

tardan la coagulación de la sangre, se realiza el siguiente experimento: En seis tubos de hemólisis perfectamente secos y esterilizados se colocan 0,25, 0,5, 1, 2, 3 y 4 c. c. respectivamente de un exudado pleural extraído por punción en un enfermo aquella misma mañana, e inmediatamente se añade a cada tubo 1 c. c. de sangre de un sujeto normal extraída por punción venosa. Se mezclan íntimamente y se deja a la temperatura del laboratorio midiendo cronométricamente el momento en que aparece la coagulación en cada tubo. En los dos primeros la coagulación comenzó a los 10 minutos, en el tercero a los 11 minutos, en el cuarto a los 19 minutos, en el quinto a los 29 minutos y en el sexto a los 35 minutos. La retracción del coágulo se verificó al cabo de algunas horas y fué buena.

En vista de estos resultados y con objeto de realizar las pruebas de control, el día 11 se realizan los siguientes experimentos: En otra serie de seis tubos de hemólisis se colocan las mismas cantidades de suero fisiológico salino que se pusieron de exudado pleural en el experimento anterior (0,25, 0,5, 1, 2, 3 y 4 c. c.) y 1 c. c. en cada tubo también de sangre de un sujeto normal. La coagulación comenzó en el tubo primero a los 6,30 minutos, en el segundo y cuarto a los 8 minutos, en el tercero a los 11,30 minutos, en el quinto a los 12 y en el sexto a los 18 minutos. La retracción del coágulo fué buena produciéndose dentro de la primera hora en todos los tubos.

En otra serie de cinco tubos se pusieron 0,25, 0,5, 1, 2 y 3 c. c. de suero sanguíneo de un sujeto normal que se había obtenido el día anterior de sangre extraída por punción venosa, y 1 c. c. respectivamente de sangre de un sujeto normal. La coagulación comenzó en los dos primeros tubos a los seis minutos, en el tercero a los 10,30 minutos, en el cuarto a los 13,30 y en el quinto a los 17 minutos. (El no poner más que cinco tubos se debió a no tener suero para la serie completa.) La retracción del coágulo fué también buena y se verificó a la misma velocidad que en el experimento anterior.

En otra serie de seis tubos idénticamente preparados, se colocaron las mismas cantidades (0,25, 0,5, 1, 2, 3 y 4 c. c.) de un seroma de la cavidad de apicólisis de un caso de toracoplastia extraído por punción el día 7 y conservado en la nevera hasta el momento de la experiencia, y 1 c. c. de sangre de otro sujeto normal. La coagulación comenzó en el tubo primero a los 16 minutos, en el tubo segundo a los 33 minutos y en el tubo tercero a los 38 minutos. En los cuarto, quinto y sexto tubos no se puede determinar el tiempo porque la sangre no se mezcla íntimamente (a pesar de la agitación suave que hacemos al comienzo) con el líquido de seroma (como ocurrió en los experimentos anteriores). Esto también ocurrió aunque no en forma tan patente en los tres primeros tubos y quizá debido a ser menores las cantidades. La retracción del coágulo es aún a las 24 horas muy escasa y en el tubo segundo casi puede decirse ha sido nula la coagulación.

La coagulación comparándola con lo ocurrido en los tubos donde se puso suero salino fisiológico y que se pueden tomar como control, fué más lenta en el experimento con el seroma, donde además la coa-

gulación se alteró profundamente. Le sigue en tiempo la experiencia donde se utilizó exudado pleural. En el experimento realizado con suero sanguíneo humano los tiempos son casi idénticos a los del suero fisiológico si bien parece como si el suero humano aun activase ligeramente la coagulación.

RESUMEN

Como resumen de lo expuesto se obtiene:

1.º La colapsoterapia combinada es función de numerosas variables muchas de las cuales no se pueden averiguar en el estado actual de nuestros conocimientos.

2.º La acción simple de la parálisis frénica conduce al cierre de las lesiones situadas en el lóbulo inferior.

3.º Es conveniente señalar la acción beneficiosa del neumotórax contralateral en las cavernas próximas al mediastino.

4.º El estudio de los factores biológicos especialmente por lo que al hemograma se refiere es especialmente útil en largas determinaciones para valoración pronóstica.

5.º La colapsoterapia presenta numerosas complicaciones aun solamente dentro del ámbito de su misión específica.

