

# **CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA CIRURGIA DO NERVO CUBITAL NA LEPROSA (\*)**

**SERGIO VEIGA DE CARVALHO**

Cirurgião do Sanatorio Padre Bento

As afecções lepróticas, de que o Nervo Cubital é passível, são por demais extensas e complexas, necessitando o seu estudo integral da colaboração estreita e indormida da Clinica Médica, da Clinica Cirúrgica, da Clinica Neurológica estribadas estas no substrato anátomo-patológico das referidas afecções. Assim sendo, devemo-nos cingir aqui a questão puramente cirúrgica, confiando as demais Clínicas a elucidação de problemas correlatos.

Sendo o nosso fito principal de focalizar o tratamento cirurgico precoce das afecções lepróticas do Nervo Cubital, encararemos essas afecções aqui exclusivamente sob o prisma cirúrgico.

Dividiremos, portanto, o presente trabalho nos seguintes capitulos:

1. Generalidades
2. Anatomia Médico-Cirúrgica
3. Tecnica Operatória
4. Observações
5. Conclusões.

---

(\*) Trabalho apresentado á Directoria do S. P. L. afim de concorrer nomeação de Cirurgião do Sanatorio Padre Bento.

## GENERALIDADES

A dôr na nevrite leprotica cubital é o primeiro e mais dramático sintoma desta afecção. A-pesar-de DARIER (8) nos ensinar que "os nervos acessíveis ao palpar, notadamente o cubital, acima da prega do cotovelo, o ciático poplíteo externo ou nervos superficiais do plexo cervical ou do ante-bravo, dolorosos a principio, eles logo se tornam insensíveis ao mesmo tempo que se manifesta a anestesia cutânea", verificamos que toda vez que recebemos doentes para tratar cirurgicamente de afecção leprotica cubital, se tratava de portadores de nevrites irredutíveis ao tratamento clínico. Tratava-se, sem duvida, da Nevrite leprosa de VIRCHOW (8), afecção esta onde se pode encontrar frequentemente o *Mycobacterium leprae* (2). Este período doloroso parece corresponder ao "período inicial ou irritativo da invasão nervosa" que é seguido de "degeneração e destruição da substancia nervosa com todas as suas naturais consequencias" (9) Segundo MUIR e CHATTERJI "ha presença de necrose, caseose e abcesso" (10).

Estudaram este assunto ARNING, GLUCK, BLASCHKO, TRUGON, SCHIOTO, MUIR, COCHRANE, LOWE, dentre outros muitos. De acordo com Mc CALLUM e NELSON DE SOUZA CAMPOS, a evolução ulterior desta afecção pode ser de dois tipos:

- 1) *ou se esclerosa*, o que é mais comum, como observa Mc CALLUM ou
- 2) *se caseifica*, o que é mais raro.

Nesta ultima hipótese forma-se o assim chamado *abcesso de nervo na lepra*, observado pela primeira vez por MUIR em 1924 (12). O prof. CARMO LORDY, o Dr. JOSE' ORIA e o Dr. CONSTANTINO MIGNONE, da Faculdade de Medicina de São Paulo, considerando que o que existe realmente é uma necrose de *coagulação* seguida de caseificação e liquefação dos tecidos caseificados, insurgem-se contra a designação de *abcesso* (2). O câseo pode se formar em um ou em varios pontos do nervo afetado, atingindo o endonervo ,o perinervo e o epinervo, espessando o nervo e ocasionando-lhe, secundariamente, por compressão, lesões das fibras nervosas.

A este respeito assim se expressa J. LOWE: "A formação de abcesso não é de regra um processo agudo, mas antes crônico, requerendo várias semanas ou meses. Ha a principio inflamação e espessamento do nervo, seguida posteriormente por caseificação e formação de abcesso frio. Estas condições desenvolvendo-se den-

tro da bainha do nervo ocasionam uma tumefacção fusiforme a qual só *pode ser sustada na sua evolução para abcesso pela operação*. Contudo, como foi dito, o abcesso muitas vezes atravessa a bainha e inunda os tecidos vizinhos, tornando-se frequentemente aderente á pele ou outras estruturas. Pode, muitas vezes, mesmo perfurar a pele; o pertuito assim formado drena durante várias semanas ou meses, melhorando e piorando alternativamente e isto pode coati-nuar durante anos antes que se dê a cura final.

... Infelizmente a formação de abcesso é frequentemente seguida de lesões tróficas na distribuição do nervo afetado. A ocorrência de um abcesso definitivo num tronco nervoso tal como o cubital, considero-a como indicação da necessidade de tratamento cirurgico. Mesmo se ha tão somente tumefacção dolorosa fusiforme do nervo, que pode ser ou não um abcesso, a *operação é aconselhavel*.

... Múltiplas incisões longitudinais da bainha podem ser feitas para o fim de diminuir a pressão.

... Este procedimento operatório acelera grandemente a cura do abcesso de nervo e nos casos em que o abcesso está dentro da bainha, a remoção desta dimintle a pressão e a dor resultante, a qual pode ser muito severa. Se a operação *é executada precocemente*, antes que a inflamação e a pressão tenham permanentemente injuriado ou destruído as fibras nervosas e antes que se tenham desenvolvido lesões tróficas, este desenvolvimento *pode ser prevenido*” (1).

