

SECCO EICHENBERG

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.
Docente Livre de Clínica Cirúrgica.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blessmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre.

Médico Chefe da Protectora — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

A HERNIA EM INFORTUNISTICA DO TRABALHO

*Separata de «Medicina e Cirurgia»
Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Porto Alegre
Ano 7 - Maio a Agosto 1945 - N. 2, Tomo 7*



05-08/1945-MED-CIRURGIA-HERNIA EM
INFORTUNÍSTICA TRABALHO

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1945 —

A hernia em infortunistica do trabalho

Por *SECCO EICHENBERG*

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cad. Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. — Docente Livre de Clínica Cirúrgica.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blessmann", 18.^a, da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

Médico Chefe da "Protectora", Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.— Pôrto Alegre.

O problema da hernia, em infortunistica do trabalho, apesar de antigo e muito debatido, ainda continúa um assunto em ordem do dia.

Já vimos as dificuldades que podem se apresentar, em torno do diagnóstico de uma hernia. (0).

Não é sempre um diagnóstico fácil; apresenta com relativa frequência, dificuldades que somente poderão, de um todo, ser esclarecidas por uma verificação operatória, por assim dizer, uma herniotomia exploradora.

Mas quando se trata de verificar a relação existente entre a hernia e o trabalho, cresce a confusão e as interpretações não são uniformes, pelo que, julgamos de interesse, revisar estas opiniões e justificar nosso ponto de vista, firmado a custa da observação clínica no desempenho da função de dirigente do serviço médico de uma instituição seguradora contra riscos de acidente do trabalho e moléstia profissional.

Envolve o problema diferentes facetas, que em conjunto representam os diversos aspectos componentes do todo. Vamos encontrar em primeiro plano a velha classificação de hernia, a hernia-acidente e a hernia-moléstia, que melhor deveria ser: hernia-indenizável e hernia não indenizável; o conceito de hernia-traumática, cujo caráter de raridade, hoje, já parece ser, por todos aceito; o conceito da predisposição congênita das hernias; o problema da predominância dos pe-

quenos traumas e esforços repetidos sobre o grande trauma ou esforço único, tornando a hernia em relação ao trabalho mais uma moléstia profissional que um verdadeiro acidente do trabalho.

Interessante é revisar, perante o conceito moderno, os meios que levam à exteriorização da hernia, para verificar, nos casos clínicos, si existe predominância dos que estão relacionados com o trabalho, sobre os que não lhe apresentam correlação.

Pretendemos neste trabalho estudar com mais detalhe a hernia dentro da infortunistica do trabalho, que propriamente dentro da clinica cirúrgica.

Para facilitar tal desideratum, vamos no decorrer destas linhas, nos referir sempre, para maior facilidade, a um tipo clínico de hernia, pois, o que adiante vamos relatar, se aplica dum modo geral, a qualquer tipo clínico de hernia.

E, pela sua maior frequência, tomaremos como padrão a hernia inguinal.

BARTRUD (1) afirma que a hernia (conceito geral) é encontrada em 10% dos homens, mas ao mesmo tempo cita a opinião de outros autores que, em se tratando de trabalhadores na indústria, encontram uma percentagem mais elevada, atingindo esta 13 a 15%.

Quanto ao tipo clínico da hernia, STEPHENS (2) aponta que cerca de 90% das hernias em geral são inguinais,

As nossas estatísticas, verificadas sobre os pacientes recolhidos a 18.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, mais ou menos correspondem aos dados acima apontados; no entanto a estatística da Companhia seguradora (Protectora — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho) não corresponde, aliás o que é compreensível, pois ela se faz sobre o número de operários acidentados.

Quanto ao tipo clínico predominante, nos homens, não existe a menor dúvida, é a hernia inguinal, não raras vezes bilateral, bem como, não é infrequente encontrar a hernia inguinal dum lado acompanhada da propensão de hernia do outro lado.

Nos homens, temos pessoalmente encontrado como classificada em segundo lugar a hernia da linha branca, quer seja epigástrica, quer já situada na região mesogástrica. Em terceiro lugar, as hernias umbelicais e só em quarto lugar as hernias crurais.

Entretanto, tal seriação não corresponde ao quadro das hernias, quando se trata de mulheres.

Nestas, predomina a hernia crural, se bem que a sua percentagem seja muito inferior a das hernias inguinais no homem. Seguem-se as hernias umbelicais e da linha branca, e somente em quarto as hernias inguinais.

Creemos que a diversidade anatômica do chamado canal inguinal, seja em boa parte, a responsável pela disparidade do número de hernias inguinais em ambos os sexos, favorecendo, a migração testicular e a presença do cordão espermático, uma maior fragilidade da região inguinal no homem. Por outro lado, existe também uma razão social, a de que os homens pelo serviço mais pesado (industrial e braçal) se encontram mais expostos aos traumas e esforços repetidos.

Mas, com o decorrer do tempo, poderá haver uma modificação nesta distribuição, pois dedicando-se as mulheres cada vez mais aos trabalhos industriais, naturalmente, também estarão expostas a sofrer com maior frequência os repetidos traumas e esforços desencadeadores das hernias.

MOORHEAD (3) num grupo de indivíduos de 20 a 70 anos, encontrou 10% de herniários, distribuídos indistintamente pelas idades intermediárias.

FALLIS (4) estudando as fichas médicas dos conscritos examinados nos Estados Unidos por ocasião da 1.^a grande guerra mundial, declara que pelos dados e percentagens que delas se deduzem, deveriam existir naquela época nos Estados Unidos nada menos de seis milhões de herniários.

Esta alta percentagem apontada, demonstra cabalmente que um fator predisponente pessoal ou individual, preside o aparecimento das hernias, especialmente em se levando em conta a afirmativa de Fallis, pois nem todos os conscritos examinados por ocasião da guerra de 14-18, nos Estados Unidos, provinham de serviços pesados e industriais.

Incontestemente que exista o fator predisponente, como veremos ainda mais positivamente no decorrer desta exposição, onde residirá o mesmo? Naturalmente, já que a localização regional destas hernias está adstrita a determinadas zonas, a pontos de menor resistência nas paredes da cavidade abdominal.

Estes pontos de menor resistência são sempre os mesmos, para cada um dos tipos clínicos de hernia.

Na hernia inguinal, temos o chamado "canal inguinal" normalmente fechado, de uns 4 cms. de comprimento, limitado entre ambos os orifícios inguinais, interno e externo, ou profundo e superficial. Dizemos "chamado canal inguinal", porque na verdadeira acepção do termo, não é um canal, mas sim um espaço tecidual, pelo qual se poderá fazer passar um corpo estranho. KEITH E TREVES (5) o consideram uma "ponte" da parede abdominal e não uma porta aberta. A constituição anatômica, é por demais conhecida, sendo de frente para trás, ou de cima para baixo, conforme considerarmos o indivíduo em posição ereta ou em decúbito dorsal: pele — aponeurose do grande obliquo e fibras do pequeno obliquo e transverso — fascia transversalis.

Repassemos rapidamente alguns dados anatômicos relativos aos diversos tipos clínicos de hernias.

A hernia inguinal indireta ou oblíqua externa, passa toda a extensão do canal inguinal, entra pelo orifício interno ou profundo e termina saindo pelo orifício externo ou superficial. Neste tipo de hernia ingui-

nal a arteria epigástrica fica situada na face interna do colo de saco herniário.

