

# Secção de cirurgia da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

## O tratamento das hernias por injeções esclerosantes. Estado atual da questão.

Annals of Surgery, vol. 105, Março de 1937.

### A TRATAMENTO AMBULATORIO DA HERNIA

Arthur Bratrud, pag. 324

Em 1880 já Billroth dissera — si alguém pudesse obter uma solução que causasse uma proliferação artificial de um tecido que fosse tão duro e tão forte como uma aponevrose (fascia), a cura radical da hernia seria facilmente conseguida. Velpeau, de Paris, em 1893 foi o primeiro a empregar praticamente o processo com o uso de algumas substancias irritantes. E' verdade que Heaton nos E. U., em 1842 já havia usado com este fim injeções de tintura de eido, mas como o seu livro só veio á luz em 1887 e além disto não explica bem o seu processo, não lhe foi dada a prioridade. Mal feito, em mãos pouco habéis, em casos contra-indicados, o metodo caiu em franco descredito. Desde 1931 os americanos tem procurado resuscita-lo.

**Trabalhos experimentais** — O A, estudou experimentalmente em cães e coelhos diversas substancias esclerosantes. A mistura fenol-tuia — cuja formula é: fenol 50 partes, tintura de tuia 25, aleool 25 — a solução de Mayer a base de fenol, sulfato de zinco e extrato de pinus canadensis, o acido oleico, a quinurée, misturas a base de acido tanico, etc. Fez injeções sub-cutaneas, sub-aponevroticas, dentro da cavidade abdominal e no tecido sub-peritoneal, sempre em concentrações diversas. Em tempos variaveis os animais eram sacrificados e inumeros cortes em série eram feitos. Com as substancias mais inocuas fez depois experiencias "in anima nobili", usando previamente a anestesia local. Como resultado verificou que havia uma necrose mais precoce com a fenol-tuia do que com os preparados a base de acido tanico. Entretanto o tecido fibroblastico que se formava com a fenol-tuia, é mais denso e mais forte do que o que se forma com os preparados de acido tanico.

**Escolha dos casos** — Nas hernias umbilicais e nas inguinais diretas ou indiretas é que se observam os melhores resultados. A idade não é contra-indicação. Nas hernias femurais em geral os resultados não são bons, assim como nas hernias post-operatorias em que ha adherencias, visceras abdominais encarceradas e não ha um sacco bem definido. Hernias inguinais associadas á ectopia testicular ou hernias

irredutíveis não são tratados pelos processos esclerosante. De um modo mais geral toda a hernia de volume não muito grande desde que seja facilmente redutível e cuja sintomatologia melhora muito com o uso da funda, encontra no método das injeções franca indicação.

**A funda** — O A. assinala a necessidade absoluta da redução previa do conteúdo do saco herniário e a aplicação de uma funda que deve ficar muito bem colocada. Antes de iniciar as injeções a funda deverá ficar aplicada um certo tempo, que nas grandes hernias nunca deverá ser inferior a um mês ou seis semanas.

**Técnica** — O A. usou a mistura fenol-tuía ou a solução de Mayer. Começa com II a V gotas que são injetadas no orifício interno do canal inguinal. Duas injeções por semana de acordo com as reações individuais. Depois de algumas injeções forma-se no anel interno um exsudato bastante forte que não deixa mais sair a hernia, mesmo sem a funda. Injeta também em diversos pontos do canal inguinal, logo abaixo da aponeurose assim como no anel externo e no triângulo de Hesselbach. No mínimo 4 e no máximo 20 injeções foram necessárias para ter bons resultados. Desinfecção previa da pele — 2 cc. de novocaina a 2 % com adrenalina — esperar um minuto — conservar a agulha exatamente no mesmo lugar — aspirar para ver si não se vai injetar em algum vaso — injetar o esclerosante.