Deve-se ainda ponderar que a retirada cirurgica do caseo vem dar campo á restauração nervosa em um tempo em que ela, talvez, ainda seja possível para muitas fibras (2). Se desta maneira parece demonstrada a eficácia do tratamento cirúrgico, vejamos se esta terapeutica não traz sequelas prejudiciais para o enfermo. P. L. BALIÑA, G. BASOMBRIO e P. BOSQ advertem que nenhum inconveniente decorre da biópsia do nervo cubital (3 e 13). Em São Paulo, ADERBAL TOLOSA igualmente verificou a inocuidade da biópsia, acentuando mais ter o doente experimentado *sen-síveis melhoras após a intervenção* (14). Provavelmente essas melhoras se deveram a descompressão operatória do nervo. LOWE em cerca de 5.000 casos de lepra não observou nenhum caso de complicação do nervo cubital em mulher; nós, entretanto, como se lerá nas OBSERVAÇÕES, fomos várias vezes solicitados a intervir em individuos do sexo feminino.

Concluindo estas nossas perfunctórias considerações gerais, cremos que a intervenção precáce na Nevrite Cubital vem ao encontro de duas finalidades médicas altamente significativas e de grande proveito, tais como:

- 1) obviar o sintoma subjetivo desencadeador do padecimento humano, qual seja a dor física, obedecendo ao velho preceito galenico "Sedare dolorem divinum opus est"; e
- 2) prevenir o progredir funesto da afecção que, provavelmente, redundará em uma caseose acompanhada de suas estigmatizadoras consequências, tão de sustar nos casos geralmente considerados benignos de lepra nervosa.



## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

O Nervo Cubital e um nervo profundo da região braquial posterior. Está situado ao longo do bordo interno do húmero, caminhando verticalmente de cima para baixo entre o septo intermuscular interno e o vasto interno, numa camada celulosa percorrida também pela artéria e pelas veias colaterais internas superiores. A sua direção pode ser reparada por meio de uma linha traçada do vértice da axila á face posterior da epitroclea. Esta e a *linha de incisão*, á qual deve ser afastada da artéria humeral e do nervo mediano. O Nervo Cubital está separado do nervo mediano tão somente pelo septo intermuscular interno (7), que nós consideramos ótimo ponto de reparo para a pesquisa do primeiro. O Nervo Cubital nesse trajeto não fornece nenhum colateral para a região do braço. Atingindo a região olecraniana ele se lança numa ranhura estreita e profunda que separa a olécrana da epitroclea e que é a *goteira epitrocleo-olecraniana*. Ele a percorre em toda a sua extensão em estreito contacto com o perióstio, entre o feixe epitrocleano e o feixe olecraniano do músculo cubital anterior, sem fornecer nenhum ramp colateral, lançando-se, em seguida, na região anterior do antebraço. Este nervo é constituído a custa das raizes C7 e D1. Ele dá origem ao nervo braquial cutâneo interno e acessório do braquial cutâneo interno, o qual recebe filetes de D2 e D3 (4).



## TECNICA OPERATÓRIA

A operação focalizada é realmente uma *neurotomia*. Naturalmente, como sóe acontecer em cirurgia nervosa, o Cirurgião deve esmerar-se em finuras de Técnica, em pequenos pormenores, cuja omissão em Cirurgia tão delicada "representa vícios capitais res-

ponsaveis pela falha completa da operação" (5). Entram em linha de conta a *delicadeza* do operador, os *instrumentos cirúrgicos*, o *material de sutura*, o *tipo de anestesia* e a *técnica* empregada.

EURICO BASTOS assim se expressa: "em poucos Departamentos da Cirurgia uma técnica perfeita e os *atributos pessoais* de cada Operador influirão tão decisivamente sobre o resultado da operação" (5).

Os *instrumentos cirurgicos*, devem ser extremamente delicados os de preensão, e finalmente afiados os de corte. Nós usamos nas nossas operações pingas e bisturis de Cirurgia ocular gentilmente cedidos pelo distinto oculista dr. José Mendonça de Barros, servindo-nos de ganchos de estrabismo para manusear o tronco nervoso.

Muito embora BABCOCK (6) tenha demonstrado a superioridade da seda fina sobre o *sheep-gut* cromado como material de sutura para a neurorrafia, nós temos empregado a contento o *sheep-gut* simples n.º 00 como material de sutura do epi e do perinervo. Usamos pontos separados no epinervo. A parte suturada deve "ficar afastada de qualquer superfície sangrenta para evitar aderências" (6).

LOWE aconselha a *anestesia geral*. Nós, entretanto, de acordo com o prof. CORREA NETTO (15), com o Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO (2) e com as nossas preferencias pessais, optamos pela *anestesia tronco-regional*. E as razões são óbvias:

1. é menos prejudicial ao organismo que qualquer tipo de anestesia geral;
2. permite ao Operador trabalhar sem sobresaltos decorrentes de possíveis acidentes da narcose, o que lhe faculta a vantagem de executar a operação com toda a paciência e minúcia, fatores estes de tanta relevancia na cirurgia nervosa.

Usamos nas nossas operações a anestesia do plexo braquial, pela via supra-clavicular, Técnica de KULENKAMPPFF (Vide fotografamas 1 e 2). VICTOR PAUCHET usa cerca de 20 cc. de solução de Novocaina a 2% (4). Com isto consegue paresia, peso, formigamentos, mas não paralisia. Nós usamos SINALGAN na dose média de 20 a 30 cc., procurando embeber tão sómente as raizes inferiores do plexo braquial, posto que o Nervo cubital tem suas origens em C7 e D1. Naturalmente precedemos a Anestesia-de-Condução pela Anestesia-Base pela soopolamina-morfina injetando meia hora antes da operação uma empola de SEDOL.