6.º A éstas se añaden las que se pueden considerar como accidentales.

7.º El régimen ambulatorio sin posibilidades de rápido internamiento representa un peligro para su prosecución y para el futuro de los enfermos. Se precisan instalaciones constantemente a punto de funcionamiento para atender cualquier vicisitud.

8.º El estudio radiológico es insuficiente no sólo para el conocimiento exacto de las adherencias sino aun para definir su mera existencia.

9.º Sería deseable poder realizar la toracoscopia sistemática como un medio exploratorio más a todo neumotórax.

10. Suponemos que la falta de coagulabilidad de la sangre en pleura puede estar en relación con la posible existencia de factores anticoagulantes en los líquidos pleurales.

A PROPOSITO DUM CASO DE PLASTIA DO LABIO INFERIOR

Operado no serviço de urgencia do Hospital de São José ()*

Técnica de Antonio Martins

J. FILIPE DA COSTA

Cirurgião dos Hospitais Cíveis de Lisboa

Ao escrevêrmos estas linhas, sugeridas num caso de plastia do labio inferior operado num dos dias de serviço ao Banco do Hospital de S. José, não

(*) Nota referente a um caso clínico apresentado em sessão de 25 de abril de 1944 da Sociedade Médica dos Hospitais.

pretendêmos apenas apresentar um caso clínico que julgamos interessante desde a causa que o originou, mas desejamos aproveitar a oportunidade para focar um capítulo da Terapêutica Cirúrgica pouco familiar ao cirurgião geral e a esse respeito recordar uma técnica e o nome do seu autor, Cirurgião dos Hospitais Civis de Lisboa, o doutor ANTONIO MARTINS.

Entre nós, mercê de condições variadas, é ainda hoje o cirurgião geral que domina a quasi totalidade dos diferentes ramos da cirurgia. Assim, e não obstante as limitadas condições de trabalho de que dispõe, mas com o desejo de satisfazer tanto quanto possível a missão que lhe foi imposta, o cirurgião vê-se obrigado a admitir para as suas enfermarias toda a variedade de doentes. É esta a razão porque os casos clínicos mais dispares, inclusive os próprios casos de cirurgia plástica — cicatrizes viciosas, lábios leporinos, etc., — se encontram indistinctamente dispersos pelos varios serviços hospitalares. D'aquí também, a habitual dificuldade que entre nós o cirurgião encontra no aperfeiçoamento de certas técnicas, pois a referida dispersão de doentes priva-o de numero de casos necessarios a uma larga pratica e execuções correctas.

Circunstancias ha contudo que têm imposto excepções a esta clássica regra de dispersão de doentes, e entre essas excepções podemos exactamente referir a cirurgia plástica dos lábios.

Como sabêmos, a queiloplastia encontra as suas habituais indicações nas seguintes emergencias:

- | | |
|--|--|
| a) Anomalias congénitas dos lábios | Labios leporinos. |
| b) Perdas de tecidos, consecutivas a. | Estados inflamatórios e degenerativos (Sifilis, tuberculose e noma).
Traumatismos (Incluindo queimaduras).
Neoplasmas. |

O primeiro grupo — anomalias congénitas — está por sua natureza afastado do fim que temos em vista.

Do segundo grupo, ainda podemos excluir inteiramente os estados inflamatórios e degenerativos, que nos meios de certo nivel social, nos grandes centros urbanos em particular, já não encontram as condições de abandono que, quer por parte do doente, quer do proprio clínico, justificavam o aparecimento das outrora frequentes mutilações patológicas de tão patente objectividade e aspecto repugnante, quando localizadas à face. Ficam-nos pois as queiloplastias, por exereses de carcinomas e lesões traumáticas.

