

**DR. SECCO EICHENBERG**

Catedrático interino substituto da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Catedrático titular Prof. Luis Fr.<sup>o</sup> Guerra Blessmann.  
Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Diretor interino da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" 18.<sup>a</sup> da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico-Chefe da "Protectora" Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, Porto Alegre.

# Obstrução intestinal - Cancer do colon transverso

Considerações em torno de um caso clínico

Separata de «MEDICINA E CIRURGIA»

Revista da Diretoria de Saúde Pública de Porto Alegre  
Ano IX - Janeiro a Abril 1947 - No. 1 - Tomo 9



01-04/1947-MED-CIRURGIA-'OBSTRUÇÃO  
INTESTINAL'

LIVRARIA CONTINENTE

1 9 4 7

# Obstrução intestinal - Cancer do colon transverso

## Considerações em tórno de um caso clínico

por *Secco Eichenberg*

Catedrático interino substituto da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — Catedrático titular —

Prof. Luis Fr.<sup>o</sup> Guerra Blessmann,

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre,

Diretor interino da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.<sup>a</sup> da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre,

Médico-Chefe da "Protectora" Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho — P. Alegre,

1947

A 27 de Fevereiro de 1945, baixou á Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.<sup>a</sup> da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, o paciente:

A. S. R., com 24 anos de idade, sexo masculino, casado, de cor branca, agricultor, brasileiro, natural do Município de Taquara, e no momento residente nesta Capital á rua Coronel Feijó 124. Na 18.<sup>a</sup> Enfermaria passou a ocupar o leito 7, sob papeleta n. 2871, caso 111.

Em relação á história clínica deste paciente, devemos remontar a um período anterior ao da baixa em nosso serviço, visto que antes de ingressar no mesmo, na madrugada de 27 de Fevereiro de 1946, fora operado de urgência, por nosso assistente Dr. Arthur Mickelberg.

Este colega, na qualidade de cirurgião auxiliar do serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital, fôra chamado a átender o caso, enquanto ainda se encontrava baixado a uma enfermaria de Clínica Médica.

Viu o paciente pela primeira vez, nas primeiras horas da tarde do dia 26 de Fevereiro de 1946, em estado grave, profundamente checado.

Em palestra que mantivemos com o colega Mickelberg, na tarde desse dia, nos referiu do quadro apresentado pelo paciente, o de uma obstrução intestinal baixa, que segundo a história clínica se fora estabelecendo crônica e lentamente.

Diante dos dados que poude colher, seu diagnóstico pendeu para o de uma invaginação intestinal, provavelmente em território do intestino grosso.

O estado geral, inicialmente bom, fôra agravando paulatinamente, especialmente no decorrer dos dois últimos dias, com distensão acentuada do ventre e obstrução completa para fezes e gases. Diante do aspecto grave e agudo que tomava a evolução da moléstia, fora determinada a chamada do cirurgião do serviço de urgência.

Mas o estado geral máo, quasi pré-agonico, impedira de momento, qualquer intervenção cirúrgica, havendo o dr. Mickelberg instituido um tratamento energico de combate ao estado de choque: transfusão, soros, cortex suprarenal, ao lado de outra série de medicações tendentes a átender o estado de obstrução que apresentava o paciente: prostigmine, cloreto hipertônico, lavagens intestinais.

Quando da troca de idéias, que mantivemos com o colega Mickelberg, em tórno

da técnica operatória a ser seguida no caso vertente, na hipótese de uma melhoria do estado geral permitir a intervenção cirúrgica, ressaltamos ao mesmo a necessidade de uma ação extremamente moderada, evitando adicionar ao choque e estado geral máo já existentes, mais o agravo de um choque operatório, por uma intervenção cirúrgica intermitente e prolongada.

Assim ficou convencionado que o dr. Mickelberg interviria logo que o estado geral do paciente o permitisse. Seria praticada uma laparotomia explorada, e, se a causa da obstrução, como se previa, somente podesse ser afastada através de extirpação de segmentos intestinais, a intervenção se limitaria á verificação da causa da obstrução e a colocação de uma fistula de derivação acima do obstáculo, evitando assim o grave risco de extensas resecções e prolongado manuseio visceral.

Diante de melhora que o paciente apresentava á noite, voltando á consciência, apresentando-se mais tranquilo e com uma diminuição do estado de choque, o dr. Mickelberg, reforçou a medicação anti-choque durante a noite e programou a intervenção para a manhã seguinte.

No entanto, sem motivo plausível, a medicação que até então fora realizada religiosamente, após as 21 horas, apesar de convenientemente anotada, foi sustada por completo. E, naturalmente, tal situação se traduziu numa rápida piora do paciente, que em plena madrugada foi repentinamente acometido de violenta dôr em pontada, no baixo ventre.

Chamado novamente o dr. Mickelberg, este encontrou além do quadro anterior, mais o de uma peritonite aguda por perfuração de viscera, provavelmente intestino delgado, acima do ponto de obstrução.