Quanto á Técnica empregada por nós, ela pode ser assim descrita:

- a. ) Incisão da pele, tecido celular sub-cutâneo e aponevrose geral de envólucro numa extensão média de 10 a 12 cms., Indo terminar, ou começar, conforme o lado, no vértice da epitróclea;
- b. ) Pesquisa do bom interstício, isto e, do septo intermuscular interno;
- c. ) Descobrimento do Nervo por dissociação obtusa;
- d. ) Incisão do perinervo no sentido longitudinal e reparação dos lábios respectivos com pingas delicadas (Vide Figura 1 e Fotograma 3);
- e. ) Isolamento do Nervo em todo o seu contorno, separando-o do perinervo sob proteção de gase (Vide Figura 2 e Fotograma 4);
- f. ) Preengão do nervo com dois ganchos de estrabismo, a-fim-de permitir o seu manuseamento delicado;
- g. ) Reviramento do Nervo sobre o seu eixo de maneira a *permitir como que meia volta* a-fim-de tornar possível a incisão do epinervo sobre uma linha diametralmente oposta á da incisão do perinervo (Vide Figura 3 e Fotograma 5). Com isto se consegue que a sutura ulterior do epinervo repouse sobre o perinervo integro, evitando futuras aderências cicatriciais. Obvia-se assim ao recurso aconselhado de envolver o nervo em um manguito de peritonio, nem sempre á mão. *As linhas de sutura ficarão, como as linhas de incisão, diametralmente opostas;*
- h. ) Dissociação obtusa e delicada do endonervo com eventual esvasiamento de caseo e retirada de material para biópsia (Vide Fotograma 6);
- i. ) Reunião dos lábios do epinervo por meio de três ou quatro pontos separados de *sheep-gut* simples n.º 00 (Vide Figura 4 e Fotograma 7);
- j. ) Reposição do nervo em sua posição anatomica;
- k. ) Sutura continua do epinervo com *sheep-gut* simples nº 00;
- l. ) Sutura com pontos separados de *sheep-gut* fino da aponevrose geral de envólucro e do tecido celular sub-cutâneo;
- m. ) Síntese da pele com grampos de MICHEL, ou Sutura intradermica de HALSTEAD, especialmente indicada no sexo feminino (Vide Fotograma 8).

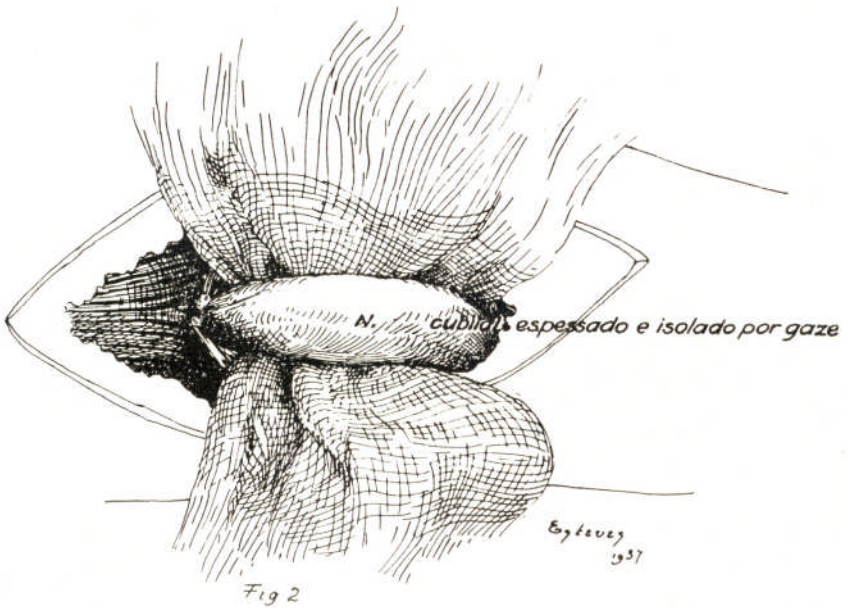
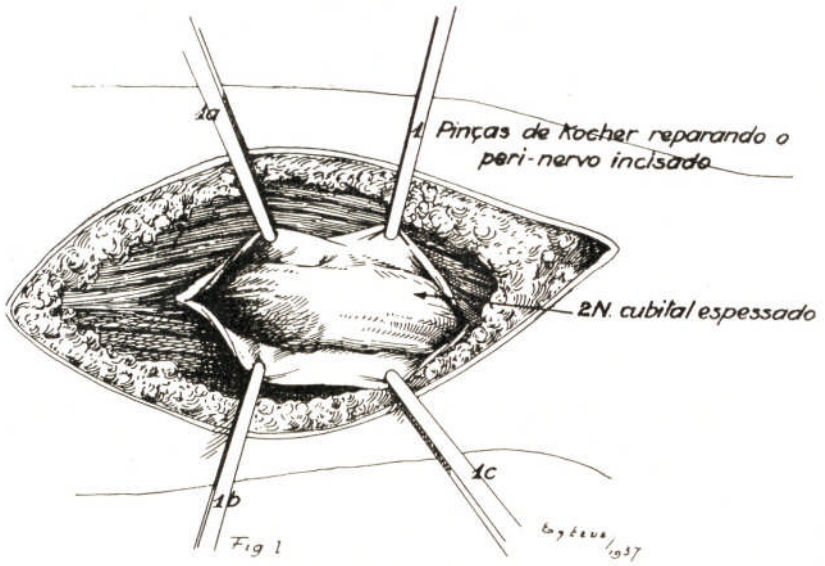
Como se vê, não usamos drenagem.