**Complicações** — Têm sido mencionadas — funiculite, hidrocele, epididimite, estrangulamento da hernia, esterilidade, abscessos, peritonite. A maioria destas complicações desapareceu desde que foram abandonados os preparados a base de ácido tânico e álcool. As complicações observadas pelo A. em seus casos foram — funiculites ás vezes no fim do tratamento mas pouco intensa, não prejudicando sequer as ocupações diárias do paciente; pequena hidrocele rapidamente absorvida; caso de paralisia temporária no nervo femural que cedeu espontaneamente no fim de uma hora (3 casos de outros autores); 1 caso de hiperestesia da coxa que durou 4 semanas; 1 caso de injeção mal feita, sem aspiração previa, veio á sua consulta — a substancia foi injetada na arteria epigástrica, houve forte dor ao umbigo e mais tarde descaramento da pele e escara. Nunca observou peritonite, apenas um caso de forte dor abdominal. Viu um caso em que injeção mal feita perfurou o ileon trazendo peritonite e morte.

**Objecções ao método** — Dôr — nunca foi muito forte e pouquíssimos foram os doentes que não puderam se entregar aos seus afazeres logo depois da injeção. O uso demorado da funda — o A. não vê inconveniente uma vez que esteja bem aplicada. É um processo cego e irracional mas tem uma uniça bem estabelecida que sendo seguida a risca não oferece perigos.

**Vantagens** — Tratamento ambulatorio — Póde ser usado em casos contra-indicados á cirurgia (estado geral, etc.).

**Desvantagens** — Longo periodo de tratamento — uso da funda — impossibilidade de cura certas variedades de hernias — dôr — reação inflamatória local em certos casos.

**Conclusões** — 1.º — O tratamento ambulatorio da hernia é um processo seguro e effiaaz para curar algumas de suas variedades, empregando uma tecnica apurada, mas si esta não for seguida a risca poderá haver perigo ou complicações.

2.º — Exige a cooperação do doente no uso adequado da funda.

3.º — Traz o tratamento da hernia das mãos de quem pouco ou nada conhece sobre diagnostico, patologia e anatomia, para as mãos de especialistas que sabem qual a conduta a ter.

4.º — A maneira de ajustar a funda e a tecnica das injeções são dados fundamentais.

5.º — A reincidencia da hernia desapareceu completamente pela combinação dos tratamento cirurgicos e por injeções.

6.º — Doentes que já estavam com incapacidade fisica para o trabalho ou que tinham contra-indicações cirurgicas definitivas, puderam melhorar muito com o processo das injeções a ponto de retornarem às suas occupações, ficando mesmo alguns deles curados. As complicações mencionadas não são suficientes para invalidar o processo.

## O TRATAMENTO DAS HERNIAS POR MEIO DE INJEÇÕES TECNICA E RESULTADOS

Carl O. Rice, pag. 343

Já ha alguns anos que o A. vem empregando o processo. Não vê no mesmo inconvenientes e quasi todos os accidentes podem ser evitados com o uso de uma tecnica adequada e soluções esclerosantes bem estudadas. O maior perigo é a injeção dentro de um vaso ou na cavidade peritoneal, principalmente quando se usam soluções a base acido-alcool. Com um pouco de pratica e precaução estes accidentes quasi não se dão.

**Escolha dos casos** — Para se fazer uma estatistica dos resultados finais é necessario uma seleção rigorosa dos casos. As condições primordiais de uma hernia para ser tratada por injeções são: redução facil, tamanho não muito exagerado, grande melhora clinica com o uso da funda. Como unica medida capaz de avaliar comparativamente o tamanho das hernias o A. cita o diametro do anel externo. Quando este diametro é maior do que 3 cm. não deve ser usado o processo. Outras contra-indicações: obesidade, individuos que fazem muito esforço ao defecar ou urinar, tosse rebelde não dominada pelos nossos recursos comuns. A idade não entra em linha de conta. Sifilis, diabete, hemofilia e outras afeções gerais não são contra-indicações absolutas e ficam ao criterio do clinico.

**Tecnica — Hernia inguinal direta** — O plano do fascia transversalis enfraquecido será infiltrado com uma série de cerca de 10 injeções, com 2 a 3 dias de intervalo. Procura-se com isto reforçar o ponto fraco por onde passa a hernia direta, tal como na intervenção cirurgica se faz suturando o tendão conjuntee á arcada de Poupart, por baixo do cordão 10 a 12 injeções na media dos casos.