Ao contrário, a hernia inguinal direta ou oblíqua interna, apesar de que seu saco venha a sair ou aparecer através do orifício inguinal superficial ou externo, só atravessa uma pequena porção do canal inguinal. O colo do saco herniário está situado para o lado interno da arteria epigástrica, que por conseguinte, passa, neste caso, pela face externa do saco herniário.

A classificação destas hernias, depende das fossetas que são atravessadas, fossetas que se encontram delineadas na face posterior da parede abdominal e que representam os pontos de menor resistência.

A hernia crural, se faz pelo anel femoral ou crural, que pode ser bem evidenciado, quando se separam os tecidos vizinhos da veia femoral. Este anel é maior na mulher que no homem, daí a preferência para aparecer em pessoas do sexo feminino. Na mulher, o "chamado canal inguinal" apresenta maior resistência que o anel crural, o que por sua vez vem explicar o maior número de hernias crurais sobre as hernias inguinais, em se tratando de mulheres.

A hernia obturadora, se faz pelo buraco obturador; a isquiorectal, pelo espaço do mesmo nome; a pudenda, ou isquiática, pelo foramen isquiático; a lombar pelo triângulo de Petit; a umbelical ao nível da cicatriz do mesmo nome, e finalmente, as da linha branca, através dos pertuitos da passagem dos vasos e nervos, ao nível da linha mediana da parede abdominal.

Além destas hernias, ainda poderemos encontrar as hernias diafragmáticas, que ou procuram os lugares naturais de menor resistência do diafragma, ou quando traumáticas, se processam através de uma brecha aberta no diafragma.

Eis rapidamente os pontos constitucionais de menor resistência, que podem dar passagem aos diversos tipos clínicos de hernias.

KIRSCHNER E MUELLER (6) afirmam que a protusão do saco herniário inguinal só se pode fazer, sem traumatismo violento, pela deformação do canal e dos respectivos orifícios (esta deformação pode ser brusca ou lenta, no primeiro caso, é a verda-

deira e rara hernia traumática, quase sempre acompanhada de possível lesão do peritônio; e na última hipótese é a hernia que pelo aumento da pressão intra-abdominal e pela deficiência pre-existente, se estabelece parcimoniosamente). A protusão se prepara, o canal é por assim dizer formado, e de repente por um esforço maior (às vezes, nem isso mesmo) o tumor herniário aparece.

Esta ação continuada de preparação também distende o peritônio na formação do saco herniário, pois como bem assinala KIRSCHNER, na hernia traumática, de formação integral imediata, o peritônio não pode acompanhar e se rompe pela distensão.

Neste caso, já estaríamos mais no terreno da evisceração, se bem que fechada, sob ponto de vista da integridade cutânea. Hernia, dum modo geral, poderemos compreender a protusão de vísceras ou parte de vísceras, recobertas de peritônio, através de orifícios não naturais, mas que apresentam uma menor resistência constitucional.

BARTRUD (7) considera toda e qualquer hernia sob ponto de vista da origem, como congênita, pois ele acredita sempre haver o fator predisposição.

Os traumas ou esforços, únicos ou repetidos, nada mais são que os meios de exteriorizar aquela predisposição, de realizá-la, isto é, por assim dizer, de concretizar a hernia congenitamente incipiente.

Afirma textualmente: "It cannot be stated that any one single effort or strain is the definite predisposing cause of the condition, but they each play a part in its gradual development".

Deste modo, o esforço ao qual o acidentado atribue a sua hernia, e proclama como a causa da mesma, é simplesmente o esforço que lhe revelou a presença desta lesão.

BARTRUD, ainda insiste: "trauma is not the primary cause of hernia, but when incidental to industry and repeated time and again it is a contributory factor".

STEPHENS (8) esquematiza a situação, afirmando que a parede abdominal, possui um canal bem lubrificado, que vai da cavidade abdominal à bolsa escrotal, canal de menores dimensões possíveis, e ótimamente guardado pela estrutura muscular e por um

serviço muito bem idealizado de reflexos orgânicos, e a compara a uma reclusa muito bem construída, que no entanto, tenha uma pequena falha ou fresta, pela qual a água goteja. Esta água vai erodindo as paredes desta falha ou fresta, e muitas vezes, quando a força com que esta água passa, é aumentada pela pressão exercida além da reclusa (pressão interna, intra-abdominal), termina alargando o canal, e por um maior fluxo, ou um aumento ainda mais brusco da pressão, dá-se a ruptura da reclusa.

Esta descrição, nos permite compreender o mecanismo de formação das hernias, e é por essa razão que STEPHENS, considera toda a parede abdominal, como potencialmente predisposta às hernias, ao nível dos orifícios já antes mencionados.

Conclui este autor: "a ciência médica ensina agora, o que tem ensinado nos últimos 20 anos, e que é agora aceito como uma verdade médico-científica, e como tal corroborada pela grande maioria dos cirurgiões e anatomistas mundiais, que a hernia ou a chamada ruptura, é uma afeção geralmente desenvolvida gradualmente e que muito raramente é o resultado de um único acidente".

McBRIDE (9) é de opinião que na grande maioria dos casos as hernias se desenvolvem lentamente, já pre-existindo vários meses antes de serem notadas.

BOCCIA (10) admite a teoria de CAMPOLINI, que o esforço violento adquire o caráter revelador de um estado patológico anterior.

LASHER (11) acha que o trauma direto não é competente para produzir uma hernia. Este autor chama a atenção que geralmente os indivíduos acostumados aos trabalhos pesados, têm uma musculatura mais desenvolvida. Conclui que a hernia é congênita, e o trabalho não é a causa, mas o adjuvante da exteriorização.

NELSON (12) em milhares de casos de hernias examinados pela comissão industrial de Wisconsin, sempre encontrou predisposição. Em um caso sucitado juridicamente, o juiz declarou: "It appears that there is such a thing as occupational hernia".

Verificado que hoje não é mais possível encarar o problema das hernias, em seu capí-

tulo da etiopatogenia, sem admitir como perfeitamente estabelecida a questão da propensão congênita, da predisposição, vejamos pois quais as causas predisponentes e coadjuvantes, que podem influir no aparecimento ou na exteriorização da hernia.

E' somente do conhecimento de todos estes fatores, que intervem, muitos quase que quotidianamente, que será possível julgar do caráter profissional da hernia, que apresenta o operário ou empregado.

E da exclusão dos mesmos, como elementos principais, é que se pode em segurança, inferir do quantum e do valor do elemento profissional no aparecimento da hernia em exame.

Assim, KESSLER (13) relaciona as seguintes causas predisponentes:

- a) Hernia congênita (isto é, cremos, a persistência do conduto peritôneo-vaginal, permeável).
- b) criptorquidia, tanto a atual, como no passado, pois é razoável acreditar que a mesma interfira nas relações do conduto peritôneo-vaginal, impedindo a sua completa obturação.
- c) Diastases da parede e o "canal congênito"; ora este elemento, nada mais é na generalidade dos casos, que o elemento predisposição, a que já aludimos anteriormente, e que em determinados casos poderá se acentuar a ponto de quase chegar a se confundir com o item a).
- d) fimose congênita — a dificuldade de micção por ela provocada é um elemento que acentua grandemente a pressão intra-abdominal.
- e) estreitamentos congênitos; Kessler não diz de onde, mas cremos que queira referir aos da uretra e do reto, pois a dificuldade de micção e de defecação, trazem consigo o aumento da pressão intra-abdominal. Mas não somente os estreitamentos congênitos podem ser elementos predisponentes, como o podem ser também os adquiridos, cicatriciais e tumorais.
- f) cicatriz post-operatória; não acompanhamos aqui, integralmente o pensamento de

Kessler, pois cremos que seja a patologia da cicatriz operatória, que possa predispor a uma hernia, ou melhor eventração.

