

Abdomen agudo

Conduta cirurgica

por SECCO EICHENBERG

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — Catedrático titular — Professor Guerra Blesmann.

Docente Livre de Clínica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. Diretor Interino da Enfermaria "Professor Guerra Blesmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre. Médico Chefe da "Protectora" Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho — P. Alegre.

1947

A revisão de nossa casuística, nos permitiu destacar alguns casos de abdômen agudo, que se prestam a comentários em tôrno da conduta terapêutica neste setor da cirurgia.

Entre êstes, queremos em primeiro lugar nós referir a um, que pela gravidade com que se apresentou, não permitia um prognóstico favorável, e cujo resultado satisfatório, ressalta o valor e a perfeita indicação das medidas terapêuticas e da técnica seguidas.

Trata-se do caso de:

"G. F., com 54 anos de idade, do sexo masculino, de côr mixta, casado, brasileiro, servente em serviço de granja de arroz, residente no Município de Guaíba. No serviço de acidentados da Protectora, Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho, lhe foi atribuido o processo n.º B 5436."

Vimos êste paciente pela primeira vêz as 13.30 horas do dia 22 de Julho de 1945, já recolhido ao Hospital São Francisco, para onde fôra removido incontinentemente, após a sua chegada a esta capital, vindo da cidade fronteira de Guaíba.

Sua história clínica era obscura, em

parte pelo gráo mínimo de cultura do paciente e de seus familiares, e em parte porque, se nós pareceu, que ela propositadamente não era bem contada, diante do receio de que o caso clínico não fosse aceito pela Companhia Seguradora.

Inicialmente, o paciente e seus familiares, que o acompanharam a esta Capital, nos quizeram fazer crer que o paciente até à vespera, à tarde, isto é, dia 21 de Julho de 1945, estivera completamente bem. Nessa tarde, informavam, havia dado um "mão geito" no serviço e desde então lhe havia aparecido um tumor na região inguinal (virilha) E e que êste tumor doia muito.

Mas esta história clínica, tão recente e simples, não encontrava apoio no grave estado geral do paciente. Apresentava êste, um quadro clássico de peritonite, facies típico, pulso filiforme, estado de choque, ventre em taboa, areflexia cutânea, ao lado de um tumor inguinal a E, com sinais nítidos de um processo inflamatório agudo periférico ao mesmo.

Diante deste contraste, insistimos na anamnese e finalmente o paciente nos confessou que o tumor já datava de três dias antes, ou melhor que o notara pela primeira vêz três dias antes, e que aparecera, para não mais se reduzir, após um esforço feito.

05-08/1947 - MED-CIRURGIA - 'ABDOMEN AGUDO'

Desde aí, começou a sentir dôres ao nível do referido tumor, dôres que foram aumentando progressivamente e na vespera, sentira uma dôr mais forte e aguda, após a qual o ventre começou a "inchar". Vomitara desde 20 de Julho de 1945, mas poucas vezes, vomitos primeiro alimentares e depois biliosos.

Ventre com defesa generalizada. Dispneia, agravada por uma bronquite sub-aguda. Facies de sofrimento. Dôres generalizadas no ventre, mas mais intensas ao nível do quadrante inferior E, aumentando de intensidade quando o paciente ficava em decubito dorsal. Na posição sentada obtinha alívio. Temperatura axilar — 38°. Pulso radial — 125 batimentos por minuto. Na região inguinal E, era possível sentir um pequeno tumor irreductível, duro e doloroso, no centro de uma zona de empastamento e edema.

Diante dos dados acima, concluímos por estrangulamento de hernia inguinal E, com perfuração intestinal e peritonite. Decidimos por intervenção imediata.

Sob anestesia extradural (novocaina), intervimos de urgência. Auxílio e anestesia — Dr. A. Mickelberg. Iniciamos, agindo sobre o tumor inguinal com uma incisão de herniotomia. Incisão e desbridamento do tecido sub-cutâneo. Incisão da parede anterior, para melhor abordagem do tumor inguinal. As paredes do sacco herniário, após libertação, eram excepcionalmente espessas, entumecidas e equimóticas. Incisado o sacco, foi o mesmo encontrado vazio, mas atravez do cólo, que apresentava um pertuito que regulava com uma moeda de 50 centavos, drenava abundante líquido sero-purulento, no qual nadavam fêzes e detritos alimentares. Igualmente era possível perceber, atravez desse orifício alças delgadas, cobertas de forte induto de fibrina.

O achado operatório confirmava a existência da peritonite por perfuração de alça intestinal (fêzes e detritos alimentares). Mas o que havia acontecido com a hernia irreductível, com o estrangulamento herniário?

Que houvera uma hernia, o tumor que apparecera ou fôra notado por ocasião de um esforço, localizado na região inguinal E, e o sacco herniário provavam a sua existência.

O aspecto fibroso do cólo do sacco herniário era elemento a favor do estrangulamento da hernia inguinal. Mas o paciente revelara na história, que na noite anterior, sentira uma forte dôr, violenta, após a qual inchara o ventre. Deste momento devia datar a perfuração intestinal e a peritonite.

O conteúdo do sacco herniário não devia ter sido epiploon, pois neste caso, teríamos encontrado o sacco ainda cheio, devido ás aderências que se teriam formado entre o epiploon e a superfície interna das paredes do sacco herniário. Daí deveremos concluir que se tratara de uma enterocele, e pelo pequeno tamanho e formato do sacco, de intestino delgado. Mas o estrangulamento não fôra de uma alça inteira, pois esta não caberia no sacco. O que houvera, fora o pinçamento parcial de uma alça intestinal delgada, uma hernia tipo de Littré. Pinçada a alça, o estrangulamento ao nível do cólo juntamente com a reacção inflamatória, agravada pelas manobras intempestivas de redução por parte do paciente e de seus familiares, levou á necrose da parte pinçada. Na tarde anterior, no momento de sentir a dôr mais violenta e aguda, a parte necrosada deve ter-se desprendido, quiza no momento de uma das referidas manobras. Desta maneira libertou-se a alça, que recaiu na cavidade abdominal com uma perfuração ao nível da parte pinçada, necrosada e agora rompida.

Estavamos pois, diante de um segundo problema, que não podíamos resolver atravez da via de acesso inguinal.

Por conseguinte, após tratamento do sacco herniário, reconstituimos a parede inguinal, pelo processo de Mugnai, em dois tempos. Após applicação local de sulfa, sutura da pele sem drenagem.

Em seguida, atravez de uma incisão mediana infra-umbelical, abordamos mais amplamente a cavidade abdominal.

Verificamos abundante líquido sero-fibrino-purulento, com acentuado odor fecalóide, na intimidade do qual encontramos detritos e resíduos alimentares, especialmente grãos de feijão. A exploração dirigida para o quadrante inferior esquerdo, em breve nos revelou uma alça jejunal, coberta com forte induto fibrinoso, que era sêde de uma solu-

ção de continuidade, com o diâmetro de três centímetros, e com acentuado ectropio da mucosa. Aos lados da perfuração, a alça se encontrava comprometida, numa distância de uns vinte centímetros.

O exame detalhado nos mostrou ser esta a única perfuração. Praticamos a ressecção desta alça, na extensão de 60 cms., entre clamps. Sutura dos cótos e entero-anastomose, latero-lateral oblíqua, sempre em três camadas de sutura. Redução das vísceras. Durante todo o tempo desta segunda intervenção, a cavidade abdominal e as vísceras foram irradiadas por meio de um aparelho de raios ultra-violetas, já que no Hospital São Francisco não dispunhamos de uma lâmpada Laparophos. Sutura da parede, por camadas, sem drenagem. Sulfa em pó (na parede).

Pósoperatóriamente, iniciamos de imediato o emprêgo da penicilina — intramuscular, primeira dose 50.000 U, depois 20.000 U de três em três horas. Transfusão de sangue — 500 cc. Hidratação com soro fisiológico e glicosado, na base de um litro diário de cada um. Cloreto de sódio hipertônico — 20 cc. a 20%, três injeções diárias. Nercroton — 5 cc. e Broncosil indicado pela bronquite coexistente.

Apesar da gravidade do quadro morbido descrito, a evolução clínica do pósoperatório se deu em muito melhores condições que eram esperadas. Apesar de meteorismo intenso, durante a primeira semana, houve funcionamento intestinal espontâneo bastante precoce, para gases nas primeiras 24 horas e para fezes nas 24 horas subsequentes.

