

Nas umbelicais, obtinham êxitos naquelas do início da vida extra uterina; nas inguinais na primeira infância podia-se esperar a cura por meio de fundas, colocadas dia e noite e quiça anos.

Na Idade Média o recurso empregado consistia na aplicação brutal do cautério e

de causticos. Aparentemente, a forma do saco era estudada quando estava cheio. Depois, o paciente era colocado de espa-duas e se esvasiava o saco, aplicando o ferro ao vermelho vivo sôbre tóda a sua extensão.

A exteriorização do osso do púbis ocorria com frequência e como é de esperar-se, a cura se fazia por meio de uma grande cicatriz.

No XVI século foi introduzida a disseção por Vesalio e métodos mais inteligentes apareceram.

Existiu o "punctum aureu", cujo objeto era passar um arame de ouro ao redor do saco herniário e do cordão, retorcendo apertadamente, porém conservando a circulação do testículo.

A "sutura real", baseada no princípio mais lógico; para aplicá-la era descoberta uma extensão considerável do saco e o cordão por baixo do anel externo. Depois se colocava um fio longo ao redor do saco, fechando-o; nesta manobra se evitava o cordão.

Pierre Franco, contemporâneo de Peré, aconselhava a exteriorização do testículo e a amarração do saco sem incluir o conduto deferente ou as veias espermáticas.

Em certa época quando as condições anatômicas das hérnias eram mal conhecidas se as operavam muito "só a inconsciência dos operadores podia explicar tais intervenções".

Exceção feita a Celse que receava o saco e respeitava o testículo.

Pode-se dizer que os empíricos faziam um excesso de operações mal conduzidas, mal regradas, ineficazes e nas quais êles não esqueciam de sacrificar o testículo. Até o século XVIII, operar uma hérnia equivalia a castrar os doentes e se compreende que eram todavia preferidos, assim recomendava Guy de Chauliac, do que permitir aplicar sôbre a tumefação emplastos e misturas bizarras.

O tratamento por injeção. Introduzindo um líquido irritante ao redor ou no próprio saco, para obter a obliteração do mesmo, tal era o intuito procurado.

Jobert de Lamballe, Maisonneuve, Velpeau, faziam injeções no saco herniário. Lu-

ton, com uma solução de sal marinho, Schwalbe com uma solução alcoólica, Lannelongue, em 1896, com uma solução de cloreto de zinco a 1/10, procurando determinar no trajeto e ao redor do colo uma formação de tecido fibroso retratil.

A introdução da cirurgia sub-cutânea por Stromeyer em 1835, assinala uma era importante na história do tratamento operatório das hérnias.

Dentre os primeiros métodos que se usaram mencionaremos os de Wutzer e Gerdoj, e o de John Wood que era uma combinação dos métodos abertos e sub-cutâneos (1857).

Durante o século XVIII se fizeram grandes adiantamentos na anatomia dos condutos inguinal e femoral, realizados sobretudo por Gimbernat, Camper e outros, cujos nomes foram ligados as estruturas aponevróticas dessas regiões.

Estes adiantamentos culminaram, ao princípio do século XIX, com as monografias estupendamente ilustradas de Sir Astley Cooper na Inglaterra e de Antonio Scarpa na Itália.

Em particular, a obra clássica de Cooper é praticamente completa no que se refere a anatomia das hérnias da região inguinal.

No entretanto quase não tem uma só palavra sobre a reparação da hérnia tal como se entende atualmente.

Aparte das descrições anatômicas originais e precisas, o livro está dedicado primordialmente a redução das hérnias inguinais e femorais e o tratamento operatório da estrangulação herniária.

Vale a pena a seguinte descrição da obra de Cooper: voltar a introduzir a parte saída, se deve intentar em primeiro lugar pelo que se chama TAXIS.

Isto se consegue colocando o paciente sobre o dorso e pondo uma almofada em baixo da pelvis e outra em baixo dos ombros o que se faz que a região lombar fique suspendida entre elas. Ambas coxas devem elevar-se até formar um ângulo reto com o corpo do paciente e os joelhos se colocarão tão perto um do outro como para que só passe a mão do operador entre êles.