- g) diastase adquirida da parede abdominal: mas que cremos não poderá deixar de reconhecer uma debilidade congenita.
- h) Obesidade; principalmente pelos lipomas do cordão e mesmo os intra-canaliculares (veja um nosso trabalho anterior. (14).

Ao lado destas causas predisponentes, Kessler alinha uma série de causas excitantes e coadjuvantes:

- 1) Esforço violento (especialmente ao levantar); mas não podemos deixar de assinalar que este somente poderá ser considerado quando elemento único, o exteriorizador de uma situação anterior já definida. Por si só não pode causar a hernia.
- 2) Trauma direto — elemento antigamente muito alegado, mas que hoje só tem sua apreciação muito restrita, pois o trauma direto, que agiu imediatamente produzindo uma hernia, no geral produziu uma eventração ou mesmo uma evisceração. Poderá, pelo elemento dor, chamar a atenção para uma hernia já perfeitamente existente e mesmo exteriorizada, mas que não tinha sido notada pelo paciente.
- 3) Esforço crônico — (repetido) é o elemento de maior valor, e é de seu estudo sistematizado que poderemos inferir da possível qualidade profissional da hernia, estudando se no exercício de sua profissão, o paciente se encontra cronicamente exposto a repetidos e pequenos esforços, capazes de lenta, mas gradualmente, formarem e exteriorizarem a hernia.
- 4) Trabalho — envolve, sob ponto de vista profissional, o item acima.
- 5) Bronquite — o esforço repetido e incessante da tosse, e consequente aumento da pressão intra-abdominal, podem levar a hernia.
- 6) Constipação — idêntico é o mecanismo

pelo esforço na defecação; esforço exagerado e repetido que consequentemente produz um aumento da pressão intra-abdominal.

- 7) O aumento da prostata — conduz a transtornos de micção, e para vencê-los, necessita o paciente de maior esforço, que produz uma maior pressão intra-abdominal.
- 8) Estreitamentos de uretra e reto — veja mecanismo de 6) e 7).

Todos estes e ainda mais outros são os elementos que o médico legista tem de encerrar ao julgar sobre um caso de hernia.

Ainda voltaremos a este assunto, em linhas subsequentes, desejando encerrar de imediato uma faceta da questão, isto é, a colocação nos seus devidos termos da "hernia traumática" tão apregoada antigamente e considerada ainda por bastantes, como a única indenizável.

Farta tem sido a copia de interpretações dadas à hernia traumática, pelo que se justifica ouvir os autores modernos com referência à mesma, para daí podermos concluir de sua relativa pouca frequência.

BARTRUP (15) exige da hernia traumática, as seguintes características:

- a) Dor forte, imediata, na região do tumor herniário;
- b) que esta dor seja tão violenta que impeça de imediato o operário de trabalhar;
- c) que a "descida" da hernia, o aparecimento do tumor, seja imediato ao acidente;
- d) e, que estes sintomas sejam de tal gravidade, que obriguem o paciente a referi-las de imediato ao médico.

Mas, assim mesmo, este autor diz textualmente: "It is safe to make the statement that *traumatic or accidental hernias are very rare*".

Para STEPHENS (16) a hernia traumática é extremamente rara, usualmente ocorrendo por violência direta e com destruição nítida de tecido.

McBRIDE (17) também reconhece a qualidade rara da hernia traumática.

HELFERICH, SCARPA, SEDELLET, GOSSELIN, HOFFMANN. KOENIG,

KAUFMANN, THEBAUTH, FORT E ENGLISH, são contrários à concepção da hernia se formar abruptamente em consequência de um esforço ou trauma único. MORO o demonstrou experimentalmente (18).

McWARTHER (19) divide os mecanismos da hernia inguinal traumática se bem que também reconheça que seja rara, em direto ou indireto. Na causa indireta, acredita existir um aumento brusco da pressão abdominal, com lesão peritoneal ou uma *pre-disposição congênita*.

MOORHEAD e St. JACQUES consideram o trauma como uma agravação.

BULL e COLEY (20) em 10.000 casos de hernias só encontraram dois casos de hernias diretas por trauma.

HALLAND (21) além das características de BARTRUP, exige para a hernia traumática, mais as seguintes:

- e) falta de história prévia de hernia;
- f) e, que o trauma ou esforço, por si só sejam adequados a fazê-la aparecer.

Êstes últimos pontos encontram um obstáculo ao esclarecimento, no caso clínico em si, pois no geral, o paciente com medo que não se aceite a hernia como indenizável, conta sempre que antes daquêlê esforço, ao qual se refere como causador, nada havia e que o esforço data, no geral, de poucas horas.

HORN (22) afirma que as hernias são excepcionalmente de causa traumática, e como tanto indenizáveis.

MUELLER E KIRSCHNER (23) encaram tôda a hernia como acidente e classificam tôda a hernia traumática como acidente do trabalho. Para êles, nos casos de traumas diretos, o assunto é líquido, mas nas hernias aparecidas tempos após (mecanismo indireto), o assunto não é claro.

No estrangulamento julgam haver sempre responsabilidade patronal.

A concepção dêstes dois autores, apesar do muito que nos devem merecer como cirurgiões, é confusa e não reconhece base científica, e tanto prova a dúvida em que se encontram quanto às hernias — que êles chamam de tardias em relação ao alegado trauma.

Quanto ao estrangulamento, estamos

perfeitamente de acôrdo, salvo nos casos em que reconhecida a indenizabilidade da hernia, o paciente prefere recebê-la em dinheiro, ao em vez do tratamento cirúrgico. Ao decidir pelo recebimento da indenização em dinheiro, o operário assume todo e qualquer agravo futuro, e nêles incluído logicamente o estrangulamento.

Como médico-chefe de uma Companhia Seguradora operando no ramo de acidentes do trabalho e moléstias profissionais, dado que em nosso país não existe o exame prévio, sempre reconhecemos o estrangulamento, como um acidente do trabalho.

Ainda sôbre a concepção da hernia traumática, releva notar que, a verdadeira hernia traumática, sempre trás consigo a rutura de tecidos, músculos, aponeuroses e menos frequentemente a da pele e do peritônio, que são mais elásticos.

OLLER (24) cita que em 100.000 operários, todos examinados ao serem admitidos, só se desenvolveram 6 a 7 casos de hernias traumáticas; êstes dados provêm de estatísticas suíças e alemãs.

RIBEIRO (25) classifica como acidente, a que se chama de hernia traumática, e também a julga rara. Entretanto, declara também, que já é coisa decidida que a hernia inguinal possa ser considerada como acidente do trabalho. Esta afirmação parece estar em desacôrdo com o restante de seu trabalho, onde procura defender o caráter de moléstia profissional da hernia, em consequência a repêidos e frequentes pequenos traumas e esforços agindo em terreno com predisposição. Parece que a hernia inguinal só seria um acidente do trabalho, na hipótese de ser um dos raros casos de hernia traumática.

