

Dr. Secco Eichenberg

Chefe de Clínica da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica

A ANESTESIA LOCAL NAS APENDICECTOMIAS

do serviço da 2.^a cad. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de
Medicina de Porto Alegre: Prof. Guerra Blessmann



1939-2^a CAD. CL. CIRÚRGICA FMPOA -
'ANESTESIA LOCAL APENDICECTOMIAS'

Dr. Secco Eichenberg
Chefe de Clínica da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica

**A ANESTESIA LOCAL NAS
APENDICECTOMIAS**

do serviço da 2.ª cad. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de
Medicina de Porto Alegre: Prof. Guerra Blessmann



1989
Typographia Gundlach
Porto Alegre

A anestesia local nas apendicectomias

do serviço da 2.^a cad. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: Prof. Guerra Blessmann

por

Dr. Secco Eichenberg

Chefe de Clínica da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica

Ha alguns anos atraz, Braun, um dos maiores entusiastas da anestesia local, para cujo desenvolvimento muito contribuiu, declarava que a apendicectomia era a intervenção menos propicia para ser executada sob anestesia local.

Com referencia á apendicite aguda, achava que esta afirmação era categorica.

Atribuia os insucessos a uma dificuldade técnica, de base anatomica, em infiltrar convenientemente o peritoneo; achava que certas posições do apendice e certos estados anatomo-patologicos do mesmo dificultavam, se não entravavam o resultado da anestesia.

Mas as modificações de técnica introduzidas com o tempo, o cuidado e esmero, dedicados aos processos de anestesia local, modificaram os resultados das anestésias locais nas apendicectomias e hoje obtêm-se em muitos casos ótimas anestésias, que dispensam por completo a anestesia geral.

Além das vantagens geraes inerentes ao método de anestesia local em si, o silencio abdominal, que sempre é observado, facilita muitissima a intervenção cirúrgica.

No serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, do qual temos a honra de ser auxiliar de ensino, a anestesia local ocupa, desde muito, o primeiro lugar na estatística das anestésias.

Inicialmente, a apendicectomia era praticada em nosso serviço, sob narcose geral, mas em fins de 1933, nosso diretor, o Prof. Guerra Blessmann, resolveu generalisar o emprego da anestesia local nas apendicectomias.

Entretanto, o Prof. Guerra Blessmann resolveu não empregar a técnica pura de Braun, tambem citada por Panchet e Hirschel, modificando-a e completando-a, melhorando assim sensivelmente esta técnica de anestesia local, como o provam os resultados obtidos.

Devemos entretanto confessar, que, em se tratando de casos de apendicite aguda, bem como nos casos de apendicite retro-cecal, especialmente quando este ainda se encontra fortemente encaestado pelas adherencias, os resultados da anestesia local são menos brilhantes, sentindo o paciente algumas dores.

No primeiro caso, depende este insucesso parcial do processo inflamatório agudo, e no segundo da tração sobre o ceco e apendice.

a qual distende peritoneo e meso-appendice, tração esta que é indiscutivelmente dolorosa.

Entretanto, mesmo nestes casos, deveremos inicialmente tentar e praticar a anestesia local, que nos traz um invejavel silencio abdominal, que permite faceis manobras na intervenção. Se fôr necessário, poucas gotas de eter, administradas na ocasião da extirpação do apendice (pesquisa, isolamento e extirpação propriamente dita, com o tratamento do coto apendicular), completarão a anestesia.

Nas apendicites operadas a frio, nas apendicites crônicas a anestesia local dá ótimos resultados, como provam os resultados obtidos nas anestésias praticadas em nosso serviço de cirurgia hospitalar. Excepcionalmente os casos de apêndices encastoados, principalmente os de localização retro-cecal.

Seguindo estritamente as regras estabelecidas e não esquecendo nenhum detalhe de técnica, temos obtido anestésias, que nos permitiram praticar as apendicectomias sem o auxilio da ação complementar dum anestesico geral e sem que o paciente sentisse dores.

Assim, pois, somos partidarios de iniciar sempre a anestesia dos pacientes de apendicite por uma anestesia local, seguida da administração de pequena quantidade de um anestesico geral, se tal se fizer necessário, o que sóe acontecer com relativa raridade.

