

Embora argumentos atualmente aceitos como definitivos tenham diferenciado a Cirurgia Pediátrica como uma especialidade, ainda hoje existem — em determinados centros médicos — reservas, por parte de certas pessoas, em admitir tão incontestável e definitiva verdade.

Decorre êste lamentável fato (que causa prejuízos não somente para os pacientes, mas interfere também de maneira significativa na complementação profissional do estudante de medicina) do desconhecimento da valiosa literatura — tanto nacional como estrangeira — sobre os fatores que destacam a Cirurgia Infantil do campo da cirurgia do adulto.

Ocioso seria reproduzir aqui a argumentação contida nas publicações em apêndice (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Nos limitaremos apenas a analisar aquêle fator que — em nosso entender — caracteriza definitivamente a Cirurgia Pediátrica como especialidade: trata-se da ETIOPATOGENIA dos problemas suscitados pela patologia do recém-nascido e da criança.

Com relação à PATOLOGIA DO RECÉM-NASCIDO sabemos que, até há poucos anos atrás, as dismorfias pouco ou nenhum amparo encontravam na medicina. Atualmente, no entanto, graças principalmente ao trabalho desenvolvido pelos profissionais que se dedicam, de forma especial, à Cirurgia Infantil, grande número de malformações podem ser corrigidas pela cirurgia (atresias esofágicas, atresias e estenoses duodenais, jejunais e jejuno-ileais, etc.). Do que

acima foi dito resultaria, por outro lado, u'a maior solicitação de conhecimentos, aos pediatras, que são, atualmente, obrigados a voltar seriamente a sua atenção para o estudo do quadro clínico condicionado por uma dismorfia, pois sabemos que, num caso de malformação, é fundamental para o pleno êxito do tratamento cirúrgico, a **precocidade do estabelecimento do diagnóstico**.

Disto se conclui ser necessário um maior entrosamento entre o cirurgião pediátrico e o pediatra. E do resultado dêste trabalho harmônico decorrerá:

a) diagnóstico precoce de grande número de malformações que podem encontrar amparo e serem solucionadas pela cirurgia;

b) resolver — no recém-nascido e na criança — as malformações que, atualmente, se constituem em problemas da cirurgia do adulto.

O entrosamento a que nos referimos acima não somente é útil e necessário, como possível. No Hospital da Criança Santo Antônio, o Pediatra exerce o seu atendimento no mesmo ambiente do Cirurgião Pediátrico. Existe, portanto, uma constante troca de informações, e um trabalho de equipe. Aliás, devemos esclarecer — complementando o que acima foi dito — que também no Hospital trabalham o Neurologista e Neurocirurgião, o Ortopedista, o Cirurgião Plástico e o Otorrinolaringologista. Significa isto que um recém-nascido ou uma criança, portadores de qualquer problema patológico,

* Especialista em Cirurgia Infantil pela Associação Médica Brasileira. Cirurgião do Hospital da Criança Santo Antônio de Porto Alegre — R.G.S.

encontram no Hospital uma equipe capaz de solucionar o seu problema. Esta orientação se reflete também no Ensino, pois que os estudantes de medicina que estagiam no Hospital, tem a oportunidade de ver, acompanhar e viver a assistência prestada em todos os seus aspectos.

Ainda com referência à manipulação cirúrgica do recém-nascido, sabemos que, somente o profissional habituado a tratar de problemas relacionados com a correção de malformações e que, portanto, tenha sólidos conhecimentos de embriologia, poderá auxiliar de modo mais efetivo o paciente. A determinação do diagnóstico é em tal caso, feita mais rapidamente; a base embriológica permitirá a compreensão correta do mecanismo que condicionou a malformação, e, finalmente, o esquema cirúrgico a ser indicado será fundamentado com objetividade, pois que sem os predicados acima enumerados, a terapêutica resultará — como muito seguidamente temos a oportunidade de constatar — ou em insucesso ou em intervenções mal indicadas e incompletas (submetendo os pacientes a diversas operações para resolver um problema que pode ser solucionado — em mãos experientes — numa única intervenção), os quais acarretarão, futuramente, problemas funcionais e psíquicos às vezes irremediáveis para os pacientes.

Do mesmo modo que o observado para o recém-nascido, encontramos na **PATOLOGIA DA CRIANÇA** argumentos sólidos e definitivos.