Von HASSEL, durante 15 anos, entre 33.000 mineiros, nunca viu uma hernia traumática (26). MOORHEAD (27) após o estudo de 1.376 casos de hernias, em 1940, declara textualmente: "a hernia nunca é causada por um trauma, o saco preformado é sempre um antecedente".

Qualquer caso de hernia desenvolvendo-se no correr do trabalho, e incidente com o trabalho diário do paciente, deve ser tratado como uma moléstia profissional, devida a um enfraquecimento anatômico especial do indi-

víduo, pelo qual o empregador não é responsável. Julga a seguir STEPHENS (28), que só poderá haver obrigação patronal, sob ponto de vista moral, isto é, em consideração ao ponto de vista econômico ou humano. E tal obrigação moral julga, que deve ser somente atribuída aos operários que na admissão forem encontrados livres de hernias.

Em primeiro lugar, concordamos com Stephens, no enunciado do característico trabalhístico da hernia, aliás hoje aceito pela grande maioria dos tratadistas, mas se bem que o empregador não seja o culpado da predisposição anatômica do paciente à hernia, nem por isso deixará de ser o responsável pela hernia, que à base desta predisposição, aparecer em empregado seu, que esteja exposto a um risco de trabalho, que por si só favorecesse o aparecimento da lesão à base inicial daquela citada predisposição.

A falta de exame prévio, implica na aceitação do indivíduo como sã no momento de se empregar, pelo que, a responsabilidade patronal fica estabelecida. No último caso proposto por Stephens, si o exame de admissão, revelar uma propensão à hernia (diatase de parede, canal alargado), ou mesmo uma hernia incipiente, e apesar disso, o patrão empregar o paciente, então, é lógico que êle ao assim proceder, assume todos os riscos daí decorrentes, e naturalmente, entre êles, o do aparecimento posterior de uma hernia.

O certo é que nunca se tem cogitado nas leis trabalhistas da obrigatoriedade do exame prévio, que nas leis de acidente do trabalho poderia ser procedido à requisição do empregador, pela sociedade ou instituição portadora do seu risco de acidentes do trabalho e moléstias profissionais. Só assim teríamos a fixação do estado anterior, bem como desta forma os operários poderiam ser encaminhados a serviços que diante de suas condições físicas estariam aptos a exercer.

FALLIS (29) é de opinião que a hernia, geralmente, existe desde o nascimento, mas muitas vezes não aparece, até que o paciente tenha sido submetido a um grande esforço único ou a pequenos esforços repetidos, como ocorre na indústria. Em outras palavras, é a predisposição.

Naturalmente nesta hipótese, levantada por Fallis, o trabalho, produzindo por assim

dizer o esforço único ou os esforços repetidos, naturalmente levaria ao conceito da agravação pelo acidente (esforço único, revelador), ou pelo risco do trabalho.

Para DODD (30) a incapacidade pela hernia é indenizável, quando legitimamente relacionada com o risco do emprêgo, si houver algum esforço incomum ou um acidente precedendo ao aparecimento da hernia.

ARAUJO CASTRO (31) cita FORGUE E JEANBRAU, que baseados nas jurisprudências belga, francesa, alemã e suíça, só reconhecem a qualidade de acidente do trabalho à hernia, quando esta apresenta sinais de hernia traumática. Diz mais que a hernia constitue moléstia profissional quando se desenvolve pouco a pouco, sob a influência normal do trabalho e se manifesta sem nenhum esforço extraordinário (P. Zeys).

HORN (32) julga que o risco do trabalho possa contribuir no aparecimento da hernia, e como tal, ser indenizável a hernia dêle resultante, isto é, quando se forma sob influxo contínuo do trabalho ou, é por êle agravada.

GOMES (33) afirma que os esforços repetidos favorecem ou contribuem para a formação do saco herniário, e que outro esforço, o projetará, em momento dado e em circunstâncias especiais de trabalho, impulsionando o conteúdo abdominal em seu interior.

As hernias moléstia-profissional nunca serão de grande tamanho, pelo que deverão ser regeitadas as hernias inguino-escrotaes irreductíveis, mesmo contra o dramático relato dos requerentes. E nas raras hernias acidentales, as traumáticas, existem os sinais clínicos agudos, que faltam nas hernias inguino-escrotaes irreductíveis.

RIBEIRO (34) afirma que a hernia inguinal-doença profissional é uma ocorrência bastante frequente e apresenta a definição do diretor do Instituto Oscar Freire, da Faculdade de Medicina de São Paulo: "hernia doença profissional é aquela que surge em indivíduos predispostos ou não, após reiterado esforço que o trabalho habitualmente exige, sendo impossível dizer a ocasião exata de seu aparecimento".

Si não deixa de ser verdade, que em muitos casos clínicos de hernia, não nos será

possível determinar com exatidão a data do aparecimento da hernia ao menos, pelos seus característicos, e estudando a constituição do indivíduo, ao lado do risco do trabalho, poderemos chegar à data provável, o que já é algo bastante satisfatório, especialmente quando operários procuram relacionar com um trauma ou traumas recentes, e em profissão recentemente abraçada, uma hernia que apresenta todos os sinais clínicos de uma hernia antiga, muitas vezes já apresentando certo grau de irreduzibilidade.

Clínicamente é difícil distinguir a hernia-doença profissional da hernia-moléstia, e RIBEIRO, acha o problema insolúvel do ponto de vista clínico.

Esta asserção está certa se a tomarmos aludindo aos dados clínicos locais, mas o ponto de vista clínico também envolve outros dados, os elementos clínicos gerais (moléstias outras, predisponentes ou mesmo agravantes) e os fatores profissionais (risco de trabalho, modo de vida, esportes, trabalho extraordinário e feito fóra do risco profissional patronal — tudo dados anamnéticos).

E' pois necessário um estudo judicioso de todos os elementos predisponentes que entram ou podem entrar em jogo, e pesá-los ante o risco do trabalho.

CAMPOS (35) no México procurou introduzir o exame histo-patológico do saco herniário, e RIBEIRO, entre nós propôs, baseado em MOORHEAD e SMITH, a prova da mesa operatória, declarando que uma vez a hernia exposta e principalmente verificado o saco herniário por dentro, seria possível reconhecer a sua idade (com maior aproximação), tipo clínico, aderências, etc..

Entretanto não cremos no valor prático desta prova, pois para realizá-la, teríamos de operar o paciente, e, por conseguinte esta prova somente poderia ser realizada com o consentimento do operário ou empregado, visto que as leis de nosso país não permitem que se obrigue uma pessoa, logo um acidentado, a uma intervenção, mesmo que esta, como na hernia, seja o único meio de tratamento.

Si o paciente consentir, e o operarmos, para realizar ou a prova do exame histo-patológico do saco, ou da mesa operatória, é natural que esta prova sendo feita para inte-

râsse do elemento patronal (patrão, ou companhia de seguros, ou instituto que sejam os portadores da responsabilidade em acidente do trabalho e moléstia profissional) as despesas decorrentes dela, direta ou indiretamente, devem correr de conta da parte interessada.

Ora, a intervenção de uma hernia, cura no mesmo tempo, tivessemos ou não a intenção de transformá-la numa prova jurídica, e por conseguinte, quando dermos alta ao paciente da prova da mesa operatória, também estamos dando alta para o serviço, e logo, termina neste momento a responsabilidade patronal, pois a hernia doença-profissional ou acidente uma vez operada, somente produzirá incapacidade temporária.