O cirurgião se coloca ao lado direito do paciente, depois toma o tumor com sua mão direita e o pressiona para o anel abdominal até lograr que não volte a baixar; aplica o índice e o polegar de sua mão esquerda sobre o colo do tumor no lugar onde

penetra ao abdômen, o pressiona suavemente de um lado e de outro, tentando libertá-lo e poder introduzir uma pequena parte dentro do abdômen.

Si pode meter-se a parte menor, o resto geralmente se introduz com grande facilidade. A pressão deve ser suave, firme, constante e assim sustentada de um quarto a meia hora e si por falta de elasticidade da hérnia, o cirurgião supõe que é totalmente de epiploo, a força empregada para a redução deve ser muito maior que a que da segurança no caso das variedades de intestino.

Esta conduta nunca melhorou si bem que alguns dos recursos amplamente usados no tempo de Cooper atualmente já não se emprega. Supondo que a redução por taxis fracassava, se empregava a vesicação para causar o desfalecimento geral, e, para conseguir uma relachação mais marcada, se adicionava um banho quente. Depois se voltava a tentar a taxis. Si fracassava novamente, o cirurgião fazia uma última tentativa e o que Cooper considerava suas melhores cartas ou seja o enema de tabaco e a aplicação de frio. O primeiro se preparava fazendo uma infusão de uma dracma (3,5 gr.) de tabaco em 16 onças (480 c.c.) de água fervendo durante dez minutos. Quando se introduzia no reto causava languidez extrema, pulso débil e rápido e suor frio e tal relachamento geral, que o paciente não tinha força para mover nenhum dos músculos voluntários do corpo. Como apoio a este procedimento si era possível, se applicava gelo colocado na bexiga na parte tumefata.

E quanto a operação para a hérnia estrangulada não se descreve nenhuma outra — se prestava grande atenção a libertação da constrição no colo do saco, sem seccionar a artéria epigastrica nem lesionar o intestino estrangulado.

Geralmente se abria o saco e seu colo estreito se seccionava com um bisturi de ponta romba, que se introduzia plano sobre o dedo, porém alguns cirurgiões pensavam que era mais seguro seccionar o colo aponevrótico sem abrir o saco.

Alexander Monro Jr., o segundo da linha de grandes cirurgiões e mestres de Edimburgo, assinala em suas observações sobre a hérnia crural "Parece singular que Mr. Gimbernat haja recomendado abrir o saco antes que a substância tendinosa seja seccionada em um tempo prévio para estar

completamente a salvo dos maus efeitos devidos a exposição do intestino ao ar". Em outras palavras, abrindo o saco, sobre a base de que o intestino era viável e podia reintroduzir-se, se expunha o paciente à infecção e a peritonite fatal.

O saco não era dissecado em massa, pois podia causar-se uma temível supuração.

Eram fechados exclusivamente os tecidos superficiais. É natural que nos dias em que nada se sabia das suturas intestinais fôra muito temível a gangrena do intestino.

Se cortava a parte com necrose e os extremos abertos se fixavam no colo do saco. Se estabelecia assim o temível anus contra natura, pelo qual se descarregava o conteúdo intestinal irritante.

Cooper, Benjamin Travers e indubitavelmente alguns outros, intentaram fazer suturas intestinais em cahorros, porém consideravam impossível praticar suturas terminais.

Scarpa se assombrava da frequência com que a natureza realizava a cura, porém disse o estabelecimento da continuidade no conduto intestinal só se assegura por meio do colo do saco; assim se juntam os extremos do intestino aberto e se forma uma pequena cavidade intermediária que toma o lugar do intestino destruído pela gangrena.

Dupuytren teve mais alcance — inventou umas pinças dentadas com ramos longos que mordida gradualmente seu caminho através da divisão existente entre os extremos abertos do intestino, ou seja foi esta a origem do procedimento de Mikulicz para unir os extremos seccionados do colon, que todavia se encontra útil.

Não foi sinão até o período antisséptico, com os notáveis descobrimentos de LISTER e PASTEUR que a cirurgia teve um grande adiantamento.