Sobreveiu como complicação, sobre a qual voltaremos mais tarde, a ruptura do musculo-cutânea dos ferimentos operatórios á retirada dos pontos, 12 (herniotomia) e 14 (laparotomia) dias após a intervenção respectivamente, mas felizmente sem maior agravo, pois ao nível da laparotomia o peritônio não rompeu.

A cicatrização se fez por segunda intenção, retardando a convalescença. Ao nível da laparotomia, ficou como reliquat, devido ao afastamento dos musculos retos, uma eventração.

A 21 de Dezembro de 1945 obteve alta,

voltando ao serviço, e já decorrem mais de doze meses, sem que tenhamos tido qualquer informe, e como acidente do trabalho, ou melhor agravo de moléstia profissional (hernia), que era, também qualquer reclamação.

Escolhemos propositadamente este caso dramático, de prognóstico reservado, para ilustrar o assunto deste trabalho, afim de expôr diversos de nossos pontos de vista na clínica cirúrgica dos abdomens agudos, pontos de vista que derivamos da segura orientação clínica imprimida a seu serviço de Clínica Cirúrgica, pelo eminente Mestre e Chefe, o Professor Guerra Blessmann.

Entre estes, naturalmente ressalta desde logo, a necessidade de adequado pré-operatório, mas nunca esquecendo que uma vez verificada a indicação cirúrgica num abdomen agudo, o caso clínico passa ao terreno da cirurgia de urgência.

Por conseguinte, devemos agir com presteza, mas sem pressa, com técnica e orientação seguras, pois presteza, aqui significa não perder tempo, mas não correr á custa de descuidos do preparo do paciente e da técnica operatória.

Também não devemos cair no campo oposto, onde um excesso de preparo e cuidados faz com que se retardem as medidas terapêuticas, aquí cirúrgicas, que o caso requer; onde um sem número de exames e pesquisas, muitas vezes dispensáveis, e um sem número de medidas terapêuticas, quiçá prejudiciais, ou que podem ser tomadas no decorrer da intervenção, vão enterrar a boa terapêutica e fazê-la chegar tarde.

O senso clínico deve preponderar na indicação terapêutica e no preparo do paciente, e a técnica operatória deve ficar restrita ao absolutamente necessário, para que não seja prejudicial ao paciente.

Neste setor da cirurgia, ainda mais que nos outros, o cirurgião deveria sempre meditar sobre os sábios ensinamentos de GUTIERREZ, em sua monumental obra — *La formación del cirujano* (1).

Primordialmente deveremos ter sempre presente que um paciente com um abdomen agudo é um choçado, e como tal deve ser preparado para a intervenção que se fizer mister. Por conseguinte, se impõe desde o início,

as medidas anti-choque: transfusão, plasma, hidratação. Aquecimento do paciente.

São quasi sempre indivíduos com baixa tensão arterial, logo está indicada a possibilidade do emprêgo adicional de cortex suprarenal, de efedrina, efedralina ou de efetonina. Entretanto, duas medidas, que bastante frequentemente temos visto indicar, se nos parecem perfeitamente dispensáveis ou melhor, contra-indicadas.

A morfina, elemento terapêutico anti-choque de valor reconhecido, nos casos de abdomen agudo deve ser afastada, mesmo sob ponto de vista do pré-narcótico. Aliás já nos referimos a êste assunto em trabalhos nossos (2), quando da indicação e do preparo anestésico, em geral e especialmente nos abdomens agudos.

A morfina é contraproducente, pois vem facilitar o circulo vicioso que se estabelece na circulação viscerο-abdominal, favorecendo a estase esplãnica, impedindo desta maneira a ação das medidas que procuram regular o sistema de canais ou anastomoses arteriolo venulares (irradiação de Luz de Wood segundo Havlicek, irradiação com raios ultravioletas, irradiação com raios ultra violetas e infravermelhos segundo Leriche), corrigindo o desiquelíbrio vascular (3).

Si sedativos tiverem de ser empregados, outros o poderão ser, e temos a larga série de produtos barbitúricos, já que de momento, temos de prescindir, por falta, do escofedal (4).

Do que acima dissemos, e compreendendo que nestes estados de choque o processo de insuficiência cardíaca se estabelece, devido á diminuição do volume minuto, a administração de cardiotônicos somente viria agravar a situação, pois iriamos excitar o musculo cardíaco para maior trabalho, sem que lhe trouxessemos maior volume de líquido (sangue) para lançar na torrente circulatória.

Por conseguinte êste estado de insuficiência cardíaca, seria pura e simplesmente corrigido pelo aumento, através da transfusão e seus sucedâneos, do volume do sangue circulante, o que imediatamente levaria o coração a menor número de contrações para

lançar o volume necessário na corrente circulatória.

Ao lado destas medidas, a ação da irradiação da luz de Wood e similares, corrigindo o circulo vicioso, drenando o sangue estagnado na estase esplãnica para a circulação geral, constitue elemento terapêutico de grande valia, pois auxilia a aumentar consideravelmente o volume do sangue circulante. (3)

Uma indicação que se impõe, não tanto como medicação anti-choque, mas como medicação anti-toxica e para combate á cloropeptina que se apresenta neste casos, é o eloreto de sódio hipertônico a 20% — de 20 a 80 cc. nas 24 horas. (5)

Verificada a hipoproteinemia esta deverá ser combatida pela administração de proteínas (alimentares ou produtos de administração parenteral).

Naturalmente, em se tratando de casos onde o elemento infeccioso é evidente, a medicação antibiotica, no caso a penicilina, por ser a menos toxica, se impõe. Deverá ser iniciada mesmo antes da intervenção.

No entanto, não devemos nos esquecer que não é necessário, na maioria dos casos esperar que tôda esta medicação préoperatória ou preparatória seja concluída. Pois, desde que verificuemos a melhoria do paciente, ou que as condições do mesmo suportem a intervenção, esta deverá ser iniciada desde logo, pois as medidas de hidratação e anti-choque, poderão continuar a serem administradas durante o decorrer da própria intervenção cirúrgica.

Desta maneira se apresenta agora o segundo problema, o da anestesia, que tem uma importância muito maior, do que a que em nosso meio lhe é concedida (6). Neste assunto, já por nós abordado em vários trabalhos (7), temos sido intransigentes em dois pontos, no emprêgo da anestesia lóco-regional nos abdomens agudos e na especialização do serviço de anestesia (anestesiologistas).

Indiscutivelmente, ainda, na data actual, a anestesia lóco-regional é a anestesia mais inocua e portanto a que deveremos empregar em casos de abdomens agudos, onde já existe um grave handicap pelo processo toxi-infeccioso.

A anestesia por infiltração, com novocaina ou neotutocaina, isolada ou acompanhada pela anestesia esplanênica posterior ou pela anestesia perivascular de Haertel, dá sempre ótimos resultados.

Nos últimos anos, temos também empregado, colhendo sempre resultado satisfatórios, a anestesia extra-dural, somente que nos pacientes de abdomen agudo, aconselhamos que a anestesia seja executada com o doente em posição de decubito lateral, já que a posição sentada e curvada, poderá levar a um maior cansaço do paciente e á descompensação de seu estado vascular.

Em trabalho separado (8), estudamos os outros processos anestésicos (inalatórios e endovenosos) e suas contra-indicações na cirurgia dos abdomens agudos.

STEINBERG (9) assim se refere ao éter como anestésico nas peritonites: "é sem valor e somente contribue para a mortalidade".

Aliás o éter tem ação idêntica á morfina em relação ao sistema arteriolo-venular. Êle, abrindo estas comunicações, neutralisa a ação benéfica das irradiações (ultra-violeto e infra-vermelho).

Quanto ao pré-narcótico, insistimos no que expusemos em trabalho anterior (10). O escofedal, pela feliz combinação de seus componentes, constitue ainda o pré-narcótico ideal, e na sua falta, o dilaudid-escopolamina, feito simultâneamente com uma ampola de cardiazol-efedrina, poderá substituí-lo. Na falta destes, poder-se-á usar os preparados barbitúricos. A solução Dastre, pela morfina que contem, não deverá ser empregada nos casos de cirurgia abdominal, especialmente na das afecções agudas.

Em relação ao Intocostrin, últimamente usado nos Estados Unidos da America do Norte, para conseguir o silêncio abdominal, produto derivado do curare, arma de dois gumes, não cremos indicado na cirurgia do abdomen agudo (11). Usando a anestesia lóco-regional obtemos o melhor e mais inocuo silêncio abdominal.

Verificamos pela literatura, que o into-costrin para conseguir o silêncio abdominal, tem de paralisar o diafragma e neste ponto, leva sempre a uma certa paralisia dos mus-

culos respiratórios. Desta maneira, existe o perigo de uma paralisia respiratória e em serviço onde não existe aparelhamento para respiração artificial mecânica, é um perigo tal complicação, que nem sempre é vencida somente por uma injeção endovenosa de prostigmine.