**Hernia inguinal indirecta** — 3 injeções em redor do anel interno, colocadas circumferencialmente; procura-se o mesmo efeito que tem na operação o ponto de Coley estreitando este anel interno 4 a 10 injeções dentro do canal, em redor do cordão; mesmo fim que a sutura da aponevrose do grande obliquo por cima do cordão. Mais algumas injeções no fascia transversalis como na hernia inguinal direta; mesmo fim que na operação a sutura do tendão conjuntee á arcada de Poupart. Algumas ultimas injeções no angulo inferior do triangulo de Hesselbach, proximo ao tuberculo pubiano.

Tanto na hernia inguinal direta como na indirecta, deve-se ainda reduzir o diametro do anel externo, fazendo algumas injeções em sua circumferencia, no plano do aponevrose do grande obliquo.

Nos casos de indicação perfeita o numero medio de injeções para obter a cura foi 10. Alguns casos requeram menos e outros foram no maximo de 20 a 30.

**Considerações gerais e precauções** — A agulha ao penetrar na pele deve vir dirigida de cima para baixo, formando com a parede abdominal um angulo de 40°. Desta maneira evita-se a penetração na cavidade abdominal. Si o peritoneo for atingido haverá dor forte no abdomen inferior e contratura muscular. Si mesmo assim a injeção for feita haverá um pequeno choque, suores frios, pulso lento e fraco, dor e rigidês da parede abdominal. Estes sintomas desaparecem no fim de 20 a 30 minutos ou no fim de 2 a 3 dias si a injeção for feita em plena cavidade. O A. não usa anestésico previo afim de despistar precocemente estes sinais e evitar assim a injeção peritoneal ou abdominal.

**Resultados finais** — Começa citando a estatística de Wollmann; metodo das injeções — 2949 casos; metodos operatorios 1140 — accidentes: reação inflamatória sem supuração 33 com as injeções e 130 com a cirurgia; supuração franca (abscessos, fistulas estercorais, etc.) 20 com as injeções e 23 com a cirurgia; atrofia testicular 2 contra 5; mortes 1 contra 5.

Reune depois os resultados publicados por Kretzsemar, Mayer, Campos e Subirachs, Jameson, Wolfe, Gray, Wollermann e Bartrud obtendo 6550 casos tratados pelas injeções com 92,6 % de curas. Um questionario que fez entre 23 especialistas mais nos E. U. acusou 2216 casos com 85 % de curas.

Sua estatística pessoal compreende 804 individuos com 1025 hernias; 213 doentes não quizeram se submeter ao tratamento apesar de haver indicado; 115 foram operados por ser contra-indicado o metodo; 97 não levaram ao fim o tratamento. 445 hernias que foram tra-

tadas em 379 destes curaram completamente; o menor tempo de observação post-operatorio destes 379 doentes foi de 6 meses. Tem assim uma percentagem de cura de 97,6 %. Lembra as falhas operatorias avaliadas segundo as melhores estatísticas em 30 % e em geral cerca de 20 %.

**Complicações e consequencias** — Nas suas 445 hernias teve as seguintes complicações — funiculites 44; ulceração superficial da pele resultante da irritação da funda 8; dôr forte fazendo pensar em irritação peritoneal 10; peritonite química 2, hidrocele do cordão 7; abscessos 2; dermatite 1. A complicação mais frequente, a funiculite, nunca foi mais intensa que a que se segue ás vezes á intervenção. Frequencia das complicações 4 %. Compara seus resultados com os de Gibson e Felter sobre as complicações do tratamento operatorio das hernias em 1618 casos. Observaram estes autores; pneumonia 34 casos; bronquites 3; tosse 30; infartos 8; tuberculose pulmonar 5; epididimite 2; varicocele 23; hidrocele 74; laringite, empiema e influenza 1 caso cada uma: estas complicações segundo os autores não lhe pareceram depender diretamente da intervenção. Esta pôde entretanto ser acusada diretamente de supuração da incisão 70 casos; hematomas 59; orquite 21; ferimento accidental da bexiga 2; ferimento do cordão, e na sigmoide de cada. Ficando só com estas ultimas complicações temos uma media de 9,7 %, superior portanto á primeira.