Nada se ganha, pois, praticamente, com a realização destas provas, e mesmo que as hernias venham a ser reconhecidas como não dependentes do trabalho, as futuras consequências, reprodução, caem na responsabilidade patronal.

Tôda esta contraversia que temos apontado acima, entre os vários conceitos que tem sido atribuídos às hernias, na infortunística do trabalho, naturalmente levou e ainda leva a um conflito jurídico, que tem sido agravado pela falta de cooperação direta de médicos e juristas, procurando chegar a uma solução justa e adequada com os preceitos da moral, da justiça, mas não se antepondo aos dados fornecidos pela medicina.

IMBERT (36) afirma que o conflito jurídico em torno da hernia em relação ao trabalho é tão velho como a lei do acidente do trabalho. Cita os trabalhos de FAUQUEZ na Revista Médico-cirúrgica dos acidentados do trabalho, dos quais reproduzimos as seguintes citações: "Où, la hernie est presque toujours une maladie, si l'on entend sous ce nom une affection spontanée et progressive". "La predisposition est manifeste".

IMBERT declara que tudo gira em torno do estado anterior, sendo que quase sempre a hernia que aparece, é a expressão última de um processo ocasionado pelo trabalho anterior. Melhor seria dizer exteriorizado pelo trabalho anterior, mas dependente em ultima análise de um estado anterior, a predisposição.

Baseados neste conceito, isto é, que existe indubitavelmente êste estado predisponen-

te anterior, individual ao acidentado, deveremos julgar com critério todo o estado anterior, não só o de trabalho, mas o mórbido pessoal do indivíduo e suas outras ocupações profissionais, si as tiver, ou mesmo privadas, recreativas e esportivas.

STONE (37) declara que as divergências que aparecem na interpretação das hernias na infortunística do trabalho, reside na diferença do modo de encarar o problema. Um é o estudo da hernia como uma lesão do ponto de vista puramente científico; outro é a interpretação das leis em sua aplicação num grupo de pessoas.

STONE afirma que as cortes de justiça não podem determinar a questão da etiologia, e prossegue: "si uma corte de justiça dá a compensação por hernia, não se deve concluir que a hernia é causada pelo trabalho, mas simplesmente que debaixo de certas considerações (provisórias) da lei, o homem que desenvolveu uma hernia durante o trabalho é considerado como tendo direito a uma compensação.

LEONÍDIO RIBEIRO (38) declara que como perito, o médico, deverá constatar si se trata de uma hernia-doença, já antiga, e que se formou gradativamente ou hernia acidente, produzida em consequência do trauma do acidente.

Não obstante o quanto nos merece êste notável médico legista patricio, cremos que já quando foi enunciada esta afirmação, esta classificação de hernias em face à infortunística do trabalho, era velha e obsoleta. Leonídio Ribeiro, continúa dizendo que ao juiz é que cabe decidir da responsabilidade. Mas si o laudo médico legista foi elaborado à base científica, com sua discussão etio-patogênica amplamente explanada, e com conclusão segura, para uma ou outra hipótese formuladas, êste mesmo laudo médico legista, em face da lei já determinou da responsabilidade, e esta o juiz unicamente poderá classificar em face da lei e do laudo médico legista, pois por si só não o poderá fazer, mesmo baseado em juristas e acórdãos, pois os seus autores e êle mesmo não são tènicamente competentes para uma orientação do assunto médico.

Si a corte de justiça não quizer se louvar inteiramente no parecer do médico legista ou do perito nomeado, poderá para maior

facilidade, lançar mão de um acessor técnico, um médico, profundo conhecedor da matéria de traumatologia e medicina do trabalho. Aliás cremos que as curadorias de acidentes do trabalho, deveriam ter um acessor técnico, nestas condições, pois de sua atuação, da orientação que poderiam dar aos senhores curadores e juizes, muito bem adviria. Seria um consultor técnico, confidencial, seria um trabalho harmônico de entrosagem entre a medicina e o direito, do qual, cremos deveria em cem per cento sair um único resultado: a verdade.

JEANBRAU e GIRAUD (39) afirmam que a Cour de Cassation, em França, baseada na lei de 24-10-1904 é de opinião que não se deve levar em conta a predisposição. Esta decisão não resiste à crítica, é velha e caduca.

Como aplicar tal orientação, por exemplo, em nosso meio, onde o seguro ou a garantia contra o infortunio trabalhista, é tomado a forfait, sem exame prévio, logo aceitando-se os operários para o trabalho, acreditando em que possuam 100% da capacidade anatomo-funcional.

A própria concepção exposta, por WULSTEIN E WILMS (1915) (40) e exposta pelo Instituto de Acidentes do Trabalho da Alemanha, absolutamente não resiste, quando tomamos como base, o ponto de vista, da raridade da hernia traumática (a verdadeira hernia acidente) e da predisposição e formação gradual da hernia em infortunística, na dependência do trabalho.

PATEL (41) reconhece que o número das verdadeiras hernias-acidentes é pequeno, e que a interpretação judicial em França, com relação ao problema das hernias tem sido variada e diversa.

SILVEIRA e GAMA - SILVA (42) preconizam o trabalho conjunto e estreito da cirurgia com a infortunística legal, para resolver o assunto da hernia. Julgam a predisposição uma concausa, citando diversas opiniões a respeito:

a) — BORTOLOTTI — não exclue a aplicação do conceito de acidente (do trabalho) o fato de que a morte ou a lesão se apresenta como expressão de uma predisposição patológica do indivíduo;

b) — SACHET — não é necessário para a aplicação da lei de 1898 (a dos acidentes do trabalho) que o trabalho constitua a causa exclusiva e imediata do acidente, basta que êle tenha sido uma das causas cooperantes;

c) — VACARRO — os ingleses indenizam qualquer hernia que surja de um esforço anormal. Os norte-americanos indenizam os que se queixam de agravação de uma hernia pre-existente, mas somente em certos Estados, pois a lei que regula as indenizações da infortunística do trabalho é sempre estadual, e desta forma pode variar de um Estado para o outro.

A predisposição pode ser uma concausa, melhor seria a causa primária, e o trabalho e os outros fatores já estudados, seriam as concausas posteriores ou secundárias (eclosantes) dependendo do estudo de quanto cada uma contribue, principalmente da periodicidade de sua intervenção, para aquilatar a responsabilidade desta ou daquela concausa.

Em nosso país, o decreto n.º 86 de 14 de março de 1935, declarava:

“Consideram-se hernias *Traumáticas* para o efeito do cálculo de indenização as a que se refere a presente tabela:

- a) as que com caráter agudo, se manifestam subitamente em consequência a traumatismo violento, sofrido no trabalho, ocasionando rutura da parede abdominal ou do diafragma;
- b) as que, em empregados *não predispostos* sobrevem em consequências de traumatismos ou esforços violentos, anormais e imprevistos relativamente ao trabalho comum ao empregado.

Vemos aí quão diversa era a orientação de nossas leis a respeito, no início da regulamentação dos acidentes do trabalho e das moléstias profissionais.