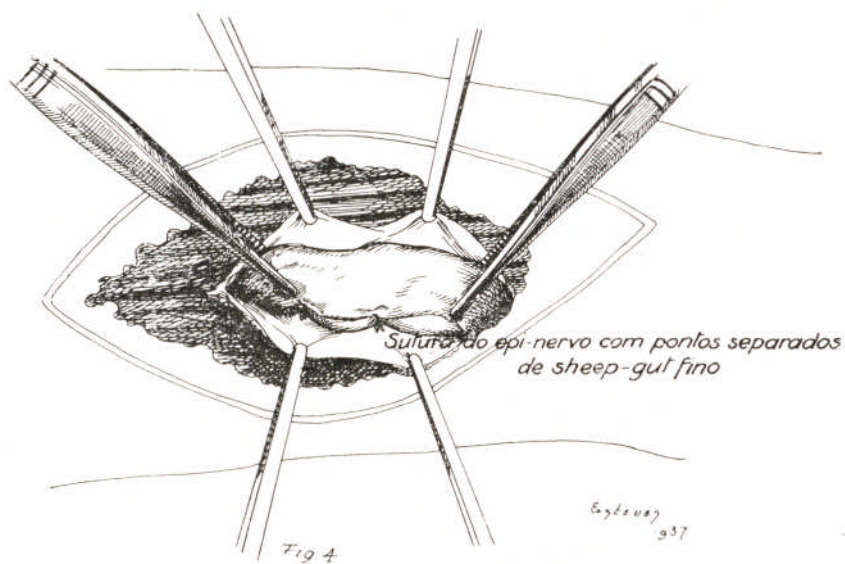
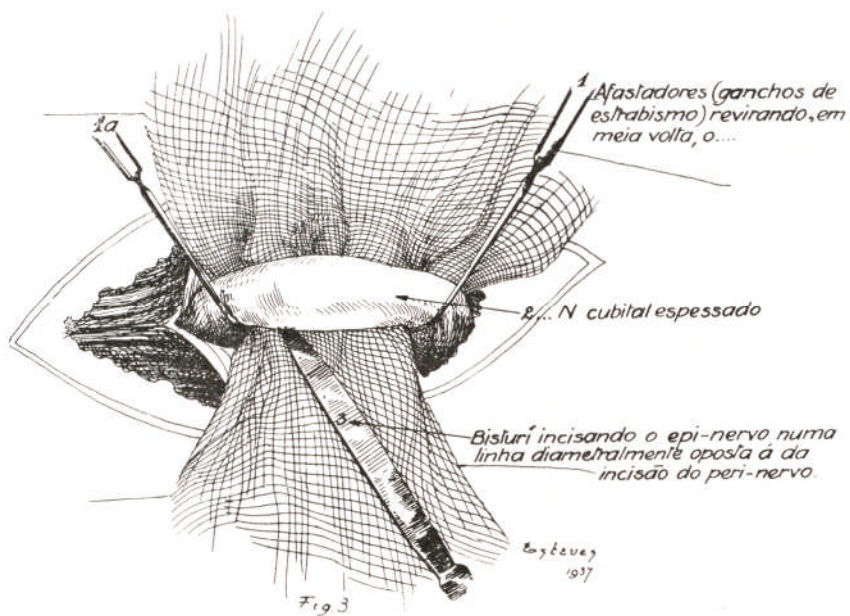
OBSERVAÇÕES:

- N.º 1.** V. G. fem. Obs. em 13-12-34. Obs. clinica n.º 33. Forma CIN2; nada consta em relação aos nervos; posteriormente amiotrofia na mão direita, garra do mínimo e anular. Garra cubital direita recente. Op. em 20-2-35. Anestesia tronco regional de KULENKAMOFF com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 25 min. Alta em 28-2-35. Resultado Imediato: desaparecimento da garra cubital ao terminar-se a op.: ótimo. Resultado tardio: 2 anos após op. desaparecimento completo da garra cubital. **Ótimo.**
- N.º 2.** M.E.M. fem. Obs. 25-5-935. Obs. Clin. n.º 346. Forma C2N1 Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 2 em 29-4-36. An. Tronco-regional Kulemkampff com 20 cc. de Duração da op. 33 min. Alta 10-5-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio 1 ano após op: desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 3.** H.A.F. masc. Obs. 6-5-936. Obs. Clin. n.º 266. Forma Tuberculoide (N2); esboço de garra do mínimo e anular esquerdos; N. cubital espessado. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 3, 29-4-36; anestesia tronco-regional Kulenkampff com 10 cc. de Sinalgan. Duração da op. 29 min. 8 seg. Alta 4-5-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 1 ano após op. desaparecimento das dores; estacionamento da garra. **Bom.**
- N.º 4.** L.O.S. Obs. em 26-3-34. Obs. Clin. n.º 151. Forma Forma C1N2. Forma nervosaa com maculas anestésicas. Amiotrofia acentuada da mão direita. Nevrite cubital direita. Op. em 2-5-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 10 cc. de Sinalgan. Duração da Op. 25 min. Alta 10-5-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 1 ano após op. desaparecimento dos dores; melhora da amiotrofia. **Bom.**
- N.º 5.** J.S.R . masc. Obs. em 5-12-33. Obs. Clin. n.º 75. Forma C2N2; amiotrofia da região hipotenar da mão esquerda. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 102 em 15-5-36. Anestesia tronco-regional Kulenkampff com 10 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta 22-5-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 1 ano após op.: desaparecimento das dores; melhora da amiotrofia. **Bom.**
- N.º 6** .E.C.G. masc. obs. em 12-XI-34. Obs. Clin. n.º 371. Forma C2N2; nada consta em relação aos nervos. Nevrite cubital esquerda. Op. em 20-7-36. Anestesia tronco regional de Kulenkampff com 15 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta 5-8-36. Resultado imediato bom. Resultado tardio, 1 ano após op: desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 7.** B.S. fem. Obs. Obs. Clin. n.º 130. Forma C1N2; amiotrofia da mão, principalmente a direita, onde ha principio de garra do minimo e anular, com espessamento do n. cubital. Nevrite cubital direita. Op. n.º 6 27-7-36; anestesia tronco-regional de 25 min. Alta: 30-7-36. Resultado imediato: bora. Resultado tardio 1 ano após op.: desaparecimento das dores; diminuição da garra. **Bom.**