O processo de anestesia local para apendicectomia, usado no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, é uma modificação e um aperfeiçoamento da técnica inicial de Braun, ao qual o Prof. Guerra Blessmann acrescentou a anestesia visceral por imbibição de Payr e a variante de Hesse (infiltração do meso-appendice), modificando ligeiramente as linhas de infiltração da anestesia da parede abdominal.

Esta técnica, compõe-se dos seguintes tempos principais, a saber:

- 1) infiltração da parede abdominal (subcutanea e muscular);
- 2) infiltração do peritoneo;
- 3) imbibição da região ceco-epididymica, e
- 4) infiltração do meso-epididymico.

1) Para execução deste tempo, devemos começar por praticar quatro botões intra-dermicos, localizando um, a um dedo transverso para dentro da espinha iliaca anterior e superior D; outro ao nível do orificio externo do canal inguinal D; o terceiro sobre a linha mediana, na intersecção desta linha com a linha bi-iliaca; e finalmente o quarto botão, ao nível da linha horizontal que passa pela cicatriz umbelical, na intersecção duma linha vertical, que sobe do botão intra-dermico, correspondendo ao orificio inguinal externo D.

Desta maneira fica constituido um losango, cujos angulos devem ser remidos por linhas de infiltração sub-cutanea, muscular e peritoneal.

Devemos aqui salientar que o losango por nós usado difere do losango de Braun, que é irregular.

Braun localiza o angulo superior, numa linha vertical que parte da espinha iliaca anterior e superior D, logo abaixo do rebordo costal, e deste ponto traça uma linha de infiltração obliqua para dentro e para baixo, que não atinge a linha mediana, terminando uns dois

dedos transversos da linha mediana, na linha bi-iliaca. O angulo inferior localiza-se tambem mais ou menos ao nível do orificio inguinal externo D.

2) Após incisão da parede abdominal, inclusive peritoneo, que deverá ser reparado por pingas de Mikulieks, procede-se a infiltração do mesmo, a partir do bordo seccionado, com linhas obliquas para cima e para baixo, usando 10 a 15 ccs. de solução para cada lado da incisão.

3) Em seguida introduzem-se tres gazes embebidas em solução de néotutocaina (pantocaina dos alemães) a 2%, na cavidade abdominal, uma para dentro, outra para fóra e a terceira para cima, mas todas para traz, afastando o intestino delgado e procurando localiza-las na região ileo-cecal (ceco-epididymica), onde permanecerão uns cinco minutos.

4) Uma vez pingado o apendice e exteriorizado suficientemente para podermos localizar o meso-epididymico, este deverá ser infiltrado com solução anestésica, antes de ser ligado e seccionado. Por ocasião do pingamento e da exteriorização o paciente ás vezes acusa ligeira dôr provocada pela tração.

A solução a 1% adicionamos para 100 ccs. 1 cc. de solução millesimal de cloridrato de adrenalina (Parke-Davis), enquanto que a solução a 2%, destinada a anestesia por imbibição (superficial), deverá ser isenta de adrenalina.

Desta descrição podemos deprender que a técnica por nós usada no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica apresenta reaes vantagens e é tecnicamente diferenciada dos outros métodos, pelo que resolvemos denomina-lo, com justiça, de técnica do Prof. Guerra Blessmann.

Com este processo temos realizado nossas anestésias locais nas apendicectomias, no serviço de cirurgia da 2.^a Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina desta capital, e cujos resultados descrevemos abaixo no relato das observações.

Hans Havlicek preconiza, em seu ultimo trabalho de recente publicação, o uso taxativo da anestesia local nas intervenções quando ha peritonite, principalmente quando estas reconhecem como causa a apendicite.

Usa uma técnica modificada em relação á que acima descrevemos e afirma que com este processo consegue ótimas anestésias, mesmo nos casos mais agudos.

Sómente um pequeno numero de casos, no momento da manipulação das visceras (apendice, meso-epididymico e ceco nas apendicectomias, e intestino delgado e grosso nos casos de peritonite) lança mão de algumas gotas de cloretila, em rarissimas ocasiões utiliza algumas gotas de eter.