O primeiro método operatório para a cura radical da hérnia, praticado depois do período antisséptico foi o de Richard Steele, de Londres em 1874, seguido dos de Czerny em 1877, Marcy em 1878, e o de Lucas Championnière em 1881, êste último sustentador do listerismo na França, abria amplamente a conduto inguinal de tal modo que podia cortar o saco ao nível de peritônio parietal.

Macewen em 1887, liberava o saco por cima do anel interno e depois o dobrava sob si mesmo, operação que provavelmente Kocher melhorou (1892) quando fez subir o

saco pelo conduto e o inseriu sobre a superfície da aponevrose do obliquo externo.

Si bem que os resultados imediatos destes métodos fossem excelentes, principalmente na mão de seus autores, em troca o balanço total dos resultados, distou muito de ser satisfatório, até o ponto de que, em 1890 os cirurgiões mais conservadores começaram a duvidar de todos os métodos designados como de cura radical das hérnias; por que as estatísticas das mais fidedignas fontes davam uma proporção de recidivas de 30 a 40%, durante o primeiro ano depois da operação.

Ademais, os perigos que ocorriam os operados de hérnia nessa época não deviam ficar ignorados.

Quatro dos maiores hospitais de Londres tinham em 1890 uma mortalidade de 6 %.

Foi quando Bassini em 1887 ou 1889 publicou seu método de reconstrução do conduto, depois de ligar e cortar o saco em seu colo.

Em 1890 Halsted que transplanta o cordão espermático mais para fora, de modo que fica colocado debaixo da pele e apronevose superficial.

Bases em que se fundamentam os diversos métodos operatórios.

A ligadura do saco e sutura dos pilares externos do conduto: métodos de Czerny, Banks e McLomare.

Sutura do canal e reforçamento do mesmo com a aponevrose do músculo obliquo externo: método de Championniere.

Pregamento do saco para formar uma almofada que obture o anel inguinal interno — método de Macewen.

Torsão do saco e sutura do mesmo por fora da aponevrose: método primeiro de Kocher.

Secção do canal, ligadura alta do saco, cura por granulação, da ferida (deixando-a aberta): método de McBurney.

Secção da aponevrose do musculo obliquo externo, ligadura do saco e transplante do cordão; sutura do musculo obliquo interno ao ligamento de Poupart: métodos de Bassine e Halsted.

Transplante do cordão, seccionado por completo e aponevrose transversa e separando os vasos epigastros: método de Flowler.

Modernamente, para o tratamento das hérnias inguinais novos procedimentos apareceram, e, para dar uma idéia geral da

grande variabilidade dos métodos propostos, é transcrita a classificação de Bouveret.

1) Procedimentos que não cortam o grande obliquo e não atuam sobre o canal inguinal.

2) Procedimentos que cortam o grande obliquo, reforçando apenas a parede anterior.

3) Procedimentos que constroem um novo canal.

4) Procedimentos que suprimem o canal e deixam apenas um orifício para o cordão.

5) Procedimentos que reforçam o canal por meio de elementos de vizinhança.

6) Procedimentos que reforçam o canal com elementos do exterior.

7) Procedimentos que desviam o trajeto do cordão para pontos próximos.

8) Procedimentos que não deixam suturas perdidas.

Para as hérnias crurais temos dois grupos de procedimentos: a via Crural ou Femoral e a via Inguinal tendo ambos as preferências destes ou daquele cirurgião, conforme o caso.

Por último, nos resta a referir, que os métodos ou modificações de métodos propostos para a cura radical das hérnias nestes últimos anos são tão numerosos que não se pode nem sequer intentar descrevê-los. Muitos deles diferem tão pouco um dos outros que nem merecem um nome especial, e, a maior parte se fundam em princípios gerais reconhecidos como exatos desde muito tempo.

BIBLIOGRAFIA

Patologia Quirúrgica: John Homans M.D.

por: Bengouin — Bourgeois — Duval — Gosset — Jeanbrau — Lecéne — Lenormant — Proust — Tixier.

Tratado Teórico Prático de Patologia Quirúrgicas — Vol. IV.: Dr. W. W. Kleen LL. D.

Técnica Quirúrgica. Vol. III. por: F. E. Christmann. C.E. Ottolenghi. — J. M. Raffo. — G. Von Grolman.

Precis de Pathologie chirurgicale Vol. III.