O carcinoma dos lábios, já pela sua frequencia, já pela variedade de localizações que apresenta, é sem dúvida a lesão que proporciona ao cirurgião as mais repetidas e favoraveis ocasiões de praticar os diferentes tipos de cirurgia cosmética dos varios segmentos labiais. Contudo, a própria natureza

do mal tem desviado estes doentes das consultas de cirurgia geral e assim, no nosso meio por exemplo, os portadores de neoplasias dos lábios, como os de todas as demais lesões cutâneas de identica natureza, já ha anos acorrem directamente e quasi sempre de moto proprio ao Instituto Portuguez de Oncologia. Instituição criada por decreto núm. 9.333 de 29 de dezembro de 1923 e desde o início superiormente dirigida pelo Snr. Prof. FRANCISCO GENTIL, a quem deve a sua modelar organização, o I. P. O. só em fins de 1933 poudé internar os seus primeiros doentes. Até aquella data, o centro anticanceroso funcionava no próprio serviço CI de Sta. Marta, da direcção do mesmo professor. Internados pois em CI, os doentes portadores de neoplasia dos lábios, eram aí operados pelo mestre e seus assistentes, ao número dos quais pertencemos desde 1931 a 1933. Foi durante esse periodo de três anos aproximadamente, que tivemos ensejo de praticar largo numero de plastias dos lábios e de nos familiarisarmos com as técnicas do antigo assistente do mesmo serviço — o Dr. ANTONIO MARTINS.

São passados mais de onze anos que abandonamos as funções de assistente de patologia cirúrgica de F. M. L. e a despeito de sempre termos mantido igual interesse pela cirurgia plástica, só agora as particulares circunstâncias do serviço de urgencia, nos proporcionaram nova ocasião de praticar uma plastia dos lábios. Compreende-se todavia que assim tenha acontecido, não só pelo que atrás ficou dito, mas também porque um ou outro doente, que ainda hoje esporadicamente ocorre a uma consulta hospitalar, é regra geral enviado pelos respectivos clínicos ao I. P. O., onde esses doentes encontram sem dúvida o conjunto de condições mais favoraveis á sua cura.

Assim desviados do cirurgião geral os doentes com neoplasias dos lábios, a queiloplastia tornou-se para ele uma intervenção rara, a quem restam por exclusão de partes os casos por desastres e traumatismos em geral, como o que vamos descrever.

Trata-se de um homem de 28 anos de idade, agredido com uma dentada por um companheiro de trabalho e de que lhe resultou a perda de quasi toda a metade esquerda do lábio inferior (desde a commissura até cerca de meio centimetro da linha mediana) com arrancamento de tecidos da região mentoniana e dilacerações da mucosa bucal até á bochecha do mesmo lado. A agressão deu-se cerca das 20 horas em Pêro Pinheiro (Cintra) e o doente foi conduzido ao Banco do Hospital de S. José por volta das 0 horas seguintes, hora a que o observámos.

O facto de não praticarmos a arte fotografica e o adiantado não só da hora de chegada do doente, mas principalmente do numero de horas da ferida, privou-nos lamentavelmente de completar a documentação deste caso com uma fotografia da lesão em si, visto que as naturais dificuldades para a sua realisação acarretariam inevitavelmente um prejudicial acréscimo do tempo pré-operatório. A boa consciencia roubou-nos assim tal documento, razão, porque nos limitamos á apresentação do esquema junto, que visa ilustrar aproximadamente a extensão das lesões externas.

O doente foi operado cerca das 3 horas da madrugada, por consequência 7 horas aproximadamente após a produção da lesão. Não obstante a irregularidade do descalabro anatomico, empregámos rigorosamente a técnica de Antonio Martins, depois de cuidadosa limpeza da ferida com soro e água oxigenada, seguida de preparação do campo operatório com tintura de iodo fraco. Anestesia pela novocaina a 0,5 por 100 com adrenalina. Penso final com gase oxigenada. Duração do acto operatorio, 1,20 h.

Operado o doente, tiveram os respectivos internos de serviço oportunidade de apreciar, de maneira bem objectiva, as vantagens duma técnica primorosa. Quanto a nós, também mais uma vez nos foi dado verificá-lo, mas sentimos sobretudo, e pela primeira vez, os benefícios práticos do conhecimento dessa técnica numa situação de urgência.

Casos ha, em que a limitada extensão das lesões é compatível com uma simples regularização e aproximação dos bordos processo em V, processo de Horn ou de Roonhuysen), mesmo com resultados cosméticos satisfatórios. No nosso caso, porém, tal atitude era impossível dada a amplitude da destruição de tecidos, e, por isso, a plastia im-



Fig. 1

punha-se de maneira absoluta. Sendo assim, mal de nós e particularmente do doente, se para a sua cura tivéssemos tido a necessidade, de, sobre uma leitura de momento, improvisar uma das muitas técnicas descritas nos livros clássicos e todas elas imperfeitas.