Em primeiro lugar, caso atentar para o fato de que — na maioria das vezes — os problemas cirúrgicos verificados na criança são **semelhantes**, não **iguais** àqueles detectados no adulto. Dissemos **semelhantes** e não **iguais** porque, uma judiciosa e detalhada perquirição demonstra que o mecanismo que condicionou a gênese dos mencionados problemas não é o mesmo. Observamos outrossim que, freqüentemente, fatores etiopatogênicos diversos condicionam o aparecimento de quadros clínicos semelhantes. Apenas para exemplificar, analisemos a hérnia inguinal — eventualidade patológica bastante freqüente tanto na criança como no adulto.

Sabemos que, na criança, a hérnia inguinal é única e exclusivamente um problema **morfológico**, condicionado pela

persistência e permeabilidade anormais do conduto peritônio-vaginal. No adulto, entretanto, a causa primária é **funcional**, resultante do desequilíbrio do binômio **tensão intra-abdominal X tonismo das massas musculares da parede** (12). A assertiva acima — fundamentada no estudo da base etiopatogênica — tem importância fundamental na feitura do esquema terapêutico a ser indicado para a correção plástica da parede do abdôme. Na criança, a simples obliteração e exérese cirúrgica do conduto peritônio-vaginal resolve definitivamente o problema (em mãos experientes, a recidiva é muito rara). Os casos em que reintervimos tinham sido operados por colegas que não se dedicam a Cirurgia Pediátrica como especialidade. No adulto, a simples exérese do saco herniário e reconstituição anatômica dos planos da parede não resolve o problema na maioria dos casos. É necessário que — completando a plástica corretora da parede — seja reorientado o eixo do vetor resultante da contração das massas musculares, de tal forma que, no momento em que esta contração se estabelecer, o gradeado muscular da parede oblitere eficientemente o trajeto inguinal. O falso conceito, até hoje defendido por algumas escolas anatômicas menos atualizadas, de que a região inguinal seria um ponto fraco da parede, só é correto em duas eventualidades:

a) defeito congênito. **Exemplos:** persistência do conduto peritônio-vaginal (criança e adulto — hérnia inguinal oblíqua externa); inserção pubiana defeituosa dos músculos da parede — trígono de Hessert (adulto).

b) distúrbio funcional. **Exemplo:** hérnia inguinal direta (oblíqua interna) e indireta (oblíqua externa) no adulto.

Lembramos aqui que a indicação para a correção cirúrgica, em um paciente portador de hérnia inguinal, é a feitura da intervenção logo após o estabelecimento do diagnóstico — não interessando a idade do paciente (recém-nascido, lactente ou criança) — pelos motivos seguintes:

a) elimina a grande incidência de encarceramento ou estrangulamento,

eventualidades muito freqüentes no primeiro ano de vida;

b) evita que, ao defeito morfológico representado pela persistência do conduto peritônio-vaginal, se ajunte o desequilíbrio dinâmico da parede — induzido pela presença do referido conduto.

Complementando o que acima foi dito, devemos lembrar que o cirurgião que se dedica à cirurgia pediátrica deve ter sempre em mente que o recém-nascido e a criança são seres em desenvolvimento e que, portanto, a esquematização de qualquer procedimento cirúrgico deve judiciosamente prever as consequências e avaliar os reflexos que o mesmo pode trazer — no futuro — para o paciente. POTTS (10) imaginou o diálogo que uma criança portadora de um problema cirúrgico manteria, se pudesse, com o cirurgião: "Please, Mr. Surgeon, exercise the greatest gentleness with my miniature tissues, and try to correct the deformity at the first operation. You know, I hope to use these parts of my anatomy for the next 67 years. Give me blood and the proper amount of fluid and electrolytes; give me plenty of oxygen with the anesthesia and I will show you that y can tolerate a terrific amount of surgery. You will be surprised at the speed of my recovery and I shall be always grateful to you". Como vimos, POTTS sintetiza com rara felicidade os princípios fundamentais que devem nortear a manipulação cirúrgica no recém-nascido e na criança (estruturas delicadas, cuja lesão poderá condicionar problemas graves para o futuro do paciente), a importância da reposição das perdas do paciente (muito sensível às modificações dos constituintes do seu balanço hídrico-eletrolítico e volume sanguíneo circulante). Saliencia êle ainda a grande capacidade vital e a fabulosa resistência apresentada pelo recém-nascido e pela criança à agressão cirúrgica (o cirurgião que já teve a oportunidade de realizar a correção cirúrgica — num recém-nascido de 6 horas de vida — de uma atresia esofagiana com fístula tráqueo-esofágica, pode testemunhar a assertiva acima).