**Conclusões** — Comparando os resultados obtidos com o metodo das injeções e os da cura operatoria das hernias, o primeiro se mostra como um processo de muito valor no tratamento de casos cuidadosamente seleccionados. A tecnica não é difficil e será facilmente adquirida por qualquer que se queira dedicar á questão. Deve ser feito com muito cuidado si não nos quizermos expor a resultados poucos satisfatorios.

#### APLICAÇÕES LOCAIS DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU NAS ULCERAÇÕES CUTANEAS

ERWIN EPSTEIN — The American Journal of Surgery vol. XXXXVI, n.º 2, Maio de 1937, pag. 472

O tratamento local das feridas, ulceras e queimaduras pela aplicação de preparados com uma alta concentração em vitaminas tem se espalhado muito nos ultimos anos, principalmente na Europa. Poucos são entretanto os artigos surgidos sobre o resultado deste emprego. E' o que o autor, analisando 31 casos de sua clinica em que empregou o processo.

Numero de doentes — 31; homens — 21; mulheres — 10; idade do mais velho — 73; do mais moço — 20; tamanho das ulceras variando entre 190 x 160 a maior e 20 x 15mm<sup>2</sup> a menor, numa media de 3013 mm<sup>2</sup>; tempo de evolução do processo variando entre 15 anos e 1 semana. Diagnosticos — varizes 14 casos, estreptocóco hemolitico 2 casos,

arterioesclerose 2, escara de decubito 3, traumatismo 2, troficas 2, tromboangite obliterante 1, tromboflebite obliterante 1, tromboflebite 1, acrodermatitis cronica atroficans 1, esclerodermia 1, coediose 1, fraturas mal cicatrizadas 1.

O oleo de figado de bacalhau foi usado misturado com partes iguais de lanolina anhidra. Em um certo numero de casos, a titulo de controle, a lanolina foi usada pura. Em 21 casos em que foi usada a mistura oleo-lanolina, houve 14 resultados bons, 3 regulares e 4 maus, ou sejam, respectivamente, 66,6 % 6 % 14,3 % e 19,1 %. Em 10 casos em que só foi usada a lanolina, houve 7 resultados bons, 2 regulares e 1 mau, ou sejam 10, 20 e 10 % respectivamente. Em nenhum caso foi feito outro tratamento, a não ser nas ulceras varicosas nas quais se usou concomitantemente o curativo compressor das varizes. Os diagnosticos foram todos controlados por biopsias, culturas, radiografias e outros processos laboratoriais.

Discutindo os resultados o autor cita como vantagens:

- 1) sedação rapida da dôr;
- 2) desaparecimento mais ou menos rapido dos germes piogenicos;
- 3) desaparecimento do tecido necrosado, deixando uma superficie de granulação limpa;
- 4) rapido processo de epiteliação;

e como desvantagens:

- 1) o cheiro desagradavel com o qual o paciente custa a se acostumar;
- 2) o tecido de granulação se forma mais rapidamente que o tecido epitelial, sendo necessario cauterisar as granulações de tempos em tempos;
- 3) a volta da ulceração si só se emprega a terapeutica local;
- 4) o aumento da toxidês dos germes anaerobios;
- 5) não destroe o bacilo piocianico;
- 6) produz muitas vezes, em pacientes suscetiveis, dermatites por irritação nas visinhanças da ferida.
- 7) não cura o edema de estase peri-ulceroso e não alivia o prurido do mesmo.

Por outro lado, comparando os resultados obtidos com o uso só da lanolina anhidra, não vê no oleo de figado de bacalhau grandes vantagens sobre a mesma.

Suas conclusões são:

1.º — Uma mistura, em partes iguais, de oleo de figado de bacalhau e lanolina anhidra cicatrizou ulcerações da péle em 2/3 dos pacientes tratados.

2.º — A lanolina usada só, traz aproximadamente os mesmos resultados.

3.º — E' possivel que a vitamina do oleo de figado de bacalhau de-va o seu poder cicatrizante ao fato de estimular a epiteliação.

4.º — O oleo de figado de bacalhau empregado só, não constitui um tratamento suficiente e não oferece resultados permanentes na maioria das afecções da péle.

**Dr. Adair Araujo.**