O caso presente considerei-o pois desde logo, ótima oportunidade para salientar dois pontos que reputo do maior interesse cirúrgico:

1.º A necessidade de encarar a plastia dos lábios como possível e por vezes indispensável operação de urgência.

2.º O valor da técnica de ANTONIO MARTINS sobre as demais.

Quanto ao primeiro ponto, é do conhecimento de todos nós, que o variado cunho de fantasia que o destino tantas vezes imprime aos desastres, é bastante para impôr ao cirurgião dum serviço de urgência toda a gama de intervenções, desde as mais triviais e clássicas, até às mais estranhas e atípicas, mesmo de improvisado momentâneo. Nem por isso o cirurgião, por longa que seja a sua carreira, poderá dominar toda a variedade e complexidade de intervenções e técnicas existentes. Nós próprios confessamos, nunca o simples facto de regularmente prestarmos serviço ao Banco do Hospital de S. José, principal centro de cirurgia de urgência no nosso meio, e, como tal, a melhor escola de preparação do nosso cirurgião geral, nunca tal facto me teria levado a estudar, praticar e afinar as técnicas da cirurgia plastica dos lábios. Contudo, uma vez que nas particulares circunstâncias expostas, o acaso nos proporcionou apreciar as vantagens de estarmos familiarizados com este genero de cirurgia, entendemos nossa obrigação chamar a atenção dos demais para o assunto.

Encaremos agora o segundo ponto, a técnica de ANTONIO MARTINS e as suas vantagens sobre as restantes.

Todos os que se têm interessado pelo assunto, sabem a profusão de técnicas existentes para a plastia dos lábios, nos seus vários segmentos. Recordemos, por exemplo, o volume de "Autoplastias" de Nélaton-Ombredanne do Tratado de Medicina Operatoria e de Terapeutica Cirurgica de Berger e Hartmann, ainda hoje obra completa sobre o assun-

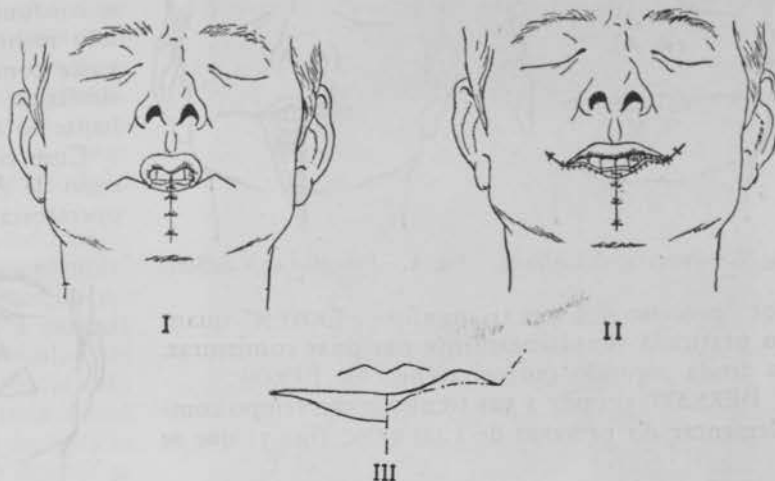


Fig. 2. — Processo de Ombredanne

to, onde podemos contar cerca de 56 metodos de plastia só para o labio inferior, unico em questão no nosso caso. Contudo, nem por isso o assunto se esgotou, como veremos de seguida.

Duma maneira geral, os retalhos destinados à reparação dum labio, podem ser talhados e mobilizados segundo os trez velhos metodos classicamente conhecidos por metodos francez, indiano e italiano, segundo esses retalhos se destacam respectivamente de junto da zona a preencher, perto ou à distancia.

Obvio é salientar as vantagens do primeiro metodo referido, isto é, do metodo francez, que utilizando tecidos juntos da zona a reparar, não só permite uma maior economia no numero e extensão dos retalhos, como favorece o disfarce das cicatrizes, por mais facil colocação destas na direcção das linhas de resistencia da pele e sobre pregas cutaneas normais da região operada.

A sua conta, o metodo francez compreende ainda numerosas técnicas (cêrca de 20); segundo a forma triangular ou retangular do retalho traçado e a disposição do seu pediculo. Seria longo e sem interesse descrevêmo-las todas em separado, demais que o desuso em que caíram foi consequencia directa dos seus imperfeitos resultados. Sendo assim, cingir-nos-hemos apenas à descrição dos dois processos que, até certo ponto, condicionaram a técnica de Antonio Martins e para as quais foi chamada a atenção do A, dadas as características mais favoráveis dos retalhos usados. São estes, os metodos de OMBREDANNE e o de BERNARD.