Aliás quem opera com anestesia lóco-regional, verificará que não terá a minima necessidade do into-costrin.

Diante das maiores garantias de sucesso, com que se rodeiam, hoje em dia, as intervenções abdominais e especialmente as laparotomias exploradoras, mudou-se completamente o problema da indicação operatória dos abdomens agudos.

O aprimorado da anestesia, a maior eficiência da antisepeia e da asepsia, o desenvolvimento da técnica operatória e do material cirúrgico, as medidas antibióticas e anti-choque á nossa disposição, fazem com que hoje em dia os perigos de uma laparotomia exploradora sejam reduzidos ao mínimo, não mais sendo compatível a sua qualificação de uma intervenção de risco grave, quando a encaramos em si.

Por conseguinte mais vale explorar cedo um ventre, mesmo sem encontrar lesão intra-abdominal, que abrí-lo tardiamente.

No geral, os autores apresentam a questão da indicação operatória no abdomen agudo, quer inflamatório, quer traumático, como uma questão aberta. Chamam a atenção dos perigos de uma laparotomia inesscária num choque grave e ao mesmo tempo também não deixam de relatar o perigo de uma grave lesão intra-abdominal, evoluindo disfarçadamente, levar a um desenlace fatal, por ser tardiamente operada.

Assim, em caso de dúvida, quando o diagnóstico ainda não é preciso, mas quando existem elementos que façam pensar em possíveis lesões intra-abdominais, e ainda mais, quando a medicação instituída não modifica o quadro clínico, é preferível não prolongar a expectativa armada.

Si o diagnóstico é claro e preciso, impondo uma intervenção cirúrgica, o problema é simples. Tal é o caso de uma perfuração de úlcera gastro-duodenal em um individuo com um passado ulceroso, e muitas

vezes com uma úlcera radiologicamente diagnosticada.

Mas infelizmente, nem sempre é assim, o possivelmente em muitos casos, nos veremos obrigados a intervir exploratôriamente, com um diagnóstico ou diagnósticos de probabilidade.

Este é o caso dos traumatismos de ventre, das contusões da parede abdominal, onde não conseguimos desde logo discernir completamente, si só houve comprometimento das camadas musculuo-aponeuroticas, ou si alguma visceral abdominal sofreu com o trauma.

Em caso de dúvida e se a sintomatologia inicial persiste ou se agrava, a exploração cirúrgica se impõe e podem erer que si com maior frequência assim se pensasse, melhores resultados seriam obtidos e as estatísticas de mortalidade dos traumas abdominais teriam baixado sensivelmente.

Marcante exemplo são as estatísticas de guerra dos serviços médicos anglo-americanos, tôdas baseadas na exploração precoce. E, ás vezes, em que condições precarias.

Nos permitimos a seguir, relatar dois caso por nós operados, para os quais fomos chamados, decorridas várias horas do traumatismo. Num caso conseguimos a cura, mas o segundo, o vimos muito tarde, e cremos que se nos houvesse chegado ás mãos mais cedo, quiçá com os meios que hoje dispomos, teríamos podido obter, também para êle, um resultado satisfatório.

O relato de ambos, servirá para fortalecer a opinião que acima emitimos sobre a laparotomia exploradora nos traumas abdominais, finalmente nos abdomens agudos.

O primeiro destes dois casos, é o de:

“M. W., com 19 anos de idade, de cor branca, de sexo masculino, brasileiro, chapeador-metalurgico, natural deste Estado e residente á travessa Jaguarão 80, nesta Capital. Acidentado da Protectora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, teve seu acidente rotulado pelo processo F. 5564.”

Ás 17 horas do dia 10 de Agosto de 1945, quando trabalhava na oficina mecâni-

ca, onde estava empregado, ao segurar uma chapa, que estava sendo recortada á talhadeira e marrão por um colega de serviço, aconteceu ser atingido por um estilhaço de aço da própria chapa. Este estilhaço, atravessando as pernas de seu vestuário, penetrou na parede abdominal ao nível da fossa ilíaca E.

Atendido pelo médico auxiliar da companhia seguradora, foi internado no Hospital Moinhos de Vento, onde ficou em observação.

Quando fora atingido, logo ao início tivera um vomito alimentar (café ingerido ás 16 horas), mas após o vomito se sentiu novamente bem, somente algo nervoso. Pelo ferimento escoava um pouco de sangue.

O médico auxiliar, não encontrando de momento sinais de comprometimento abdominal, crendo ser só o caso de um corpo estranho localizado na massa muscular, deixou o paciente em repouso, com gelo no ventre, administrando cloreto de sódio hipertônico e soro glicosado e autorizando um sedativo á noite. Igualmente requisitou uma chapa radiografica, para localização do fragmento. Infelizmente esta chapa somente foi batida no outro dia pela manhã. A localização imediata do fragmento devia ter sido obrigatória, pois poderia desde logo esclarecer o diagnóstico.

A noite, o paciente a passou muito irrequieto, com dôres no baixo ventre e tendo vomitado mais duas vezes.

Pela manhã do dia seguinte, diante de um estado geral e local peiores e em consequência do resultado do exame radiológico, que demonstrava o fragmento metalico provavelmente ao nível da musculatura interna e posterior da bacia, fomos chamados para ver o paciente, na qualidade de Médico Chefe da Companhia Seguradora.

O vimos pela primeira vez ás 9 horas do dia 11 de Agosto de 1945, logo 16 horas após o acidente. Temperatura axilar — 38,4, pulso — 120, estado ansioso, irrequieto, facies palido. Ferimento na fossa ilíaca E, dando escoamento a um pouco de sangue. Ventre com defesa generalizada, mais accentuada no quadrante inferior E. Sinal de

líquido livre na cavidade abdominal (maciszez variável).

O diagnóstico de peritonite por perfuração de viscera ôca, no caso intestino, pelo fragmento metálico, que penetrando na parede abdominal ao nível da fossa ilíaca E, se encontrava na musculatura interna e posterior da bacia (logo atravessara a cavidade abdominal), se impunha e a indicação operatória era imperiosa e urgente.

Enquanto se esperava que terminasse a intervenção em andamento na sala de operações do hospital, ordenamos início de intensa hidratação e outras medidas antichoque a serem continuadas durante a intervenção.

Às 10 horas, logo 17 horas após o ferimento, intervinhamos, auxiliados pelo então ddo. Mickelberg. Anestesia extradural, que teve de ser completada com eter em dose baixa, pois diante do estado de excitação psíquica do paciente e por não ter sido aplicado o pré-narcótico recomendado, tal medida se fizera necessária.

Incisão — laparotomia para-retal a E, infra-umbelical. Exploração da cavidade abdominal, encontrando líquido sero-purulento, fêzes e forte induto de fibrina em alças intestinais delgadas. Correspondendo ao orifício de entrada, encontramos uma alça de intestino delgado com duas perfurações menores (punctiformes) e uma terceira maior de bordos necrosados. Esteriorização da alça, isolamento da mesma, e sutura da perfuração maior, com satgut, em sutura continua sero-serosa. As duas perfurações menores foram fechadas por sutura em bolsa.

Exploração da parede peritoneal pelvica posterior, onde fomos encontrar o orifício deixado pela passagem do fragmento metálico. Sutura deste orifício, após exploração infrutífera, mas delicadamente feita, através do pertuito.

Sutura de duas pequenas brechas no meso da sigmoide. Sutura da parede abdominal, em camadas, sem drenagem. Durante a operação, o campo operatório esteve sob a irradiação de uma lampada Laparophos — Luz de Wood. Ressecção dos bordos do ferimento da parede abdominal, em tôdas as suas camadas e sutura.

Como medicação pósoperatória: Sôro gli-

cosado e fisiológico — 1 litro de cada, diariamente. Penicilina — dose inicial 50.000 U, depois 20.000 de 3 em 3 horas. Necroton — 5 cc. e Broncosil mais Biodina, em face de um estado de bronquite gripal acidental.

A evolução do pósoperatório foi algo barulhenta até as primeiras 96 horas, com forte meteorismo gastro-intestinal. Cede o mesmo facilmente a uma lavagem de estômago e ao cloreto de sódio endovenoso, com prostigmine.

No quarto dia apareceu um dirotismo do pulso, que desapareceu com a supressão do sôro glicosado.

Cicatrização per primam, sendo os pontos retirados a 18 de Agosto de 1945, e o paciente obteve alta do hospital a 22 do mesmo mês e do serviço médico da companhia seguradora a 24 de Setembro de 1945.