A lei espanhola, reconhece o direito de indenização, nas hernias:

- a- que aparecem bruscamente a custa de um trauma violento sofrido no trabalho e que ocasione rutura ou estiramento da parede abdominal ou do diafragma, e se acompanhe de um síndrome abdominal agudo bem manifesto;

- b- as que se instalam em trabalhadores não predispostos, em sequência a um trauma ou esforço, sempre que este seja violento, imprevisto e anormal em relação do trabalho que habitualmente executa o trabalhador (43).

Como vemos, a lei espanhola, bem como nosso anterior decreto excluem a interpretação moderna de hernia-moléstia profissional.

Aliás, é interessante assinalar, um fato corrente em infortunística do trabalho, o do operário no afan de convencer os juizes ou médicos legistas, procurar apresentar como uma hernia traumática, a hernia moléstia-profissional (43).

Já que concordamos, em que a hernia em relação ao trabalho, raramente assume o caráter de um acidente do trabalho e sim é quase sempre uma moléstia profissional, seria interessante conhecer, o que se compreende e se aceita como moléstia profissional.

Segundo o Boletim Internacional do Trabalho, moléstia profissional é toda aquela, que se apresenta numa profissão, de maneira desacostumada (44).

Não nos parece uma definição muito clara, não fala no caráter da dependência que deve haver entre a moléstia e o risco do trabalho que a provoca, bem como a parte final é obscura.

A legislação social chilena, neste assunto, se baseia no artigo 258 do Código do Trabalho — que reza: a responsabilidade do patrão se estende às enfermidades causadas de uma maneira direta pelo exercício da profissão ou trabalho, que realiza o trabalhador, e que lhe produz incapacidade.

O artigo 1.º do Regulamento, conclue que as enfermidades adquiridas em consequência do exercício de qualquer officio se equiparam baixo o nome de moléstias profissionais, aos acidentes do trabalho. No caso de dúvida entre um acidente do trabalho e uma moléstia profissional, o artigo 7.º manda classificar como moléstia profissional, uma incapacidade que se fôr instalando gradativamente, estando o paciente em observação.

ARAYA (45) conclue, moléstia profissional é uma alteração do estado de saúde do trabalhador, que lhe provoca uma incapacidade

dade gradual, causada de uma maneira direta, isto é, adquirida pelo exercício de uma profissão ou ofício determinado.

Baseia a caracterização, nos seguintes itens:

- a) exercício de uma profissão ou ofício, e que haja um contrato de trabalho;
- b) alteração do estado de saúde;
- c) incapacidade gradual;
- d) relação direta de causa e efeito, entre a alteração de saúde e a profissão, ofício ou trabalho.

A lei uruguaia de 28 de fevereiro de 1941 (46) exige as seguintes condições, para caracterizar a moléstia profissional:

- a) que a moléstia tenha aparecido no trabalho compreendido dentro do risco;
- b) que o paciente esteja habitualmente ocupado no trabalho que causa a moléstia profissional;
- c) que a enfermidade cause incapacidade;
- d) que não tenha sido ultrapassado o tempo determinado em lei entre o abandono do trabalho com o risco passível de causar a moléstia profissional e o aparecimento da moléstia.

Sem este último item, o primeiro, seria incompleto, pois, como está enunciado, parece fóra de dúvida que a moléstia profissional devia ter sua eclosão clínica dentro do período em que o operário ainda estivesse trabalhando sob o risco profissional causador da moléstia profissional apontada. Mas poder-se-ia dar muito bem o caso de um operário ter estado suficientemente exposto ao risco em questão, e abandoná-lo, pouco tempo antes da eclosão clínica da moléstia. A aceitação da moléstia profissional ainda durante um intervalo determinado, corrige a inflexibilidade do item a).

POLLET declara que definir a moléstia profissional é difícil e por conseguinte não deverá admirar ninguém, que o legislador, com frequência, tenha evitado fazê-lo (47).

E' natural que a determinação exata de uma moléstia profissional sempre levará algum tempo, até que possa ser oficializada, pois convenhamos que deverão ser feitos estudos aprofundados das condições de traba-

lho, das condições de saúde individuais dos operários, das condições climatéricas, e uma observação acurada dos casos clínicos apresentados, sob todos os pontos de vista, para que se possa determinar que esta ou aquela moléstia seja profissional e seja determinada por este ou aquele risco de trabalho, por esta ou aquela causa. Não somente interessa a questão jurídica da moléstia profissional, para determinar a indenizabilidade da mesma, a responsabilidade patronal, mas também sob ponto de vista da medicina do trabalho, interessa conhecer esses dados, afim de que seja possível estudar e adaptar medidas preventivas.

Na Conferência Internacional do Trabalho, reunida em 1925, em Gênebra, o relator do assunto, assim se expressou: — sabemos que não existe uma definição clara e precisa que satisfaça, nem existe um critério firme que possa servir para determinar em todos os casos e com toda a precisão o diagnóstico etiológico das manifestações mórbidas observadas.

Reconhecemos esta dificuldade, que, se bem que represente motivo justo para que de um lado, não se afaste desde logo a possibilidade de moléstia profissional, também por outro lado não justifica o excesso inverso, de querer rotular de profissional toda a moléstia que venha a acometer um operário, e que muitas vezes sem relação com o risco de trabalho, tem sua eclosão clínica durante o mesmo.

Segundo POZZO (48) a lei argentina exige a relação direta com o trabalho durante um ano antes da incapacidade e não reconhece responsabilidade do empregador si o paciente que era portador da moléstia ao ser empregado, mesmo sem exame prévio, cremos nós, pois se exame prévio a determinasse, não cremos que o empregador lhe concedesse o trabalho.

Justifica-se o ponto de vista argentino, pois para que uma moléstia profissional se instale é necessário que o paciente esteja exposto durante um certo período mais ou menos longo conforme o risco, condições locais, etc., para que a moléstia profissional se estabeleça. Por conseguinte, caso venha a aparecer de imediato à entrada no emprêgo, a responsabilidade do empregador atual é nula, e

si anteriormente exercida a mesma profissão, com período de latência suficiente, a responsabilidade patronal é a do patrão antigo.

USAIN (49) também argentino, diz que a moléstia profissional deve ser causada exclusivamente pelo trabalho, datando este de um ano antes da inabilitação, e que a lei argentina, não admite, no terreno da moléstia profissional, a concausa, ao contrário do que preceitua para o acidente do trabalho.

Naturalmente, que não se pode admitir a concausa etiológica, pois esta pode ser somente uma, inerente ao risco profissional. Mas podem haver concausas acessórias, mesmo nas moléstias profissionais, estados de menor resistência orgânica, fatores extrínsecos ao trabalho, que favorecem o agente vulnerante do risco profissional, no ataque ao organismo.

Mas o que, fóra de dúvida, vemos até aqui, é que a relação entre a moléstia profissional e o risco de trabalho deve ser exclusivamente direta, e que deve ser a nosso ver a principal, podendo não ser a única. Onde entram em linha de conta vários fatores, não é lógico fazer cair a responsabilidade de um insucesso sobre o mais fraco e menos responsável.

PIMENTA (50) acha que a moléstia profissional deve ser sempre inerente a determinados riscos profissionais e que seja contraída pela continuidade deste serviço.

LAFORT diz que a moléstia profissional, ao contrário do acidente do trabalho, longe de constituir um fator excepcional, é a consequência normal do trabalho executado, da influência reiterada de agentes de ordem mecânica, física ou química; ela é fatal neste sentido, e que depende da repetição do mesmo labor; a época em que foi contraída nem sempre poderá ser precisada de uma maneira acurada, porque, em vez de irromper subitamente, a afecção se verifica progressivamente, com o tempo; resulta, não de um fato único, mas de uma ação manifestando-se insensível e constantemente (50).