No metodo de OMBREDANNE, o autôr propõe a reconstituição do labio à custa dum retalho angular de vertice superior, imediatamente adjacente à commissura, como mostra a fig. 2-I. Metodo de

facil execução e de resultados funcionais satisfatórios, nele, a reconstituição do bordo mucoso do labio é contudo bastante imperfeita, fig. 2-II e III e a cicatriz final muito evidente, pois partindo da comissura e dirigindo-se para cima e para fora, assenta numa area normalmente desprovida de pregas cutaneas naquela direcção.

Vejamos agora o segundo dos metodos referidos, a técnica de CAMILLE BERNARD, também conhecida



Fig. 3. — Processo de Lisfranc Fig. 4. — Processo en V de Serre

por "processo dos trez triangulos de DOYEN" quando praticada simultaneamente nas duas comissuras, ou ainda segundo outros, técnica de BUROW.

BERNARD propôz a sua técnica como tempo complementar do processo de LISFRANC fig. 3, que se

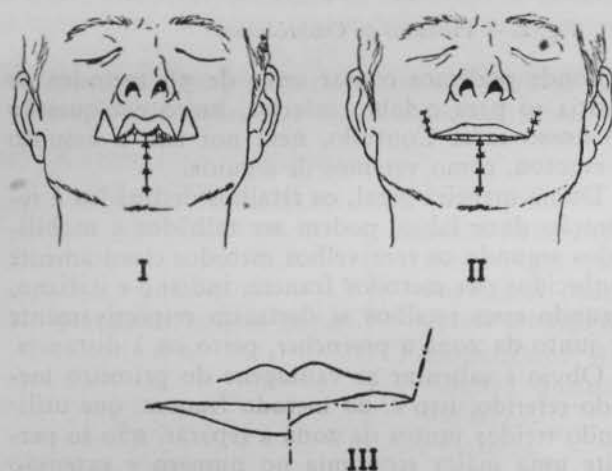


Fig. 5. — Processo de Camille Bernard

limitava a prolongar as comissuras por duas incisões ligeiramente curvilineas de convexidade superior estendendo-se até junto dos masseteres. Para evitar o pagueamento que daí resultava para o labio superior, BERNARD aconselhou então a excisão de dois triangulos de pele sã, como mostram a figura 5-I.

Os resultados são talvez superiores aos da tecnica de OMBRÉDANNE, contudo, a cicatriz junto da comissura ainda é muito patente pelo comprimento e sua direcção divergente em relação à prega genio labial (fig. 5, II) por outro lado, a reconstituição do labio mantem-se defeituosa no revestimento mucoso (fig. 5, III). Idêntico defeito se aponta á tecnica de Desgranges (fig. 6), que utiliza as proprias comissuras na reconstituição do novo labio (fig. 6).

Verifica-se pois, que, as principais deficiencias estéticas dos velhos processos de queiloplastia do labio inferior e particularmente da plastia unilateral,

residem na evidencia das cicatrizes finais e na imperfeição do revestimento mucoso do novo labio, que regra geral aparece pouco farto e seguramente assimétrico.

Antonio Martins com a sua técnica (fig. 7) resolveu com invulgar brilho as duas citadas deficiencias. Como vamos vêr, emprega de maneira semelhante ao processo de Bernard um triangulo cutaneo de plastia, junto á comissura, mas os lados deste triangulo são traçados de molde a colocar a cicatriz exterior ao nivel da prega genio-labial, com a qual se confundirá (fig. 8, I). Por fim a mesma técnica não menos presa a confeção do novo labio, que nasce com um revestimento mucoso perfeitamente simétrico, e de configuração geral em tudo semelhante ao anterior (fotografia).