Entretanto, como já dissemos, o outro caso, que vamos passar a narrar, diante de lesões internas muito mais graves, que não podiam ser suspeitadas in totum pelos achados clínicos, teve seu desenlace fatal

Trata-se de:

“E. S. L., com 17 anos de idade, de cor branca, de sexo masculino, ajudante de sarrafeador, residente á rua Maranhão 98, nesta cidade, Acidentado da Protectora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, seu caso é referido ao processo G-1408.”

Este paciente, no dia 7 de Fevereiro de 1946, ás 10,30 horas, quando sarrafeava madeira na serra circular, foi atingido por uma ponta de sarrafo ao nível do ventre na altura do quadrante superior D.

Atendido no Ambulatório da Companhia Seguradora, foi verificada a contusão no quadrante superior D do abdomen, e posteriormente recolhido ao Hospital Moinhos de Vento, onde ficou em observação.

Á tarde deste dia, foi visto por dois médicos, que ficaram em dúvida, um julgando encontrar maciszez variável no abdomen, logo líquido livre na cavidade, enquanto que o outro, discordando, julgava que se deveria esperar com a intervenção, tomando medidas acauteladoras numa expectativa armada.

Pela noite, peiora do estado geral, e pela manhã, quando fomos chamados em con-

ferência, encontramos um típico e completo quadro de peritonite generalizada. Resolvemos intervir imediatamente. Indicamos medidas anti-choque precoces e imediata transfusão.

Iríamos intervir com no mínimo 22 horas de atraso, e o que estávamos para encontrar na cavidade abdominal o provaria.

Às 9 30 horas do dia 8 de Fevereiro de 1946, intervimos, auxiliados pelo dr Mickelberg e ddo. Gusmão, sob anestesia extradural pela novocaína.

Laparotomia mediana infra-umbelical, com alargamento, para cima. Verificamos extensa brecha em alça delgada com o maior eixo de 15 cms. e bordos irregulares. Cavidade abdominal cheia de fézes, líquido sero-hemático-purulento. Intenso induto fibrinoso. Ressecção de 70 cms. de alça intestinal delgada. Sutura dos côtos e enteroanastomose latero-lateral. Exploração da cavidade, sem encontrar outra lesão. Irradiação pela lampada de Laparophos. Sutura da parede em camadas, sem drenagem. Durante a intervenção, o paciente profundamente chocado, reage bem em consequência de uma transfusão de 500 cc. de sangue.

Postoperatòriamente, medidas antichoque intensas e anti-infecciosas, mas apesar das mesmas o paciente falece às 12,30 horas.

Os casos de traumatismos, contusões e ferimentos da parede abdominal, devem sempre exigir a mais cuidadosa atenção, e á base desta, a pronta e precoce intervenção, mesmo exploradora, pois esperar que a peritonite se instale é simplesmente agravar o estado do paciente e diminuir consideravelmente as probabilidades de recuperação do mesmo.

Às vezes, lesões bastante extensas, ao nível do traeto intestinal, por horas a fio, não dão um quadro sintomatológico de alarme, enquanto que outras vezes, uma pequena lesão, dentro de poucas horas, desenvolve um quadro intenso e completo de peritonite generalizada.

Ainda temos presente um caso visto no início de nossa atividade de médico chefe da Protectora, Cia. de Seguros, onde o paciente em menos de duas horas após ter sofrido uma compressão do abdômen, apresentava um qua-

dro de peritonite generalizada, com o ventre em taboa. A intervenção demonstrou a existência de uma única perfuração ao nível do intestino delgado, quasi microscópica. O caso evoluiu satisfatoriamente.

Entre as afecções agudas intra-abdominais que mais frequentemente se antepõem ao cirurgião, a apendicite aguda ocupa o primeiro lugar, e creiam-nos que nem sempre o quadro clínico é de simples interpretação.

Fácil seria, se nos deparássemos sempre com as classicas descrições dos tratados, mas fatores multiplos, fazem com que a apendicite aguda, se apresente sob os mais variados e absurdos aspectos.

Não vem ao caso aqui, entrar em detalhes sobre as formas diversas e as causas que as determinam, mas quando estivermos julgando os prós e contras da intervenção cirúrgica num provável caso de apendicite aguda, nos deveremos lembrar da diferença de quadros clínicos que pode assumir a apendicite aguda.

Nunca deveremos esquecer que em caso de dúvida a contagem dos leucócitos associada á formula relativa, nos permitirá fazer um juízo muito mais preciso.

Ainda há pouco, nos encontramos diante do caso de um menino, que apresentára no seu passado morbido algumas perturbações digestivas em consequência á excessos alimentares qualitativos.

Subitamente acometido por dôres epigástricas, relativamente suportáveis, apresenta aos poucos a irradiação e localização destas dôres para o quadrante inferior direito do abdômen. Quando o vimos uma hora após o início das dôres, tinha 36° 8, 76 de pulso, dôr leve no ponto de Mac Burney, mas sem defesa, sem contratura muscular. As dôres espontâneas eram em colica.

Fizemos o diagnóstico clínico de surto apendicular agudo, pela mutação das localizações dolorosas e sua permanência final ao nível dos pontos apendiculares. Solicitamos contagem de globulos brancos e a formula leucocitária.

Esta deu 19.600 globulos brancos, com acentuada neutrofilose. No momento de recebermos o resultado da contagem, cinco horas após o início da moléstia, a temperatura

axilar era de 37°, pulso de 84, mas quanto ao abdomen, o achado clínico era quasi o mesmo, somente variando quanto á intensidade da dôr, que agora era algo mais nítida.

Á intervenção fomos encontrar o apendice completamente sub-seroso, tendo de ser retirado a busturi de sua segunda capa serosa. Naturalmente que esta emparedava o apendice e seu progresso agudo, fazendo com que a sintomatologia fosse frusta, mas o quadro hemático não fora modificado e atestava o gráo do processo agudo sediado no apendice.

Às vezes, dôres no quadrante inferior E ou no quadrante superior D do abdomen são derivadas de um processo de apendicite aguda, devido a uma localização estranha do apendice.

Nos lembramos aquí de um caso de apendicite aguda, com tôda a sintomatologia á E, que levára o pediatra a uma hipótese de abscesso periretal. Nada havia para o lado direito do ventre e o paciente não era portador de um situs inversus.

Era um apendice longo, com aderência da ponta na sigmóide. O diagnóstico tardio, quando já havia, uma peritonite generalizada, quasi levou a um desenlace fatal.

Os apêndices gangrenados, no geral apresentam uma sintomatologia que não está em relação com a gravidade do caso clínico, e com frequência, existe leucopenia.

Em meados de 1945, um colega, nos pediu que vissemos um paciente, trabalhador no vizinho Município de Guaíba. Era uma segunda feira, e sábado, após copioso repasto vomitára várias vezes durante a noite, com fortes dôres para o abdomen inferior. No domingo, pelas 16 horas tomara um purgativo, e poucas horas após sentira violenta pontada ao nível da fossa ilíaca D. Continuara a vomitar e as dores tinham aumentado de intensidade.

Quando o vimos segunda feira á tarde, isto é, 64 horas após o início da moléstia, encontramos dôr no ponto de Mac Burney, no de Lanz e uma leve defesa e contractura muscular para o quadrante inferior D. Temperatura axilar — 38° 2. Pulso — 105. Não nos foi possível verificar a existência de líquido livre na cavidade abdominal.

Mas a história clínica, o purgativo, a

pontada violenta, nós levaram a firmar o diagnóstico de apendicite aguda, perfurada e diante do quadro pouco acentuado (quadro local), quiçá gangrenada.

Á intervenção, imediatamente praticada, confirmou o diagnóstico, nos apresentando um apendice turgido com o terço distal gangrenado e sêde de duas perfurações. A extirpação se fez em segmentos, dada a friabilidade dos tecidos. O exame histo-patológico efetuado pelo Dr. HEITOR CIRNE LIMA, confirmou o diagnóstico clínico.

A evolução clínica do caso foi satisfatória, levando o caso á cura completa.

Nos permitimos relatar outro caso de apendicite aguda, com maiores detalhes:

“N. R., com 24 anos de idade, de côr branca, sexo masculino, solteiro, brasileiro, natural deste Estado, securitário e no momento residente nesta Capital.”

Em Fevereiro de 1942, fomos chamados durante uma tarde para vermos o paciente em referência. Encontramo-lo já recolhido a um hospital.