Ao concluir desejamos mais uma vez salientar a tendência atual — nos gran-

des centros médicos — de diferenciar a Cirurgia Pediátrica como especialidade. Tanto isto é verdade que os ilustrados Professores participantes da 1.^a Conferência sobre o Ensino da Pediatria no Brasil (realizada em Petrópolis — fevereiro de 1962) recomendam — com a sua incontestável autoridade e profunda vivência do assunto — a inclusão, no Currículo das Escolas de Medicina, da Cirurgia Infantil como disciplina. Tomamos a liberdade de transcrever as recomendações acima referidas (1):

GRUPO D:

Tendo em vista:

a) a grande freqüência das afecções cirúrgicas no recém-nascido e na criança em geral;

b) a noção da criança ser um organismo em evolução e desenvolvimento, o que exige da cirurgia características próprias: é uma cirurgia realizada em função de um organismo em crescimento, o que dá ao ato operatório características de conservação e de previsão futura;

c) que nem sempre as cadeiras de Clínica Ortopédica e Cirurgia Infantil desenvolvem suficientemente o ensino da Cirurgia Pediátrica;

d) que os tratados e revistas médicas mostram de maneira evidente que os resultados operatórios são muito melhores nos Serviços Especializados de Cirurgia da Criança;

e) e que a Cirurgia Pediátrica está perfeitamente consagrada nos grandes centros internacionais e entre nós, o Grupo sugere que a 1.^a Conferência sobre o Ensino da Pediatria no Brasil

RECOMENDE

a) que a Cirurgia da Criança seja realizada por cirurgião com formação e mentalidade pediátrica;

b) que se estimule a especialização em Cirurgia Pediátrica e que seu ensino constitua uma disciplina do curso médico.

GRUPO B:

Logo que seja criada no currículo médico a disciplina de Cirurgia Infantil

— Que seja ela ensinada e faça parte do Departamento de Pediatria.

“A criança não é um adulto pequeno”

(CAMPBELL - 3).

S U M Á R I O

O A. realiza uma análise dos fatores que identificam, atualmente, a Cirurgia Pediátrica como uma especialidade dentro da Medicina.

Baseia a sua argumentação principalmente no mecanismo etiopatogênico das afecções cirúrgicas identificáveis no recém-nascido e na criança. Conclui divulgando as recomendações sugeridas pelos ilustrados Professores participantes da 1.^a Conferência sobre o Ensino da Pediatria no Brasil.

S U M M A R Y

The A. analyses the several factors that settle Pediatric Surgery as speciality within surgery.

His arguments rely mostly in the pathology of the recognized surgical diseases of the newborn and infant. In his conclusions, he quotes the recommendations suggested by the Professors integrating the First Brazilian Meeting on Pediatric Teaching.

R E F E R Ê N C I A S

- 1 — ANAIS NESTLÉ — Número dedicado à 1.^a Conferência sobre o ensino da Pediatria no Brasil. Petrópolis, fevereiro, 1962.

- 2 — BITAR, A.: Conceito de cirurgia infantil. Temas de cirurgia pediátrica. S. Paulo, Fundo Ed. Prociex, 1962.
- 3 — CAMPBELL, M. F.: Clinical pediatric urology, v. II. Phil., Saunders, 1954.
- 4 — DUHAMEL, B.: Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson. Paris, Masson, 1953.
- 5 — GAMBIRASSI, A. C.: Estenosis hipertrófica del píloro en los lactantes. B. Aires, Libreria Vazquez, 1940.
- 6 — GROSS, R. E.: The surgery of infancy and childhood. Phil., Saunders, 1953.
- 7 — OMBRÉDANNE, O.: Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. Paris, Masson, 1932.
- 8 — LAUGE-HANSEN, N.: Desarrollo y anatomia embrionaria del tracto gastrointestinal humano. Eindhoven (Holanda), Centrex Co., 1961.
- 9 — PINTO, V. A. C.: A cirurgia infantil. Rev. Cir. S. Paulo, 16: 99, 1950.
- 10 — POTTS, W. J.: Symposium on pediatric surgery — foreword. Surg. Clin. of N. Am. (nationwide — pediatric surgery), 1439, 1956.
- 11 — SWENSON, O.: Cirurgia pediátrica — trad. esp. por H. Vela. Mexico, Ed. Interamericana S. A., 1960.
- 12 — TEIXEIRA, A.: Hérnia inguinal na criança — análise de 100 casos operados. Medicina-Cirurgia-Farmacologia, 299: 170, 1962.
- 13 — VAZ, O.: Cirurgia pediátrica. J. Bras. Cir. (Cirurgia Pediátrica), 1: 555, 1962.