Com o desejo de realçar as vantagens do processo de Antonio Martins, descreveremos a tecnica operatoria da queiloplastia unilateral, isto é, inte-

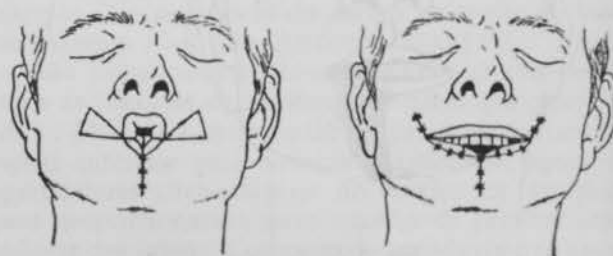


Fig. 6. — Processo de Desgranges

ressando uma unica metade do labio, circunstancia esta que levanta a dificuldade de afrontar dois topos labiais de espessuras muito diferentes.

1.º Tempo: *Reseção de tecidos* (em caso de cancro) ou *regularisação de bordos* (em caso de lesão traumática). Esta far-se-ha segundo um retalho



Fig. 7. — Processo de Antonio Martins

triangular (fig. 8, I, A B C), em que um dos lados é o proprio bordo livre do labio (A C) e dos dois restantes, um será mediano vertical (A B) e o outro lateral muito obliquo (B C), maior que o precedente. A disposição desigual destes dois lados, feita segundo preconiza o "processo em V raiz quadrada de Serre" (fig. 4), processo primeiramente proposto por Michon em 1852, permitirá uma mais perfeita reconstituição do novo labio, como adeante terêmos ocasião de verificar na descrição do quinto tempo operatorio.

2.º Tempo: *Delimitação do triangulo cutaneo de plastia* (fig. 8, I, D E F). Este terá dois lados lon-

gitudinais e um horizontal. Dos dois lados longitudinais, o lado interno descreve uma curva de pequeno raio, a terminar na comissura (F D). O lado externo (F E) coincide com a prega genio-labial e termina ao mesmo nível do primeiro (fig. 7 e 8). Quanto ao 3.º lado, o lado horizontal (D E), une as extremidades dos precedentes, no prolongamento da própria comissura. Assim dispostos os lados longitudinais do triângulo, a cicatriz de sutura virá sobrepôr-se á prega genio-labial e com ela confundir-se.

3.º Tempo: *Libertação do retalho que virá constituir o novo labio.* — Este retalho, quer para uma reconstituição total do labio (o que implica a plastia bilateral), quer para uma reconstituição parcial, será destacado das partes moles da bochecha junto da comissura, ao nível do bordo inferior do triângulo de plastia. Para isso, enquanto a extirpação do triângulo de plastia se limita á pele e parte superficial do tecido celular, ao nível do lado horizontal do mesmo triângulo, terêmos que completar a secção de todos os planos anatomicos da região. Incisa-se pois o tecido celular até á camada muscular e dissociam-se as fibras do orbicular até á face interna da mucosa, tendo apenas o cuidado de desviar para cima e para fora a arteria facial e o seu ramo orbicular, que passam no interstício daquele musculo (fig. 8, II). Feito, isto descola-se a face interna da mucosa numa extensão de cerca de 6 mm. para cima do nível a que trabalhamos até ai, e, segundo uma linha curva, indicada na figura 8, II, x y, talha-se o retalho mucoso que virá forrar a parte nova do labio neo-formado.

4.º Tempo: *Libertação da face mucosa do retalho.* — Far-se-ha segundo uma linha horizontal,

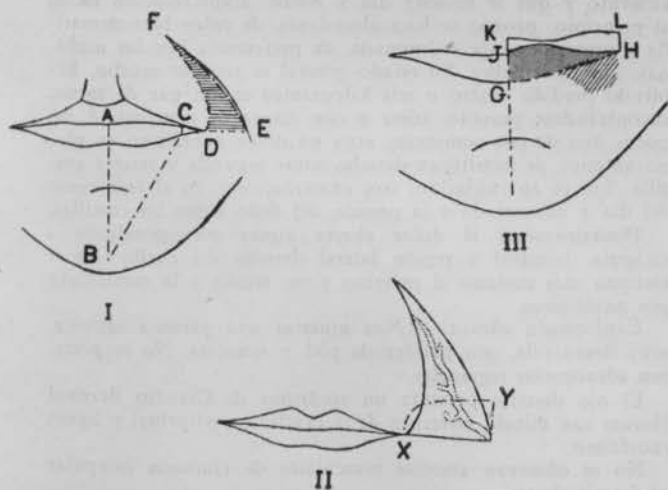


Fig. 8 — Processo de Antonio Martins

5 mm. aproximadamente acima do fundo de saco gengivo-geniano.