Paciente sujeito frequentemente a perturbações digestivas, desde a vespera vinha sofrendo uma de suas habituais crises, acrescida esta vêz de vômitos mais frequentes e de uma acentuação nas dôres abdominais que costumava sofrer. Á noite e pela manhã fôra visto por três facultativos, sendo que dois haviam concluído por uma simples perturbação digestiva, enquanto que o outro pensara na possibilidade de uma apendicite.

Visto finalmente, nas primeiras horas da tarde pelo dr. Heitor M. Cirne Lima, este diante do quadro clínico, confirmara o diagnóstico de apendicite aguda, e nos convidara a ver o caso em aprego.

Estado geral bom. Paciente não denotando grande sofrimento. Temperatura axilar — 38° 1. Pulso radial — 94.

Ventre com gráo moderado de defesa generalizada para ambos os quadrantes abdominais inferiores. Dôr somente á pressão, sem maior precisão de localização. Maciszez variável nos flancos — líquido livre na cavidade abdominal. Manobra de Blumberg positiva, em ambos os quadrantes inferiores

do abdomen. Contagem de leucocitos — 26,700. —

A história de dôr mais violenta, durante a madrugada, e os sinais de irritação peritoneal generalizada, nos levaram ao seu diagnóstico de peritonite difusa, em consequência a uma apendicite aguda e perfurada. Enquanto ainda examinávamos o nosso paciente, tivemos ocasião de presenciar um fato, que fãcilmente poderia desviar o raciocínio clínico do diagnóstico que se estabelecia.

O paciente estava recostado em decubito dorsal, e sentindo que lhe faltava algo para melhorar o encoesto da cabeça, repentinamente senta no leito, sem auxílio do apóio dos membros superiores, toma de um travesseiro que estava nos pés da cama e volta a se deitar sem apóio de qualquer espécie fazendo êstes movimentos quasi exclusivamente a custa da musculatura abdominal, sem acusar desconforto ou maior dôr.

Tal manobra do paciente, a primeira vista poderia parecer que contrariava o diagnóstico que fora formulado, mas não nós devemos esquecer que em certos estados de peritonite, já avançados, há um determinado grão de parestesia, correspondente á leucopenia, e que demonstra o princípio do desmoronamento das defesas do organismo.

Resolvemos intervir, e sob anestesia local pela novocaina, auxiliados pelo dr. Heitor M. C. Lima, particamos uma laparotomia pela técnica de Jalaguier, encontrando a cavidade cheia de líquido sero-purulento e o apendice creto, turgido e perfurado em sua ponta.

Apendicectomia, irradiação das visceras e da cavidade abdominal com os raios de uma lampada comum de ultra-violeta; sutura da parede em camadas, sem drenagem.

Pósoperatòriamente — Soro glicosado e fisiológico, um litro de cada, diàriamente. Cloreto de sódio a 20% — 60 cc. diários. Vitamina C e necroton.

A curva termica desceu, em 72 horas, ao normal, para aí permanecer. Cicatrização do ferimento operatòrio, por primeira intenção. Cura.

Eis alguns quadros que pode assumir

a apendicite aguda, e passemos agora ás outras afecções agudas abdominais.

As diverticulites agudas podem apresentar quadros e problemas semelhantes aos da apendicite aguda, e as colecistites também propõem ao profissional o estudo cuidadoso da indicação operatòria.

Nas colecistites agudas e gangrenosas quigã, muitas vezes, o problema da indicação, não é o da realização ou não da intervenção cirúrgica, mas sim o da técnica a seguir: colecistectomia ou colecistostomia. Com frequência a ação mais conservadora, com a colecistectomia, num segundo tempo, si necessária, nos tem dado melhores resultados.

As perfurações intestinais ao nível de lesões já pré-existentes, como na febre tifoide, eriam por exemplo, o caso do diagnóstico diferencial enre a peritonite por perfuração intestinal e o ventre em taboa por acidose. A dosagem da reserva alealina e o hemograma nós orientarão.

As úlceras gastroduodenais nos trazem uma das mais frequentes causas de abdomen agudo, a sua perfuração em cavidade livre. No geral o diagnóstico se faz com certa facilidade, dado os antecedentes morbidos do paciente e a típica dôr em pontada. O ar livre na cavidade peritoneal — pneumoperitoneo — nos facilita e confirma o diagnóstico.

O problema da indicação operatòria é simples, intervir o mais precocemente possível, mas o que é mais difícil a resolver, é qual a técnica a seguir; sutura da úlcera perfurada, sutura com gastro-enteroanastomose subsequente ou gastrectomia parcial.

No geral os pacientes não nos chegam ás mãos com a desejada precocidade, pelo que o cirurgião, intervindo muitas vezes após 12, 18 ou mesmo 24 ou mais horas, encontra um paciente chocado, que em hipótese alguma suportaria uma gastrectomia.

Difícil seria encontrarmos o caso de um paciente no qual poderíamos praticar com consciência tranquila, uma gastrectomia parcial, em primeiro tempo, aliás a melhor intervenção, pois elimina a úlcera imediatamente.

Nos resta pois, na grande maioria dos casos, como medida de urgência, a sutura,

seguida, quando houver perigo de imediata extenose pilórica, de uma gastro-entero-anastomose posterior transmesocolica.

Mas não devemos nos esquecer, que o antigo axioma "úlceras perfuradas é úlceras curadas", não mais tem razão de ser.

BOCKUS (12) afirma que a maioria dos cirurgiões, diante do estado geral dos pacientes prefere inicialmente a sutura, para em período posterior tratar do tratamento da úlcera que eles não consideram curada. Mas chama a atenção para as estatísticas dos cirurgiões europeus que são favorecedores da gastrectomia parcial imediata.

HELD e GOLDBLOOM (13) ressaltando o valor da intervenção precoce, apresentam a percentagem de 90% de cura ou recuperação da complicação, quando a perfuração é operada dentro das primeiras 12 horas. Entre 12 a 48 horas, a percentagem baixa para 50%. Por isso julgam preferível operar precocemente, mesmo achando uma perfuração mínima ou nenhuma, que esperar e encontrar um quadro completo de peritonite generalizada.

NISSSEN (14) aconselha, que sendo feita unicamente a sutura, em face das circunstâncias contrárias, a ressecção do estômago (parcial) algumas semanas ou meses após se impõe, pois somente uma parte muito restrita das úlceras perfuradas, pode ser considerada como curada com a simples sutura.

Existia e ainda existe a crença que o trauma, a irritação pela perfuração e a sutura levam a cicatrização da úlcera. Mas, com uma frequência algo impressionante, temos observado o contrário. Em várias reoperações, em pacientes que anteriormente tiveram suas úlceras perfuradas suturadas, fomos encontrar extensos processos calosos, cicatriciais, e mesmo malignos.

Quaisquer que sejam as causas determinantes destas últimas complicações, estenose cicatricial, processo inflamatório perifocal, cancerização da úlcera, nos leva a aconselhar que nos casos onde a gastrectomia não puder ser levada a cabo pelas condições do paciente, se suture a úlcera, sempre com ressecção dos bordos para exame histo-patológico. E, posteriormente, estando o paciente

em melhores condições físicas, submeter o paciente ao tratamento da úlcera, que nesse caso deve ser cirúrgico, uma gastrectomia parcial.

Em fins de 1945 e princípios de 1946, tivemos ocasião de observar dois casos, operados previamente pelo serviço de urgência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre por úlcera gástrica perfurada, e que baixando ao nosso serviço por novos encomodos gástricos, foram reoperados, e infelizmente em ambos os casos foram encontrados extensos processos malignos em torno da antiga perfuração. Ambos os tumores eram inextirpáveis.

1. — G. S., 42 anos, branco, casado, agricultor, brasileiro, leito 15, papeleta n. 3.361 18.^a Enfermaria — baixou 3.3.1945.

21.3.1945 — Jejunostomia pelo processo de Witzel, por extenso tumor maligno com extenose do piloro, ao nível de úlcera perfurada e suturada em fins de 1944.

2. — N. A., 43 anos, branco, casado, comerciante, natural de Montenegro, residente á Av. Farrapos 2439, leito 13, papeleta 15.213, caso 327 - 18.^a Enf.. Operado em 18.10.1943 — por úlcera gástrica juxta-pilórica perfurada. Sutura da perfuração. Apresentou-se no serviço em Novembro de 1945 com síndrome de extenose pilórica.

19.11.1945 — Laparotomia mediana supra-umbelical. Extenso tumor ao nível da região pilórica, com aderência ao fígado e pancreas, impedindo a realização de uma gastrectomia.

Gastro-entero-anastomose posterior tipo v. Hacker.