Vejamos, para melhor comparação, as definições adotadas por PIMENTA. *Acidente do trabalho* compreende as lesões corporais ou perturbações funcionais que, no exercício, ou na ocasião ou por motivo de desempenho de uma profissão ou mistér, resulta-

rem de causas externas, súbitas, imprevistas ou fortuitas, e, determinam a morte, ou incapacidade do trabalho, parcial ou total, temporária ou permanente. *Moléstia profissional* corresponde a doenças ou enfermidades contraídas no desempenho ou em consequência do trabalho, em certos e determinados ramos da atividade ou resultantes de condições especiais em que normal ou habitualmente se exerce a profissão ou o mistér.

Vemos, pois, que estas definições vem de certa maneira corroborar a distinção que hoje fazemos entre as hernias, em relação ao trabalho, colocando nos acidentes do trabalho, as raras hernias traumáticas e as complicações agudas das hernias, e reservando para as moléstias profissionais as restantes hernias que tenham relação direta com o trabalho, relação direta esta, que seja a causa principal de seu aparecimento.

Existe não há dúvida, uma certa confusão, no assunto geral, causada pelo uso indistinto dos termos infortunio, acidente do trabalho e moléstia profissional.

BORTOLOTTI (51) aceita como genérico a denominação de acidentes do trabalho, que divide em:

- a) infortunio — causa violenta;
- b) moléstia profissional — causa lenta progressiva.

Creemos que muito mais claro e conveniente, seria empregar como genérico o termo de infortunio, e dividindo-o em acidentes e moléstias profissionais.

AFRÂNIO PEIXOTO (52) define em relação ao risco, a moléstia profissional como sendo de risco profissional crônico, e o acidente do trabalho como o de risco profissional agudo. BUYS DE BARROS (53) chama a atenção que a proteção e indenização por moléstia profissional, não está ainda aceita por todos os países.

Se o trabalho, pode causar um infortunio, e como tal submetê-lo à responsabilidade patronal, por que não indenizar os infortúnios crônicos (as moléstias profissionais) quando todos admitem o direito de indenização, quanto aos infortúnios agudos (acidentes do trabalho).

As diversidades de definições, tem sua causa em que os conceitos nos quais as mes-

mas se baseiam, não são sempre os mesmos. RECLUS, define o acidente do trabalho, na sua concepção mais alta, baseado no conceito da causa, enquanto que AFRÂNIO PEIXOTO se baseia no conceito do efeito. Para tanto, BUYS DE BARROS, eclético, acha que devem ser ambos os conceitos aceitos, harmonicamente entrelaçados.

No Brasil, a lei primitiva (n.º 3.724) considerava como moléstia profissional as doenças contraídas exclusivamente pelo exercício do trabalho, quando êste fosse de natureza a só por si causá-las, ao passo que o decreto 24.637, considerava como tais, não só as resultantes exclusivamente do exercício do trabalho, ou das condições especiais ou excepcionais em que o mesmo fôr realizado, senão também as inerentes ou peculiares a determinados ramos da atividade (53).

A recente reforma da lei de acidentes do trabalho e moléstias profissionais condensada no decreto-lei n.º 7036 de 10 de novembro de 1944 (54) define no seu artigo 2.º, as moléstias profissionais, como "doenças, para o efeito desta lei, entendem-se, além das chamadas profissionais — inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade, as resultantes das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho fôr realizado.

Do que acima ficou dito, podemos verificar, que em sã consciência não podemos rotular de acidente do trabalho a grande maioria das hernias indenizáveis, isto é, de responsabilidade patronal. São, diante do que hoje se conhece, sôbre a etiopatogenia das hernias, muito mais moléstias profissionais que acidentes. São os esforços e traumas repetidos, em si incapazes por si só de causar a hernia, mas que com a decorrência do tempo, diante de sua repetição sistemática, a qual o paciente está exposto, vão lenta e progressivamente desenvolvendo a hernia cuja eclosão é quase sempre, erroneamente atribuída a determinado fato ou acidente, que sômente teve a qualidade de ser o último elo de uma longa sequência de eventos, e tendo como causa inicial remota, a predisposição individual.

Desta maneira, é natural que a responsabilidade patronal, seja clara e explícita, nas raras hernias traumáticas, ocorridas em consequência de um acidente do trabalho, mas

que deve ter suas relações mais cautelosamente estudadas nas hernias que se incluem no rotulo das moléstias profissionais.

Aí deveremos tomar em consideração o tipo de hernia, seu tamanho e aspecto clínico, o característico do risco profissional, a extensão de tempo pelo qual o empregado esteve exposto a êste risco profissional, os antecedentes mórbidos pessoas do paciente, e os que por ventura tenha no momento, bem como dados referentes ao seu modo de vida, outros riscos profissionais e esportivos.

Assim, do estudo das mesmas, verifica-se que o operário esteve por tempo suficiente exposto a um risco profissional, no qual se favorecia, pelo esforço e traumas repetidos, mesmo mínimos em intensidade, o aumento da pressão intra abdominal, e que não existem nos fatores outros em seu passado mórbido próximo, ou no seu estado de saúde atual, e nas suas condições de vida outras que o risco profissional aludido, causa maior que a do supra mencionado risco, a hernia deve ser considerada de responsabilidade do atual patrão e como tal por êle indenizada ou tratada.

Excluem-se pois da responsabilidade patronal:

- a) as hernias congénitas; (não confundir com as consequentes do risco profissional, mas que se desenvolvem em indivíduos com predisposição congénita);
- b) as hernias, já volumosas, e das quais sejam portadores indivíduos que apresentam reclamação por hernia, pouco tempo após a sua entrada para o emprêgo do atual patrão.

Neste segundo caso, poder-se-á sempre provar que pelo desenvolvimento da hernia, esta deverá ter feito sua eclosão (aparecimento) antes do operário ter obtido emprêgo com o atual patrão.

A falta de exame prévio para admissão ao emprêgo, muito frequente entre nós, permite que um operário já portador de uma hernia, seja admitido, e depois de algum tempo venha reclamar indenização ou tratamento atribuindo a um fato ocorrido no emprêgo do atual patrão.

As complicações agudas, o estrangulamento, por exemplo, de uma hernia, seja

qual fôr o seu característico, ocorrido durante o trabalho e ainda mais em consequência d'êste, se forma um típico acidente do trabalho.

Quanto à incapacidade produzida pelas hernias, sejam quais forem, ela é inicialmente temporária, pois a hernia é passível de tratamento, o operatório, e quando operadas com sucesso não deixam incapacidade alguma ao operário.

Mas como o único tratamento das hernias é o operatório, sendo as fundas e aparelhos ortopédicos somente uma medida paliativa, e não se recomendando o tratamento esclerosante, que hoje decaiu, ante contra-indicações múltiplas, e como a lei brasileira, não permite que se obrigue um indivíduo a sofrer contra a vontade qualquer intervenção cirúrgica, si o operário não se mostrar inclinado a ser operado e desistir da operação, então a incapacidade temporária se torna de imediato permanente parcial e é como tal indenizável pelo cálculo habitual da tabela.