5.º Tempo: *Reconstituição do novo labio.* — Servir-nos-hemos, tanto quanto possível da descrição do próprio autor.

Suturando A B e C B (fig. 8, I) sobram partes moles no novo labio (fig. 8, III) que são aproveitadas para dar um bordo livre espesso, bem forrado de mucosa, com uma linha cutaneo-mucosa simétrica á do lado oposto, como mostra a fig. 8, III,

G H. O triângulo (G H J) da fig. 8, III, de base mediana e vertice comissural, em que o lado inferior (G H) — futura linha cutaneo-mucosa — desenha uma curva simétrica á do lado oposto, representa a base duma cunha talhada na pele e nos musculos do labio. Ao fazer essa cunha o autor recomenda exercer forte tração sobre o vertice externo (futura comissura) e de extirpar assim grande parte do orbicular dos labios, numa zona represen-



Fig. 9

tada na (fig. 8, III) por traços finos, para estreitar o labio e criar a depressão normal abaixo da comissura. Terminado isto bastará rebater e ajustar o retalho mucoso (rectângulo J H L K da fig. 6, III) ao leito do labio assim preparado e proceder ás suturas pela ordem seguinte:

- a) Sutura mediana da pele e da mucosa bucal.
- b) Sutura da linha cutaneo-mucosa labial.
- c) Sutura dos bordos verticais do triângulo de plastia.

A sutura da linha mediana da pele será feita a pontos separados de crina fina, incluindo dois pontos profundos de reparo e fixação, um, a dois milímetros abaixo da linha cutaneo-mucosa, e outro, ao nível do sulco mento labial, que disfarçará os vestígios da sua cicatriz.

Para as restantes suturas, empregar-se-hão da mesma forma crinas finas na pele e cat-gut Plain na mucosa e linha cutaneo-mucosa.

A fotografia junta (fig. 9), referente ao caso por nós operado e feita apenas 18 dias após a intervenção, demonstra melhor que outros factos a perfeição da técnica de Antonio Martins, mesmo executada por mãos destreinadas.

De execução cuidadosa, mas facil, economica nos retalhos e de resultados estéticos mais perfeita que qualquer outra, assim se pode definir a tecnica que acabamos de descrever, da autoria dum portuguez e cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o doutor ANTONIO MARTINS.

Homem do mais agradável e fino trato, o dou-

tor ANTONIO MARTINS, como cirurgião, aliava a uma excepcional habilidade manual a mais rígida força de vontade no dominio dos seus movimentos, qualidades que lhe asseguraram o prestigio que alcançou em tecnica cirurgica e desportiva. Primoroso em detalhes de técnica, estudando cuidadosamente todos os pormenores anatómicos, o canivete por si manejado alcançou em cirurgia plastica os mais perfectos resultados que é possível desejar. É esta a opinião, não de um simples amigo e admirador que muitas vezes o viu trabalhar, mas a de todos que o conheceram e que com ele convivieron.

Infelizmente para si e, nesta matéria, para a cirurgia portuguesa, a sua vida foi curta. Já por esse facto, já porque a suas publicações em matéria de plastias se limitaram a dois pequenos artigos no numero I dos Arquivos de Patologia, numero ha muito esgotado e inexistentes nas bibliotecas mais acessiveis, essas suas técnicas estão hoje pouco vulgarizadas e possivelmente esquecidas as suas enormes vantagens.

Esta curta publicação, baseada num caso clinico já por nós apresentado em sessão de 25 de abril de 1944 da Sociedade Medica dos Hospitales e em que exaltamos a correção e vantagens da técnica de Antonio Martins para a queiloplastia do labio inferior, poderá pois ser util a quem se interesse pela cirurgia plastica dos labios e não deixará de constituir uma merecida homenagem á memoria do seu autor, cirurgião portuguez, cujo nome será assim lembrado aos que o conheceram e divulgado entre os que principiam.

TUMOR DE PANCOAST

(Tumor del sulcus pulmonar superior)

M. CABAL

Oviedo

En la presente nota clínica referimos un nuevo caso de tumor del apex pulmonar o tumor de Pancoast.

La rareza de su presentación y el hecho de poseer una sintomatología fíca, bien definida, hacen del mismo una entidad clínica, en opinión de GUILLAIN y STERNE.