Não cremos que estes casos tivessem tido este desenlace, si 30 ou 60 dias após á primeira operação (sutura da perfuração), depois de conveniente preparo, houvesse sido praticada uma gastrectomia parcial.

Nos abscessos apendiculares e nas peri-

tonites localizadas, a orientação deve ser a de expectativa, pois não devemos apressadamente destruir as barreiras e as defesas que o organismo construiu. Aguardaremos a melhor localização e exteriorização, flutuação do abscesso, para incisá-lo no ponto de maior superficialidade, o do edema mais intenso. Incisão e simples drenagem, sem manobras exploratórias, que poderão destruir as paredes que defendem e circunscvem o abscesso ou a peritonite localizada.

Por vezes, êstes abscessos emparelhados junto a uma alça intestinal, abrem caminho para a luz da mesma, através de uma perfuração, escoando pelo intestino e sendo assim eliminados por via intestinal.

Em trabalho separado, comentaremos um interessante caso clínico de peritonite localizada, que esteve baixado ao nosso serviço em princípios de 1945.

As rupturas de baço e fígado, constituem indicação operatória, para a esplenectomia e sutura das fissuras e lacerações hepáticas. Ao quadro abdominal agudo, se associa o da hemorragia interna.

A pancreatite aguda também pode levar á intervenção exploratoria e a esteatose no-la comprovará imediatamente.

As obstruções mecânicas agudas ou crônicas, por volvo, torção, brida, invaginação ou outras causas várias, levam a indicação de intervenção, o mais precocemente possível, afim de reduzir a intervenção ao menor possível, dispensando a ressecção intestinal, que quando necessária, sempre constitue sério agravo do risco.

O manuseio das alças intestinais, que não podemos dispensar para a exata verificação da causa e localização da obstrução intestinal, sempre constitue uma manobra chocante, pelo resfriamento das visceras e pela tração sôbre os mesos, e portanto a precocidade da intervenção se impõe, pois então, em regra geral, o estado geral do paciente ainda deve estar em boas condições, suportando tal acrescimento de choque.

Não nos devemos esquecer, que nestes casos, deveremos ser extremamente conservadores, especialmente, quanto ás ressecções intestinais, que deverão, si possível, serem levadas a efeito num segundo tempo, restabele-

cendo-se o tráfego intestinal por meio da colocação de um anus artificial.

As causas ginecológicas e obstetricas também devem ser consideradas, mas não entramos em detalhes, pois são dois campos cirúrgicos nos quais não nos temos demorado o suficiente, para expormos opinião a respeito.

Quanto á técnica cirúrgica, natural que, boa parte das medidas dependam da afecção cirúrgica em si, mas um determinado número de tempos cirúrgicos são Inerentes a qualquer tipo de intervenção cirúrgica abdominal em abdomen agudo. Vejamos pois.

A orientação que vimos seguindo, em sua base, a recebemos de nosso mestre Prof. Guerra Blessmann, sendo pois a orientação de sua escola cirúrgica.

E' a escola do trauma diminuto, da técnica acurada mas não apressada, pois ela considera ganhar tempo, o não o perder, das incisões amplas, mas anatomicas, permitindo uma exploração fácil e um manuseio delicado dos órgãos da cavidade abdominal, sem trações e sem afastamentos violentos e traumatizantes.

Encontrado o fóco, êste é tratado, extirpando-se se necessário a séde da lesão, e si tal não acarretar em um só tempo apreciável agravo ao paciente. Si não, e caso não existam outras contra-indicações, a intervenção radical é deixada para um segundo tempo, a não ser que tal atitude traga consigo complicações graves, que obriguem o cirúrgião a correr o risco da extirpação imediata. Em todo o caso, sempre tendo em mira, fazer o mais radical possível, com o menor choque.

Os quadros traumatológicos das lesões do fígado e do baço, não apresentam controversia, sutura hemostatica das lesões do fígado com tamponamento si necessário, e esplenectomia na segunda hipótese.

Os quadros agudos por obstrução — também em si, só apresentam o problema da realização da intervenção, em um ou mais tempos, dependendo, como vimos do estado do paciente, do tipo de obstrução e da extensão da intervenção radical a processar.

Os outros quadros agudos, em si, não apresentam maiores dificuldades, pois a técnica indica colecistectomia ou colecistosto-

mia; apendicectomia ou drenagem de abscesso apendicular; diverticulectomia; gastrectomia si possível, sutura com gastroenteroanastomose na hipótese de provável extenose pilórica ou simples sutura; etc. —

Mas no quadro abdominal agudo inflamatório, além da lesão visceral básica, temos a sua consequência lógica, a peritonite.

No tratamento da peritonite, temos seguido a técnica preconizada por nosso mestre, e por êle introduzida entre nós, não tendo ainda tido razões de nos arrepender desta orientação. Desde que abrimos o peritонеo, durante a exploração e ação sobre o ponto lesado, a cavidade abdominal do paciente é irradiada, ou por uma lampada de luz de Wood (Laparophos segundo Havlicek) ou por uma simples lampada de raios ultra-violetas.

Devemos a HAVLICEK (15) de Praga, esta arma poderosa contra a peritonite, baseada na regulação das comunicações arteriolo-venulares pelos raios ultra-violetas, no seu segmento médio, que forma a luz de Wood.

GUERRA BLESSMANN, em interessante trabalho apresentado em conferências na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, explanou o princípio e as aplicações clínicas deste processo terapêutico. (3)

Em resumo, na peritonite, pela abertura dos canais arteriolo-venulares, boa parte do sangue circulante, neste segmento do organismo, não vai até aos capilares, pelo que se produz a estagnação sanguínea visceral, na grande esponja esplênica, com consequente diminuição da pressão, tanto na circulação cava como porta, com a retenção das toxinas e com a diminuição do volume minuto e decorrente insuficiência cardíaca.

O fechamento destes canais, pela hidratação das células hidráulicas que os constituem, sob ação da luz de Wood simples, ou dos raios ultravioletas totais, faz com que o sangue volte a circular livremente, via capilares, aumentando assim a pressão da circulação porta, com que o sangue volta a se desintoxicar ao nível do fígado, e por outro lado diminui a estase esplênica, aumentando o volume-minuto e melhorando as condições circulatórias.

Esta melhoria, leva a uma maior absor-

ção do líquido intra-abdominal, ao desaparecimento das toxinas e consequentemente a uma melhoria do tonus visceral, especialmente do intestino.

Segundo PACHOUD e LERICHE conforme a tese de BASTIEN (16) a irradiação pelos raios infra-vermelhos leva a idênticos resultados e especialmente, quando da associação dos raios infra-vermelhos, com os ultra-violetas. Julgam êstes autores que os raios infra-vermelhos aumentam a eficiência e poderio de ação dos raios ultra-violetas. Há maior e mais fácil despreendimento de substâncias H e histamina.

Nos lumbagos e mialgias, etc., a associação de ambos as irradiações dá resultados surpreendentes.

A irradiação pela lampada com luz de Wood, como por exemplo, a Laparophos, construída segundo a técnica de HAVLICEK, é mais fácil e mais comoda. Dois filtros, um de cobalto, e outro de uviol, permitem somente a passagem de uma fracção dos raios ultravioletas, a luz de Wood. Esta fracção não produz sombra, pelo que seu emprêgo não ocasiona nenhuma alteração de côr ou sombreado ao nível do campo operatório. Por outro lado, devido a construção especial do capacete, no interior do qual se encontra a lampada, com paredes duplas, êste aparelho não deixa escapar o calor, o que traz a vantagem de não só não esquentar, como também de não queimar o operador ou auxiliares.

A lampada comum de raios ultra-violetas, também dá os mesmos resultados clínicos, mas além de mascarar o campo operatório pela coloração bruxuleante que provoca ao nível dos tecidos, especialmente o sangue, o aquecimento do ambiente próximo se torna muitas vezes insuportável para o operador e seus auxiliares. Por outro lado, tendo se ser usada sem diafragma, pode facilmente queimar a pele da face do operador e auxiliares.

Mas uma e outra, são admiravelmente bem toleradas pelo peritонеo e serosas viscerais. Usamos a lampada de Laparophos, accesa e focalizada para o campo operatório, desde a incisão do peritонеo, e somente a apagamos quando o vamos suturar no fechamento

da parede. Si tivermos, por falta de uma destas lampadas, de usar a lampada simples de raio ultra-violetas, então limitamos a irradiação a dois ou mais períodos fracionados de 5 a 10 minutos cada um, com intervalo de 5 minutos, incidindo os sobre visceras, especialmente algas intestinais, mesos, e epiploon.