- N.º 8.** A.F. masc. obs. 20-11-36, Obs, din. n.º 66. Forma C1N2; amiotrofia da mão direita, espessamento notavel dos cubitais. Nevrite cubital direita. Op. n.º 4 em 29-7-36; anestesia tronco-regional Kulettkampff com 10 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta: 5-8-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio: 1 ano após op.: desaparecimento das dores; melhoria da amiotrofia. **Bom.**
- N.º 9.** G.F. masc. Obs. 29-4-35. Obs. Clin. n.º 66. Forma C2N1; leve amiotrofia da região hipotenar esquerda, com espessamento do cubital. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 5. 5-8-36; Anestesia tronco-regional Kulenkampff com 8 cc. de Sinalgan. Duração da op.: 25 min. Alta 15-8-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 1 ano após op.: desaparecimento das dores desaparecimento da amiotrofia. **Bom.**
- N.º 10.** C.M.C. fem. Obs. 7-10-933. Obs. Clin. n.º 125. Forma C3N1 nada apresenta de início em relação aos nervos. Nevrite cubital direita. Op. n.º 41: 5-8-36. Anestesia tronco-regional Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op.: 35 min. Alta em 12-8-36. Resultado imediato: Bom. Resultado tardio, um ano após op.: desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 11.** P.M. masc. Obs. 31-10-36. Obs. clinica 261. Forma N2; forma nervosa cuja manifestação aparente e a amiotrofia da mão esquerda, com espessamento da cubital correspondente. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 42 em 5-8-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da Op.: 30 min. Alta em 12-8-36. Achado operatorio: extensos focos de caseose. Resultado imediato: bom. Resultado tardio um ano após op.: desaparecimento das dores; abertura na linha cicatricial de 2 pertuitos por onde se escôa materia caseosa. Reoperação, no decurso da qual novos focos de caseose foram encontrados; cicatrização perfeita mantendo-se o resultado ate a presente data. **Bom.**
- N.º 12.** P.V. masc. Obs. 16-1-35. Obs. clinica n.º 117. Forma C2N1. Nevrite cubital direita. Op. 87, em 19-8-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 60 min. Alta em 30-8-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio: um ano após operação: desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 13.** J.S. masc. Obs. 21-9-33. Obs. clinica n.º 87. Forma C2N1. Nada consta em relação aos nervos. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 399 em 16-9-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 30 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta em 1-10-36. Resultado imediato bom. Resultado tardio: onze meses após a operação: desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 14.** A.O. masc. Obs. 6-6-36. Obs. clinica n.º 345. Forma C2N1. Leve amiotrofia da região hipotenar direita, com cubital espessado. Op. n.º 40 em 14-10-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 30 cc. de Sinalgan. Duração da op. 35 min. Alta em 20-10-36. Resultado