Fixemos agora em rapidas linhas a técnica descrita por Havlicek:

Mais ou menos dois dedos transversos para dentro da espinha iliaca anterior e superior D, localiza-se um botão intra-dermico. Deste ponto parte-se com uma agulha de 8 cm. de comprimento, em direção obliqua pelos tecidos até ao peritoneo inclusive, infiltrando uma

faixa musculó-aponeurotica-peritoneal, que corre paralelamente á arcada de Poupart. Em sequencia: grande obliquo, pequeno obliquo e transverso. Após ter-se atingido este ultimo musculo, depois de o ter infiltrado, deve-se nele localisar um grande deposito de solução antiesica. Este deposito intercepta completamente a condução sensitiva do peritoneo.

Do botão intra-dérmico devem ainda partir duas linhas de infiltração anestésica, a primeira sub-cutanea e sub-aponeurotica e em direção á linha mediana, cortando deste modo a inervação espinal da região ileo-cécal. A segunda linha é dirigida do botão intra-dérmico para o ligamento de Poupart, com mais ou menos 2 a 3 cm. de comprimento, e termina a anestesia da parede abdominal.

Comparando as duas técnicas, a de Havlicek e a do Prof. Blessmann, verificamos que esta ultima apresenta sensível vantagem, se tomarmos em vista a questão da incisão. Havlicek por suas linhas de infiltração sómente poderá prolongar a incisão operatoria para baixo, enquanto que nós com o losango poderemos também prolonga-la para cima, o que ás vezes se torna necessário.

Entretanto achamos de valor a terceira linha de anestesia de Havlicek, tendendo a eliminar a sensibilidade profunda do peritoneo pela anestesia do nervo genito-crural, linha esta que sempre praticamos nas anestésias locais das hernias inguinaes.

Assim, pois, iremos de ora em diante acrescentar mais esta linha de anestesia ao processo por nós usado.

Ainda mais, Havlicek não fecha as linhas de infiltração em baixo e para dentro, enquanto que nosso losango fecha por completo o campo a operar.

Havlicek pode deixar de fechar o circuito anestésico, pois ele usa sempre a incisão de Roux, enquanto que nós empregamos a pararectal, e portanto devemos temer as anastomoses nervosas ao nível do reto abdominal de maneira que, fechando o losango, evitamos a condução sensitiva por possíveis filetes nervosos vindos do outro lado do abdomen.

Já para Havlicek tal não é necessário, pois a incisão é feita em terreno, no qual não devem existir estes filetes nervosos.

O legítimo losango de Braun, que é irregular, também tem a desvantagem, que ante o nosso apresenta o processo de Havlicek, pois, a linha superior de infiltração, relativamente baixa, impede num caso de necessidade a prolongação para cima da incisão operatoria.

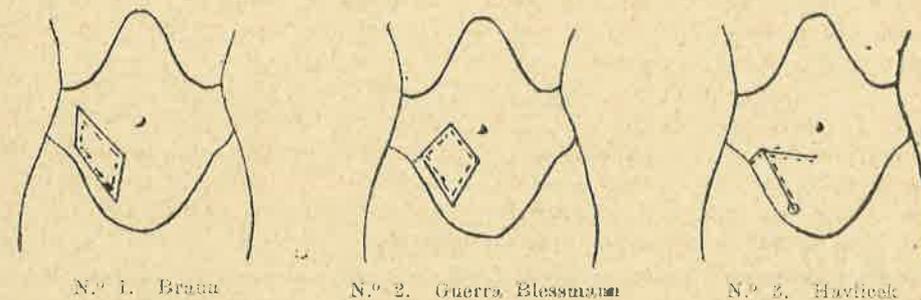
Assim, pois, acreditamos que os melhores resultados podem ser colhidos com associação da técnica integral do Prof. Blessmann com a terceira linha de infiltração de Havlicek.