Os resultados são ótimos, e se visualizam no pós-operatório, pela facilidade do restabelecimento do tráfego intestinal, bem como na fácil absorção do líquido intra-abdominal.

A morfina, o éter, o cloroformio são elementos que combatem a ação dos raios ultra-violetas abrindo os canais arteriolo-venulares, pela desidratação de suas células hidráulicas, e por tanto devem ser afastados e não usados.

Em consonância com o emprêgo da irradiação intra-abdominal com os raios ultra-violetas, não usamos intra-abdominalmente, qualquer preparado sulfamidico, em pó, cristalizado ou líquido.

Os dois primeiros tipos, em pó ou cristalizado, constituem elementos estranhos. Sabemos do poder inibidor sobre a sulfa que tem os líquidos orgânicos, especialmente um como o líquido intraabdominal de uma peritonite. Por conseguinte para que se podesse observar uma ação antibiotica pelo emprêgo local da sulfa, ésta deveria ser usada em tal quantidade que infalivelmente levaria a uma ação irritante sobre as visceras, e finalizaria na formação de granulomas.

Quanto ás formulas líquidas, as soluções são sempre causticas e irritantes, como pessoalmente tivemos ocasião de verificar num paciente, no qual no fim de uma apendicectomia trabalhosa, instilamos locotiazamida.

BABCOCK (17) julga que o emprêgo de antiséticos e antibioticos sobre o peritoneo é prejudicial.

Me NEALY (18) aconselha o uso de quantidades pequenas de sulfa na cavidade abdominal, para que as particulas de sulfa não se tornem corpos estranhos. Mas com os conhecimentos modernos sobre as substâncias várias que tem ação inibidora sobre as sulfas, podemos perfeitamente compreender que estas pequenas quantidades de sulfa são completamente inefficazes e que si ação benéfica

existe foi a da sulfa dada por via oral ou parenteral.

STEINBERG (9) em seu classico trabalho sobre as peritonites, é contrário ao emprêgo de antiséticos ou antibioticos na cavidade abdominal.

As sulfamidas tem seu emprêgo no tratamento dos abdomens agudos e das peritonites, mas em administração oral ou parenteral, ou por ambas as vias se necessário, para a conservação do limiar útil de sulfa no sangue.

Não devemos nos esquecer que hoje, está provado que a ação topica da sulfa (19) não mais merece confiança, pois é indiscutível a sua ação retardatária e inibidora sobre o processo de regeneração dos tecidos e a diminuição de seu poder antibiótico pelos líquidos teciduais. Lhe é concedida uma ação geral, mas qualquer ação local benéfica é negada. Por conseguinte, deve ser abandonada, pois sem que haja qualquer inconveniente local, a via de administração geral (oral ou parenteral) traz os melhores resultados.

Nem mesmo a pulverização do ferimento operatório antes da sutura é justificada, e cremos que a deiscência de sutura observada no nosso primeiro caso citado, único que tivemos e o único no qual usamos a pulverização pela sulfamida, foi por ela condicionada. Si tememos a contaminação dos bordos do ferimento operatório, muito mais justificada é a embrocção dos mesmos pelo Líquido de Payr.

Nós, abrimos o peritôneo, não esponjamos, não aspiramos o líquido, unicamente exploramos delicadamente a cavidade abdominal, agimos sobre a lesão causadora do abdomen agudo. O líquido, que por ventura correu do ferimentos operatório durante estas manobras, é o único que é retirado, o restante fica na cavidade abdominal.

Irradiamos a cavidade abdominal e as visceras, através do ferimento operatório, conforme já o relatamos, e após reposição total das visceras, suturamos a parede abdominal, plano por plano, *sem drenagem*, e si houve escoamento e contaminação das bordas do ferimento, então, antes da sutura da

pele, embrocamos os mesmos com líquido de Payr.

Apresenta-se agora um outro ponto técnico, que ainda constitui para muitos um problema aberto á discussão, mas que para nós é assunto líquido e de orientação definida e definitiva.

E' a drenagem da cavidade abdominal. Já antes de seguirmos o processo de irradiação nos abdomens agudos e na cirurgia abdominal, não eramos partidários da drenagem sistemática. Já poucas vezes drenávamos.

Não resta a menor dúvida, que em muito pouco tempo, dentro das primeiras 24 horas, na peritonite generalizada, a drenagem se torna inoperante. A fibrina se deposita em tôrno do dreno, bem como as algas intestinais se adóçam contra êle, e em poucas horas, o dreno está emparedado e somente escoo o líquido de pequena zona, restrita á sua ação. O líquido da grande cavidade não é mais drenado e é absorvido ou retido.

Por outro lado, o dreno como preventivo, isto é, como autor de possível drenagem de supuração a vir, como o era usado antigamente e ainda hoje por certos cirurgiões, nas apendicitis aguda ou sub-agudas, falha completamente. Serve, isto sim, para levar a infecção de fora para dentro, para a cavidade abdominal, serve para formar escaras nas algas intestinais que contra êle são pressionadas (fístula estercoral), bem como para deixar na parede abdominal, uma cicatriz grande e de pouca resistência, ótimo terreno para futuras eventrações.

A suspensão da drenagem, nas apendicitis agudas e sub-agudas, fez desaparecer por completo, no serviço da 18.^a enfermaria, as fístulas estercorais.

Mc Nealy (18) pouco recomenda a drenagem da cavidade abdominal, ao tratar do tratamento dos ferimentos penetrantes do abdomen.

STEINBERG (9) fez interessante experimentação em cães, quanto ao resultado da drenagem da cavidade abdominal, chegando aos seguintes dados: 42% de sobrevida nos animais nos quais não foi usada a drenagem, em quanto que zero per cento de sobre vida,

ou 100% de mortalidade dos cães, nos quais foi usada a drenagem.

Cita como complicações da drenagem da cavidade abdominal: fístulas estercorais, infecção dos ferimentos operatórios, aderências intra-abdominais, com ou sem obstrução intestinal mecânica, íleo paralítico.

Diz textualmente — "There is a considerable accumulation of literatura on the subject of peritoneal drainage. The concensus view show a lack of experimental or clinical basis for procedure. The average surgeon, however, believes that practice is sacrosant and continues to drain the peritoneal cavities of his patients."

Êste autor emite as seguintes opiniões ou pontos de vista sobre êste problema:

a) Drenagem de tôda a cavidade abdominal, *nunca* é possível.

b) Mesmo a drenagem de uma parte da cavidade abdominal, só é efetiva durante aproximadamente 24 horas, depois as aderências separam o dreno do resto da cavidade abdominal.

c) Os drenos causam aderências e necrose pela pressão, e levam á formação de fístulas fecais.

d) O dreno conduz as bactérias de fora para dentro e leva á formação de fístulas infecciosas supuradas.

e) A drenagem diminue o número de leucócitos.

f) A drenagem prolonga a convalescença e leva ás hérnias e eventrações.

g) A morbidade e a mortalidade são menores nos pacientes sem drenagem.

A drenagem se impõe na peritonite localizada, no abscesso apendicular por exemplo, ou quando não podemos garantir a hemostasia (hemorragia porejante). Neste último caso, o dreno deve permanecer por um período de no máximo 48-72 horas, findo o qual deve ser retirado. Mas a drenagem deve ser feita por dreno mole com gaze, de borraça em lençol — o típico cigarrette-drain. Cremos no entanto, que hodiernamente, os novos meios coagulantes á base de fibrinogenio, as geleias, permitirão no futuro o controle destas hemorragias, pelo que também cessará mais esta razão de drenagem da cavidade abdominal.

No pós-operatório se torna importante o combate ao choque e a conservação do equilíbrio aquoso do paciente. Impõe-se desde logo a hidratação do paciente, por via parenteral, já que para diminuir a motilidade visceral (gastro-intestinal) e para maior garantia das suturas que por ventura foram efetuadas, a via oral deve ser pouco usada ou evitada nas primeiras vinte quatro horas.

Si se tratar de simples hidratação, o soro fisiológico e o glicosado, resolvem plenamente o problema. Administração por via subcutânea ou endovenosa (gota a gota), pelo mínimo 1 litro de cada, nas 24 horas. Também poderá ser usada a via retal, ou ainda melhor a sonda de Miller Abbot, quando tenha sido utilizada.

Quando do emprêgo de mais de 250 cc. de soro glicosado, sempre se deve adicionar a insulina, 5 a 20 unidades conforme o volume de soro glicosado injetado. Em relação a este último medicamento, não deveremos nós esquecer que devido a glucose, êle pode atuar como um reforçador do musculo cardíaco e desta maneira chicoteá-lo, e ser responsável por uma taquicardia e taquiesfigmia, ás vezes difícil de explicar, e que cede rapidamente com a supressão do uso do soro glicosado.