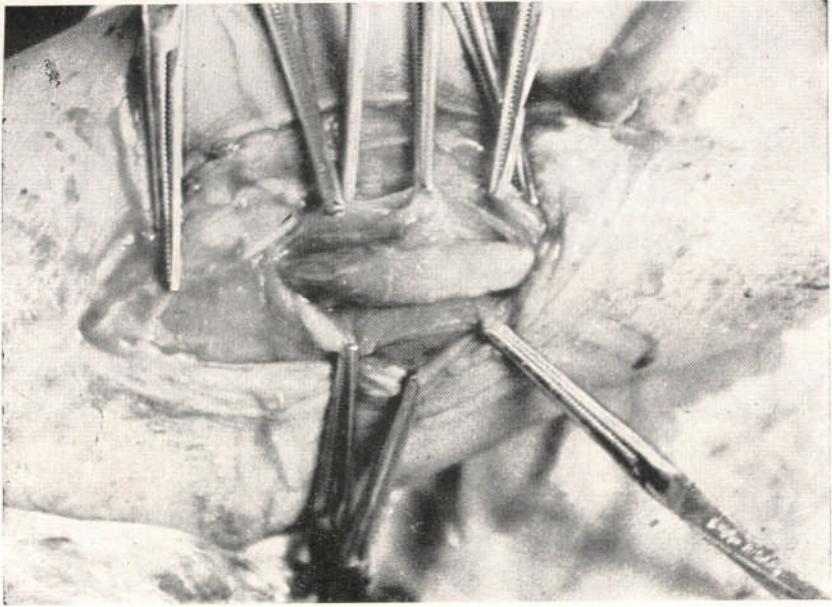


**Fotograma I**

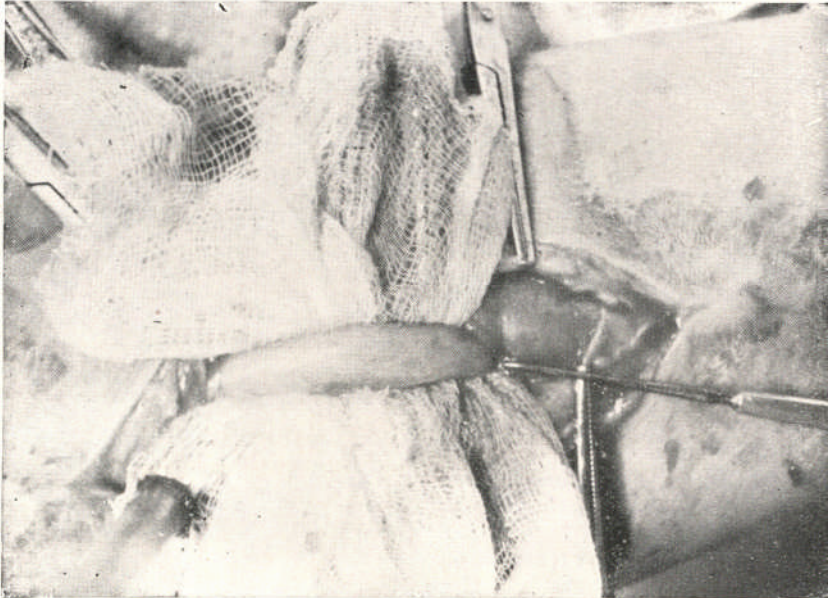
Anestesia tronco-regional do plexo braquial, pela via supra-clavicular, técnica de KULENKAMPPFF.



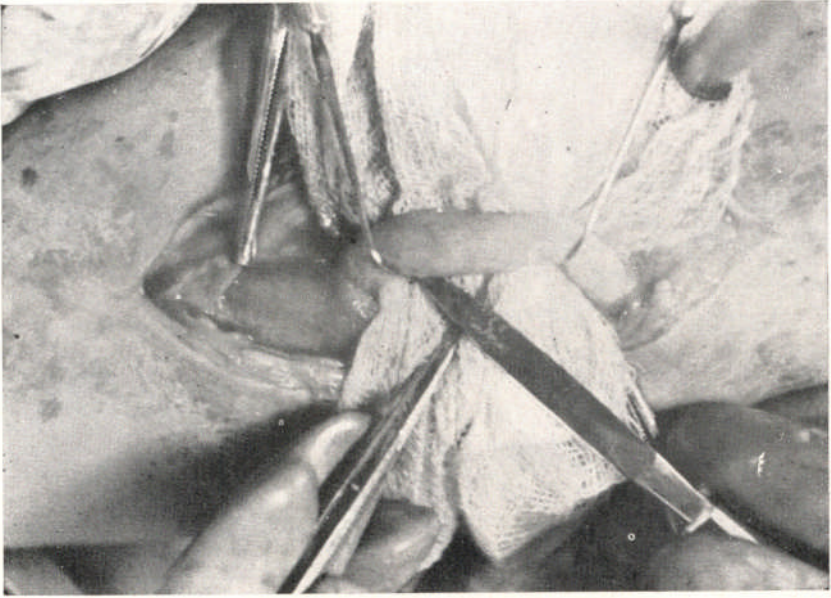
**Fotograma II** Campo operatorio: braço em abdução, mão em supinação.