La totalidad de los autores que del mismo se han ocupado, señalan como una de sus características la infrecuencia de su presentación. Así, N. GONZÁLEZ DE VEGA y PARDO LÓPEZ, hallan un solo caso entre una revisión clínica y radiográfica de cerca de 10.000 enfermos del Dispensario Central de Granada. Nosotros sin pretender negar su poca frecuencia, sí queremos consignar que el mejor conocimiento del síndrome y el pensar en su existencia motivará el despistaje de casos, que de otra forma pasarían indagnosticados y confundidos con procesos neurológicos y torácicos similares.

Ya el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, en el caso que ha publicado, recuerda casos de tumores del ápice pulmonar con síndrome plexual, que retrospectivamente le hacen pensar pertenecieran al tipo descrito por PANCOAST. En favor de esta opinión son las publicaciones que, en breve espacio de tiempo, aparecen en España, siendo autores de los casos referidos el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, BRAVO OLALLA y FREIJO LEÓN, ORAINDI y LANDA y últimamente N. GONZÁLEZ DE VEGA y PARDO LÓPEZ.

El profesor RODRIGO SABALETE en su monografía sobre cáncer primitivo del pulmón, describe en la observación núm. 13 una historia típica de tumor de Pancoast del ápex pulmonar izquierdo, que debe considerarse como el primer caso descrito en España.

Nuestro caso es un tumor de Pancoast, del ápice pulmonar derecho, con intensa sintomatología neurológica.

Sin embargo, y temerosos de estar influidos por las publicaciones últimas sobre este particular, decidimos la colaboración de nuestro compañero el Dr. ÁLVAREZ BUILLA, el cual confirmó en todo nuestra opinión.

HISTORIA CLÍNICA. — C. V., de 75 años de edad, natural de La Uña (León).

Han sido cuatro hermanos; dos viven completamente sanos y sus edades sobrepasan los 70 años. El hermano fallecido lo fué a consecuencia de una pulmonía.

No existieron antecedentes en abuelos ni padres con neoplasias.

Su historia patológica remota concierne a una fiebre tifoidea a los 17 años y viruela; de ambas infecciones quedó libre de complicaciones. Durante 45 años consecutivos dedicados al trabajo, estuvo completamente bien.

Su historia actual es breve; comienza en diciembre del año 1944, con catarro gripal, con tos perruna que ha ido en aumento y que le molesta día y noche. Expectoración escasa al principio, pronto se hace abundante, de color blancoamarillo y posteriormente asalmonada, de preferencia por las mañanas. No tiene fiebre. Su estado general se resiente mucho, habiendo perdido cuatro o seis kilogramos en un par de meses, encontrándose cansado, triste y con disnea de ejercicio. A los pocos días de este comienzo, nota un dolor neurálgico en plano anterior de hemitórax derecho sobre segunda y tercera costilla, fijo en su iniciación, con exacerbaciones en el transcurso del día y aumentado a la presión del dedo sobre las costillas.

Posteriormente el dolor abarca zonas correspondiente a escápula, hombro y región lateral derecha del cuello. Es el síntoma más molesto al enfermo y no remite a la medicación por analgésicos.

Exploración clínica. — Nos muestra una persona asténica, muy desnutrida, con palidez de piel y mucosas. No se perciben adenopatías regionales.

El ojo derecho presenta un síndrome de Claudio Bernard Horner con miosis, estrechez de la hendidura palpebral y ligero entofalmo.

No se observan atrofiás musculares de cinturón escapular ni de miembros.

En tórax se nota, percutiendo, una macidez no muy extensa en región apical derecha por ambos planos, anterior y posterior, con dolores acusados y muy vivos al percutir sobre clavícula y línea media mamilar a nivel de segunda-tercera costilla. En el pulmón izquierdo, normal.

La auscultación es negativa en vértice derecho, con abolición del murmullo vesicular. En el resto del pulmón derecho, así como en el izquierdo, no existen alteraciones patológicas. La columna vertebral es indolora y sin deformidades apreciables.

En corazón, no se presentan alteraciones. La punta late en quinto espacio, por dentro de la línea media mamilar. No se oyen soplos ni existen arritmias. La tensión es de 14-7 con 95 pulsaciones por minuto. Por los aparatos digestivos y urinario no se hallan lesiones.

En esputos, en repetidos exámenes efectuados, no se encon-