No combate ao choque, naturalmente que se impõe a continuação da hidratação como acima descrita, mas sabemos também que estes soros são isotônicos, e que mesmo usados por via endovenosa, transudam rapidamente dos vasos, perdendo-se da corrente circulatória.

É o caso da indicação do emprêgo do sangue total ou do plasma, conforme houver ou não concentração de hemácias. Ambos os elementos manter-se-ão na torrente circulatória. A adição ao soro fisiológico de goma de acácia, o soro gomado, que por sua maior viscosidade, não sai tão facilmente para os tecidos, deve ser totalmente afastada, pois produz fenomenos anoxemicos, que podem levar á morte. (20)

Ainda resta um problema, o do emprêgo do soro hipertônico salino (a 20%) nos abdomens agudos. Nós o empregamos no pós-operatório normal de qualquer caso de cirurgia abdominal (20 a 40 cc. por 24 horas) e

também nos abdomens agudos, onde sua quantidade sôbre para 60 a 80 cc. nas 24 horas.

Combatem-no, dizendo que não dá resultados e até é contra-producente no combate ao choque, pois mais facilmente passa para o espaço tecidual, devido á sua concentração, e assim leva consigo sempre uma maior quantidade de plasma.

Se bem que, na fase inicial, ainda reversível do choque, não seja possível deixar de reconhecer seus méritos, é verdade que só sob o ponto de vista do combate ao choque, na fase de permeabilidade dos vasos, é efetivamente ineficiente, mesmo, vamos dizer, contraproducente.

Mas nos abdomens agudos e em cirurgia abdominal, não o empregamos como medicação anti-choque, e sim anti-toxica (CHARBONELL) e anti-cloropênica (ANES DIAS). Fixa a fracção toxina e combate a cloropênia que se estabelece, pois para a luta antitoxica o organismo mobilisa sua reserva total de eloretos e retira-o do sangue, fixando-o nos tecidos. Também é indiscutível a ação estimulante do cloreto de sódio hipertônico, sôbre a motilidade intestinal, combatendo eficientemente só, ou com auxílio de outros elementos peristalticos, a paresia intestinal, que se produz como consequência de qualquer trauma abdominal, logo também após qualquer intervenção no abdomen, mormente nos casos agudos.

Esta paresia, já é muito melhorada com a irradiação de raios ultravioletas, pois é comum, notar-se nos casos irradiados, uma expulsão precoce de gases e uma exoneração espontânea de fézes nas 48—72 primeiras horas.

Nas hipoproteinemias, impõe-se o uso dos produtos animados, ao par das medidas que acima indicamos.

Se bem que reconheçamos o valor da sonda de Miller-Abbot, no entanto não somos dos que lhe advoguem o emprêgo sistemático em todos os casos mais graves de cirurgia abdominal. Seu valor é indiscutível nas paresias rebeldes ao tratamento médico usual, em certos casos de obstrução, retirando grande quantidade de liquido tóxico e mesmo facilitando o diagnóstico, mas também temos

de reconhecer, que até o presente momento, temos podido prescindir da sonda de Miller-Abbott.

Temos em nossas mãos e vimos em mãos do Professor Guerra Blessmann uma série avantajada de intervenções abdominais, em cujo pósoperatório silencioso e normal, uma sonda de Miller-Abbott somente seria um estorvo.

Temos resolvido inúmeros casos de ventre agudo, com ótimos resultados, sem o emprego da sonda. Sua introdução, demorada, não é de todo desprovida de trauma e de fadiga para o paciente, e tal desconforto, não lhe deverá ser infligido sem necessidade.

Mas naturalmente existem casos de indicação para o emprêgo da sonda de Miller-Abbott, mas sua utilização cremos deverá ser condicionada a um ponto de vista individual e não como elemento de rotina. Na grande maioria dos casos, seu emprêgo reconhece como vantagem uma melhor e mais precoce hidratação e alimentação per os (pela sonda).

Naturalmente, nos abdomens agudos, tanto pelas condições abdominais própria-mente ditas, como pelas possíveis complicações infecciosas, se impõe o tratamento anti-infeccioso, hoje reduzido ao emprêgo dos elementos antibióticos ao nosso dispôr: as sulfas e a penicilina. A estreptomicina, que vem agora aparecendo no nosso arsenal terapêutico, poderia em certos determinados casos, pela sua ação específica, também encontrar indicação.

As sulfas, nas suas formas menos tóxicas, o sulfatiazol, a sulfadiazina e a sulfame-razina, administradas per os preferencial-mente, com a manutenção da dose de limiar ótimo da sulfa no sangue — 10 mgr.. Em casos mais graves, na impossibilidade do emprêgo via oral de administração, poderemos usar a via intra-muscular ou mesmo a endovenosa, não nos esquecendo, nesta última, da eliminação mais precoce.

No emprêgo da sulfa, não deveremos esquecer as possíveis contraindicações quanto ao rim e à insuficiência hepática, e combatê-las ou prevenir quando do emprêgo destas drogas medicamentosas. Medicação antitóxica e alcalinizante deve acompanhar o uso sistemático da sulfamida.

Outro elemento antibiótico, mais eficaz, menos tóxico, sem contraindicações, a não ser as da intolerância individual, é a penicilina, por via intramuscular ou endovenosa, preferencialmente a primeira, em doses de 20.000 a 30.000 U. de 3/3 ou 4/4 horas, com uma dose inicial de 30.000 a 50.000 U, conforme a gravidade do caso. Máximo diário — 300.000 U.

Esta é uma dosagem de rotina. Naturalmente que determinados casos clínicos, pela sua gravidade, exigem uma dosagem mais forte, podendo-se mesmo empregar sem prejuízo, por dois ou três dias, uma dose de 100.000 Unidades de três em três horas.

Não importa a dose, desde que não haja intolerância á penicilina. E, deverá ser continuada a aplicação da penicilina, mesmo na convalescença, mesmo já cessados os sintomas clínicos, no sentido de ser feito um tratamento de consolidação.

As doses diárias únicas de 300.000 U., em cêra de abelha (formula de Romansky) ainda são relativamente anti-econômicas e se bem que praticas, não apresentam a mesma eficiência da penicilinoterapia aquosa.

Nos abdomens agudos, especialmente nos casos de processos infecciosos ou inflamatórios, há carência de vitamina C, pelo que sua administração, endovenosa, dose forte, ou per os, em comprimidos de dosagem máxima, se impõe e sempre é recompensada com bons resultados.

A insuficiência cardíaca dos abdomens agudas, já vimos, que reside, não numa debilidade do músculo cardíaco, mas num armazenamento do sangue circulante, nos tecidos (plasma) ou nas rêsdes esplancnicas (sangue-canais arteriolo-venulares). Por conseguinte deveremos manejar com muito cuidado a medicação estimulante do órgão central circulatório, pois o excesso de zelo nesta medicação poderá levar a um agravo agudo, pois estimulando o coração sem no entanto lhe fornecer o líquido para lançar na circulação, o levaremos mais rapidamente ao esfalamento total. Por isso, nosso conselho é, cuidado com os cardiotônicos, nos abdomens agudos. A irradiação, a hidratação do paciente, o plasma, etc. farão muito mais para a regularização do problema circulatório,

17. — BABCOCK, W. WAYNE — *Principles and Practice of Surgery*. Lea & Febiger — USA, 1944.
18. — McNEALY, R. W. — *Penetrating wounds of the abdomen*, Surg. Clin. of N. America pág. 79 — February — 1944.
19. — SECCO EICHENBERG a) — *O fenolcanfora nos ferimentos — Considerações sobre o tratamento dos mesmos*. Trabalho apresentado e lido no 6.º Congresso Brasileiro de Ortopedia e traumatologia, reunido em Pôrto Alegre — em Julho de 1944.
- SECCO EICHENBERG b) — *O tratamento dos ferimentos — sua atualização*, 1044 — Tipografia Gundlach — Pôrto Alegre.
20. — CIRNE LIMA, HEITOR MASSON — *Anoemia e lesões anoêmicas*, 1940 — Empr. Gráfica Revista dos Tribunais — São Paulo.
21. — SECCO EICHENBERG a) — *Obstrução intestinal — Câncer do colon transverso*, Medicina e Cirurgia — Pôrto Alegre. Artigo em publicação.
- SECCO EICHENBERG b) — Trabalho citado cob n.º 19 b).