**Fotograma III**  
Peri-nervo incisado e reparado por pinças de Kocher.

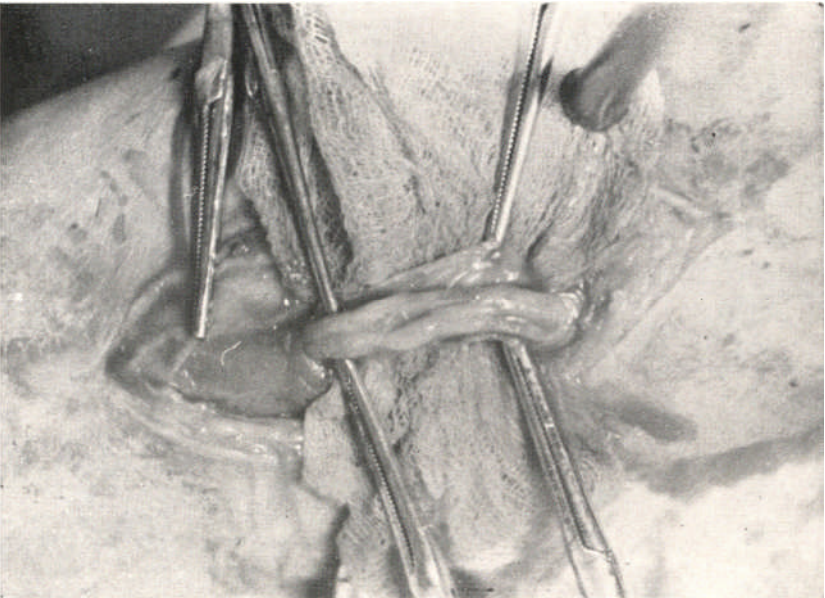


**Fotograma IV**  
N. cubital espessado e isolado por gaze.



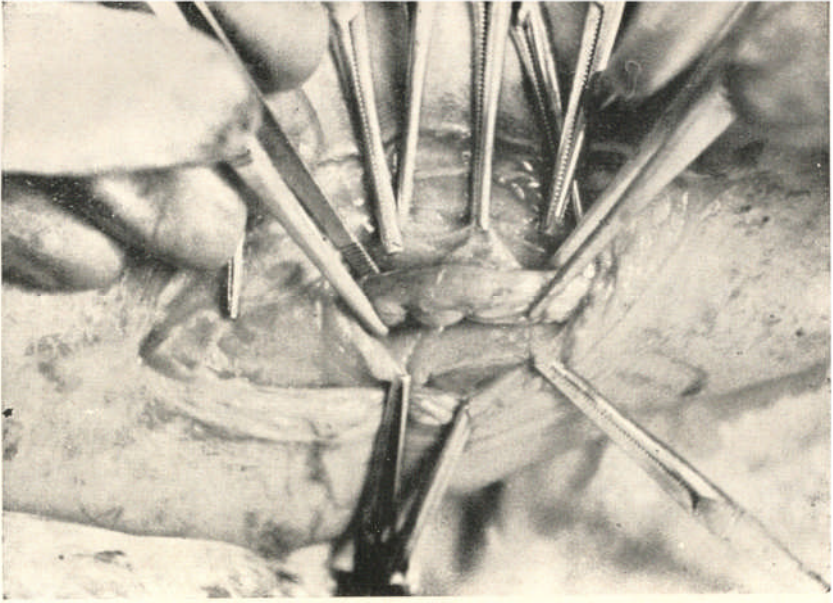
**Fotograma V**

Bisturi incisando o epi-nervo numa linha diametralmente oposta á da incisão do peri-nervo. Nervo revirado sobre o seu eixo de maneira a executar meia volta.



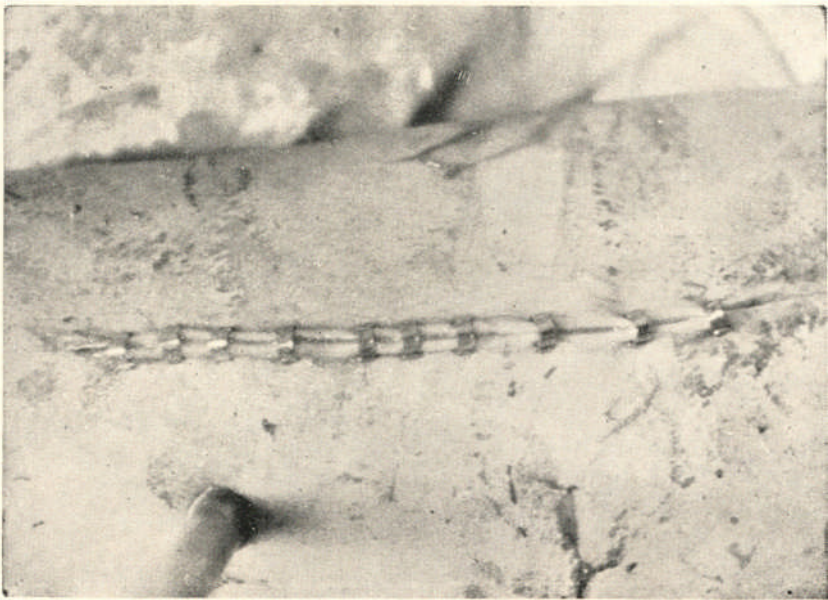
**Fotograma VI**

Endo-nervo dissociado e esvasiado do cáseo.



**Fotograma VII**

Epi-nervo suturado com pontos separados de sheep-gut fino. Reposição do nervo em sua posição anatomica.



**Fotograma VIII**

Sintese da pele com grampos de Michel.

imediatos: bom. Resultado tardio: onze meses após a op. estacionamento da amiotrofia. **Regular.**

- N.º 15.** J.A.L. fem. Obs. 3-3-36. Obs. clinica n.º 158. Forma C1N2. Forma predominantemente nervosa com manifestações maculares do tipo hipocrômico; amiotrofia de ambas as mãos, mais leve nos antebraços; nas mãos ela é total e mais notável à direita, onde existe garra orbital. Espessamento do nervo cubital direito. Op. n.º 38, em 21-10-36. Anestesia tronco regional de Kulenkampff com 30 cc. de Sinalgan. Duração da Op. 40 min. Alta em 2610-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio: onze meses após a op. Melhoria da amiotrofia e desaparecimento da garra. **Bom.**
- N.º 16.** L.M. masc. Obs. em 18-6-934. Obs. din. n.º 69. Forma C1N2; amiotrofia em ambas as mãos, especialmente na região hipotenar, com cubital espessado. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 19 em 11-12-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 40 min. Alta 15-12-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 8 meses após op. desaparecimento das dores: melhoria da amiotrofia. **Bom.**  
Operação fotografada em serie pelo Dr. A. Rotberg (Vide fotogramas).
- N.º 17.** B.Z. fem. Obs. em 9-10-34. Obs. din. n.º 273. Forma C1N1; nada consta em relação aos nervos. Nevrite cubital direita. Op. n.º 79 em 23-12-36. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 28 cc. de Sinalgan. Duração da op. 29 min. Alta 27-12-36. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 8 meses após op. desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 18.** M.S. masc. Obs. em 23-3-34. Obs. Clin. n.º 53. Forma C1N1; nada consta em relação aos nervos. Nevrite cubital direita. Op. n.º 88 em 17-3-37. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta 22-3-37. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 6 meses após op. desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 19.** D.L. fem. Obs. em 2-7-34. Obs. clinica n.º 26. Forma C1N1; nada consta em relação aos nervos. Nevrite cubital direita. Op. n.º 88 em 17-3-37. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta 22-3-37. Resultado imediato: bom. Resultado tardio, 6 meses após op. Desaparecimento das dores. **Bom.**
- N.º 19.** D.L. fem. Obs. em 2-7-34. Obs. clinica n.º 26. Forma C3N1; início de atrofia da região hipotenar de ambas as mãos, com tendência à reabsorção de falanges. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 81 em 5-4-37. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 25 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta em 11-4-37. Resultado tardio cinco meses após a op. Desaparecimento das dores, melhoria da amiotrofia. **Bom.**
- N.º 20.** J.P.F. Masc. Obs. em 7-5-36. Obs. clinica n. Forma C2N1. Não apresenta distúrbios para o lado dos nervos. Nevrite cubital direita. Op. n.º 87 em 18-4-37.

Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta em 24-4-37. Resultado imediato: bom. Resultado tardio: cinco meses após op. desaparecimento das dores. **Bom.**

**N.º 21.** A.M. fem. 27-5-36. Obs. clinica n.º 222. Forma CINI: nada consta em relação aos sintomas nervosos. Nevrite cubital esquerda. Op. n.º 80, em 26-5-37. Anestesia tronco-regional de Kulenkampff com 20 cc. de Sinalgan. Duração da op. 30 min. Alta em 6-6-937. Resultado Imediato: bom. Resultado tardio; 3 meses após a op.: desaparecimento das dores. **Bom.**



### CONCLUSÕES

Convimos que a exiguidade de nossa Casuistica não é de molde a permitir conclusões definitivas; cremos que para tal atingir seria necessario compulsar uma casuistica muitas vezes maior e com maior tempo de observação.

Entretanto para fixar ideias tão somente, julgamos dever analisar as precedentes observações.

Nelas se nota que, dentre os 21 doentes operados, 8 eram do sexo feminino, seja 38,90% da totalidade; 13 eram do sexo masculino, seja 61,9% da totalidade. Obtiveram cura da Nevrite dolorosa todos os operados, seja 100% dos casos; estacionaram as lesões tróficas em 2 operados, seja 9,5% dos casos; melhoraram as lesões tróficas em 9 operados, seja 45,23% dos casos. Dentre estes é de notar o caso n.º 1, em que o desaparecimento da Garra Cubital foi verdadeiramente espetacular.

Em face destes dados, e com a ressalva que fizemos no inicio destas Conclusões, julgamos que a operação proposta fica justificada pelos resultados que proporciona em suas 2 finalidades: 1.) obviar a dor e 2) estacionar as lesões tróficas quando antigas, cura-las, mesmo, quando recentes e preveni-las, quando ainda se não hajam manifestado.



### INDICE BIBLIOGRAFICO

1. JOHN LOWE - A further note on nerve abscess in Leprosy, Int. Journal of Leprosy, January-March, 934. Vol. 2 n. 1. pag. 301.
2. EURICO BRANCO RIBEIRO - Aspectos cirurgicos d caseose dos nervos na lepra. Revista de Leprologia de S. Paulo, Setembro 1933, vol. 1, n. 3, pag. 146.
3. P. BOSQ. - Diagnosi histológica delle nevriti leprose per mezzo della biop-



- sia. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, Fevereiro 1937, Ano LXXII, vol. LXXVIII, Fasc. 1 A. XV, pag. 160.
4. VICTOR PAUCHET - *Anestésia Regional*, Ed. Guanabara, 1937. pag. 167.
  5. EURICO BASTOS - *Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*. Setembro, 1935. Vol. XXX, n. 3, pag. 229.
  6. EURICO BASTOS - *Sutura precoce do N. Mediano*, AAnaes Paulistas Medicina e Cirurgia, Setembro 1934, Vol. XXVIII, n. 3, pag. 243.
  7. L. TESTUT - O. Jacob - *Traité d'Anatomie Topographique*, ed. Gaston Doin, 1922, Tome second, pag. 733.
  8. J. DARTER - *Précis de Dermatologie*, 3e. ed. Masson & Cie. Paris, 1933.
  9. WALTER McCRAW - *Cirurgia de los trópicos*, Cap. LXVIII da *Cirurgia de Keen*, IV, Ed. Hespánhola de Salvat. Barcelona, 1921.
  10. E. MUIR e S. N. CHATTERJI - *Leprous nerve lesions of the culls and subcutis*, *Int. Journal of Leprosy*, Manila, 1, pag. 129, abril 1933.
  11. McCALLUIVI - *A test-book of Pathology*, 3rd. Ed. Saunders, Philadelphia, 1924.
  12. E. MUIR - *Nerve abscess in Leprosy*. *Indian Medical Gazette*, Calcutá, Vol. LIX, pag. 87, Fevereiro 1924.
  13. PEDRO S. BALIÑA, GUILHERMO BASOMBRIO e PABLO BOSQ - *La biopsia del nervio cubital en el diagnostico de la lepra; tres nuevas observaciones*. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, Bueno Ayres, vol. XVI, pig. 547, 1932.
  14. ADERBAL TOLOSA - *Nevrites leprosas*. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*, n.º consagrado á *Semana de Conferencias*, pag. 163, S. Paulo, 1930.
  15. A. CORREA NETTO - *Rev. de Cirurgia de S. Paulo*, Agosto 1934. Vol. I. Fasc. 1, pag. 3.



Fotografia: *Dr. A. Rotberg*.

Desenhos: *A. Esteves*.