Torna-se permanente, pois neste momento, o da negativa do operário em aceitar a in-

tervenção, a lesão é definitiva, e considerada, para fins da lei de acidentes do trabalho e moléstia profissional, como irreparável por outros meios.

Mas ao negar em aceitar a operação, preferindo receber uma indenização em dinheiro, o operário assume uma grave responsabilidade, pois futuramente qualquer agravação da mesma hernia corre de sua conta exclusiva.

BARTRUD (55) julga que a capacidade funcional dos herniários fica decrescida em 25%.

RIBEIRO (56) é contrário à opção que tem o operário em escolher entre a intervenção cirúrgica e a indenização em dinheiro.

Entretanto, não concordamos com êste autor, pois, como não nos é possível garantir ao operário o pleno e satisfatório sucesso da operação, êle sempre correrá um risco, que apesar de remoto, poderá ser fatal, pelo que não nos cabe o direito de obrigá-lo a se submeter mesmo, sob pena da perda de seus direitos.

B I B L I O G R A F I A

- 1 — BARTRUD, A. F. — Hernia in industry — Surg. Cl. North Amer. August 1942 — pag. 1091.
- 2 — STEPHENS, Philip — Etiology of inguinal hernia — Surg. Cl. North Amer. August 1942 — pag. 1107.
- 3/4 — FALLIS, Lawrence S. — Industrial aspects of hernia — (M. Rec. 152:432-4; Dec. 18/1940) — in Yearbook of Industrial and Orthopedic Surgery 1941 — by Charles F. Painter — pag. 415.
- 5 — TREVES-KEITH — Chirurgische Anatomie — tr. para o alemão — 1914.
- 6 — KIRSCHNER M. & MUELLER E. — Ueber den ursachlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Bauchbruch unter besonderer Beruecksichtigung der Rechtslage des Unfallversicherungsgesetzes. — Der Chirurg — 1939 — V. 11 — n.º 13 — pag. 465.
- 7 — BARTRUD, A. F. — Trabalho citado sob número 1.
- 8 — TREVES-KEITH — Obra citada sob número 5.
- 9 — McBRIDE, EARL — Disability evaluation — 1936 — Lippincot — USA. — pag. 602.
- 10 — BOCCIA, DONATO — Tratado de Medicina del Trabajo — 1942 — 2.ª ed. — El Ateneo — B. Aires — pag. 828.
- 11 — LASHER, Willis W. — Industrial Surgery — 1942 — 1st. ed. enlarg. ed. P. Noeber — USA.
- 12 — NELSON, Harry A. — Hernias under Workmen's Compensation (Wisconsin M. J. 42:1057-60-1943) — in Yearbook of Industrial and Orthopedic Surgery — 1944 — Charles F. Painter.
- 13 — KESSLER, Henry H. — Accidental injuries — 1942 — Lea Febiger — USA — 2d. ed.
- 14 — SECCO ETCHENBERG — Lipomatose inguinal bilateral. — Med. e Cirurgia — Ano VI — n.º 3 — pag. 58 — 1944 — Pôrto Alegre.
- 15 — BARTRUD, A. F. — Trabalho citado sob número 1.
- 16 — STEPHENS, Philip — Trabalho citado sob número 2.
- 17 — McBRIDE, Earl — Obra citada sob número 9.
- 18 — CIAMPOLINI, Arnolfo — La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge — 1926 — 2.ª ed. — Roma.
- 19/21 — WHORTHER, Golder L. Me. — Inguinal hernia due to direct trauma: technique of operation — Amer. J. Surg. — V. XLV — n.º 2 — 356 — 1939.
- 22 — HORN, PAUL — Praktische Unfall — und Invalidenbegutachtung — 3te. auf. Berlin — Verlag Springer — 1932.

- 23 --- KIRSCHNER M. & MUELLER, E. --- Trabalho citado sob número 6.
- 24 --- OLLER, D. A. --- Medicina del Trabajo --- 1935 --- 1.^a ed. --- Morata --- Madrid.
- 25/27 --- RIBEIRO, EURICO BRANCO --- A hernia inguinal em infortunística --- Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia. --- Vol. XLI --- 1941 --- n.º 4 --- 291
- 28 --- STEPHENS, Philip --- Trabalho citado sob número 2.
- 29 --- FALLIS, Lawrence S. --- Trabalho citado sob número 3.
- 30 --- DODD, Walter F. --- Administration of Workmen's Compensation --- New York --- The Commonwealth Fund --- 1936.
- 31 --- CASTRO, ARAUJO --- Acidentes do Trabalho --- 5.^a ed. --- 1939 --- Freitas Bastos --- Rio.
- 32 --- HORN, Paul --- Obra citada sob número 22.
- 33 --- GOMEZ, Oscar L. --- La hernia desde el punto de vista médico-legal --- 13.º congreso argentino de Cirurgia --- 1941 --- pag. 453.
- 34/5 --- RIBEIRO, Eurico Branco --- Trabalho citado sob número 25.
- 36 --- IMBERT, LEON --- Accidents du Travail --- 3eme ed. --- 1939 --- Masson ed. --- Paris.
- 37 --- STONE, Harvey --- Hernia -- in Lewis Practice of Surgery --- Ch. 9 --- V. 7 --- 4/5.
- 38 --- AFRANIO PEIXOTO e outros --- Acidentes do Trabalho --- 1934 --- Ed. Guanabara --- Rio.
- 39 --- JEANBRAU E., e GIRAUP G. --- Accidents du Travail et hernies in Pratique Médico-Chirurgicale --- 3eme ed. --- V. II --- Masson ed. --- Paris.
- 40 --- WULSTEIN & WILMS --- Tratado de Patologia y Clínica Quirúrgicas --- tr. del alem. --- 1915 --- T. III --- Salvat.
- 41 --- PATEL, MAURICE --- Hernies --- Bailliere --- 1924 --- Paris.
- 42 --- SILVEIRA, W C. & GAMA E SILVA --- Acidentes do Trabalho e Moléstias profissionais --- 1944 --- São Paulo.
- 43 --- RIBEIRO, Eurico Branco --- Trabalho citado sob número 25.
- 44/5 --- ARAYA, Exequiel Figueroa --- Las enfermedades profesionales --- 1943 --- Santiago de Chile.
- 46 --- BANCO de SEGUROS DEL ESTADO --- Acidentes del Trabajo e enfermedades profesionales --- 1929 --- Imprenta Nacional --- Montevideo --- Uruguay.
- 47/8 --- POZZO, Juan D. --- Accidentes del Trabajo --- 1939 --- Buenos Ayres.
- 49 --- USAIN, Alejandro M. --- Legislacion del Trabajo --- 1928 --- Buenos Aires.
- 50 --- PIMENTA, Joaquim --- Sociologia Juridica do Trabalho --- 1944 --- ed. Max Limonad Ltda. --- São Paulo.
- 51/2 --- BUYS DE BARROS, A. B. --- O Seguro Social no Direito Brasileiro --- 1944 --- Max Limonad Ltda. --- São Paulo.
- 53 --- ARAUJO CASTRO --- Obra citada sob número 31.
- 54 --- Imprensa Oficial --- Diário Oficial --- Seção I --- Ano 83 --- n.º 264 --- de 13 de Novembro de 1944.
- 55 --- BARTRUD, A. F. --- Trabalho citado sob número 1.
- 56 --- RIBEIRO, Eurico Branco --- Trabalho citado sob número 25.