A técnica que temos usado além das diferenças assinaladas, distingue-se das outras, porque antes da infiltração do meso apendice, lançando mão dum excelente anestésico por imbibição, a neotutocaina, suprimimos no todo ou em parte a sensibilidade mais ou menos accentuada que todos accusam no momento do pinçamento e exteriorisação do apendice.

RESUMO

Ao contrario da antiga afirmativa de Braun, os resultados da anestesia local nas apendicectomias podem ser ótimos no que se refere ás apendicites crónicas e relativamente bons nas apendicites agudas, nos apendices retro-cécaes e nas peritonites.

LINHAS DE INFILTRAÇÃO



NB: — infiltração sub-cutanea
 - - - infiltração intra-muscular

O silencio abdominal observado nas anestésias locais representa a maxima vantagem deste método de anestesia, razão pela qual toda a apendicectomia deverá ser iniciada sob anestesia local, recorrendo-se á anestesia geral nos casos necessários.

No trabalho acima, após descrição das técnicas de Braun, do Prof. Guerra Blessmann e de Havlicek, fizemos um estudo comparativo das mesmas, concluindo pela maior vantagem da segunda associada á terceira linha de infiltração de Havlicek.

OBSERVAÇÕES

De apendicectomias praticadas sob anestesia local no serviço da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Iniciaes	Idade	Papeleta	Intervenção
1933			
1 — D. S.	— 22.ª	— 7249	— Apendicectomia
1934			
2 — J. L. P.	— 30.ª	— 931	— idem
3 — M. G.	— 24.ª	— 1271	— idem
4 — S. P.	— 26.ª	— 1719	— idem
5 — J. L. D. A.	— 23.ª	— 1618	— idem
6 — A. C.	— 25.ª	— 2982	— Apendicectomia pelo método de Lexer

1934	Iniciais	Idade	Papeleta	Intervenção
7	R. W.	— 24. ^a	3031	— Apendicectomia
8	D. I. S.	— 21. ^a	3452	— idem
9	P. A. S.	— 54. ^a	3072	— idem
10	P. S.	— 37. ^a	4537	— Apendicectomia retrograda
11	M. W.	— 34. ^a	6401	— Apendicectomia pelo método de Lexer
12	A. B. S.	— 24. ^a	6616	— idem
13	A. A.	— 22. ^a	6784	— Invaginação do apendice
14	N. S. G.	— 21. ^a	8438	— Apendicectomia pelo método de Lexer
15	A. P.	— 18. ^a	9150	— Apendicectomia — Apendicectomia pelo método de Lexer
16	E. M.	— 30. ^a	9901	Lexer
1935				
17	P. R.	— 28. ^a	484	— idem
18	J. R.	— 29. ^a	1705	— Apendicectomia
19	A. J. S.	— 31. ^a	2833	— Apendicectomia pelo método de Lexer
20	M. G.	— 33. ^a	3199	— Apendicectomia
21	O. G. P.	— 41. ^a	4538	— Apendicectomia
22	O. L.	— 18. ^a	7101	— idem

NB: Nos casos de apendicites crônicas, foi sempre feita a anestesia com a seguinte técnica:

Anestesia por infiltração da parede, inclusive peritônio, com uma solução de Neotutocaina a 1 p. mil; e por imbibição da região céco-apendicular com uma solução a 2 p. mil; em alguns casos infiltração do mesoapendice com solução a 1 p. mil.

NB: Os casos acima referem-se a apendicites crônicas e os resultados obtidos foram sempre ótimos.

BIBLIOGRAFIA

- BRAUN H. — Die örtliche Betäubung — 6.^a edição.
Leipzig, — Johann Ambrosius Barth — 1921.
- HESSE, LENDLE, SCHOEN — Allgemeinmarkose und örtliche Betäubung.
Leipzig — Johann Ambrosius Barth — 1934.
- HIRSCHEL G. — Lehrbuch der Lokalanästhesie — 3.^a edição.
Munich — J. Bergmann.
- KLEINSCHMIDT O. — Chirurgische Operationslehre.
Berlin — Julius Springer — 1927.
- PAUCHET V., SOURDAT P., LABAT G. et DORMONT R. — L'anesthésie régionale.
Paris — Gaston Doin & Cia. — 1927 — 4^{ème} édition.