Dada esta intercorrência, o dr. Mickelberg não mais esperou e ás 5,30 da manhã de 27 de Fevereiro de 1946, intervinha, sob anestesia extradural pela novocaina.

Foi praticada uma laparotomia mediana infra-umbelical. Encontrou ao lado de um processo de peritonite devido á perfuração de alça ileal baixa, distensão das alças delgadas e do cecó e colon ascendente, em con-

traste com o aspecto *não distendido*, melhor colabado do colon descendente.

Não querendo chocar em excesso o paciente, não tendo a intensão de um só tempo procurar remover o obstáculo ao trafego intestinal, que deveria estar incluído no segmento do intestino grosso, do angulo hepático ao angulo espenico, o operador, em face do pessimo estado do paciente, adoptou uma técnica ou conduta mais conservadora.

Praticou a sutura da perfuração ileal, em bolsa. Para evitar as consequências da obstrução e diminuir a distensão das alças intestinais e do segmento direito do intestino grosso, praticou a enterostomia no próprio

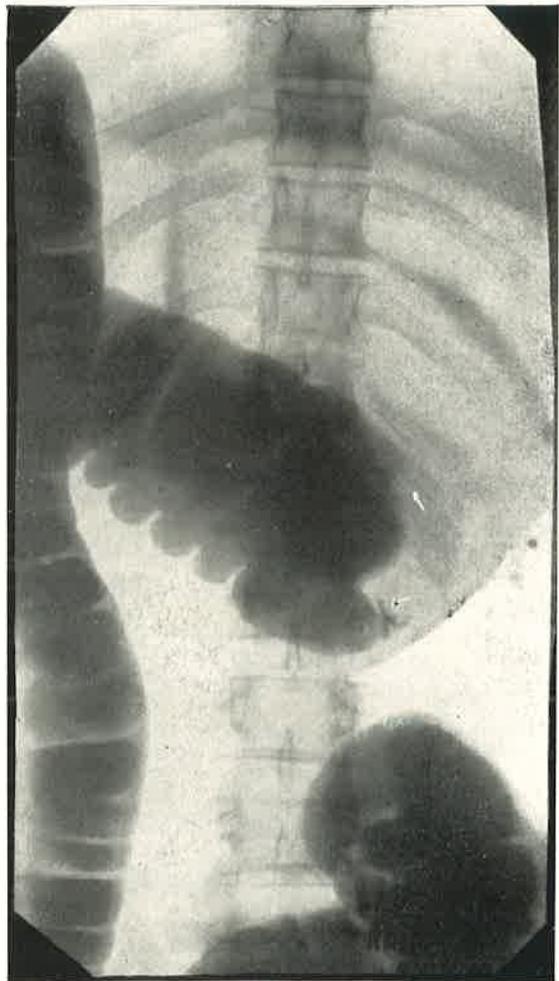


Fig. n.º 1 — Radiografia tirada a 12.3.1946 por enema opaco.

ileon, acima da perfuração havida, colocando o anus artificial na altura do próprio ferimento operatório. Toda a intervenção foi feita sob anestesia extradural (novocaina em solução de gluconato de cálcio) e com fio de algodão (hemostasia e sutura). Terminou a intervenção às 7,30

Após a intervenção, o paciente baixou ao nosso serviço. O pós-operatório foi surpreendente, relativamente à gravidade do estado do paciente. Nas primeiras 96 horas, foi mantida a seguinte medicação diária: Soro glicosado (2 litros), soro fisiológico (2 litros) Penicilina (200.000 U ox), solutiazamida (4 ampolas) Cloreto de sódio hipertônico a 20% (60 cc., em três ampolas de 20 cc.), antitoxicos e reduzida quantidade de cardiônicos.

Esta medicação foi posteriormente diminuída gradativamente, mas mantida uma hidratação parenteral relativamente elevada, devido ao anus artificial no delgado, que condiciona, como é do conhecimento geral, uma desidratação fácil e mesmo violenta do paciente.

A temperatura axilar que no dia da intervenção de urgência oscilava próximo aos 39°, dois dias depois caía, para permanecer abaixo de 37° durante todo o decorrer do tratamento, salvo duas pequenas oscilações de décimos de grão, no primeiro dia pós-operatório das duas intervenções seguintes.

A 7 de Março de 1946, iniciamos o preparo para a segunda intervenção e com o auxílio do Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital, conseguimos transfundir no paciente 1.200 cc. de sangue, em transfusões parceladas de 4 em 4 dias, de 200 cc. cada uma.

Diante da melhoria do paciente, a 12 de Março de 1946, submeteu-se o paciente a um exame radiográfico, por enema opaco, já que não foi possível ao radiologista, num segundo tempo, introduzir a substância opaca pela alça eferente do anus artificial.

Na figura n.º 1, reproduzimos a chapa tirada a 12 de Março de 1946, única que conseguimos no caso vertente, pois justamente durante o período de internação deste paciente, na Santa Casa e nesta cidade, se ob-

servava uma acentuada carestia de films radiográficos.

Esta chapa teve a seguinte interpretação por parte do radiologista, dr. Carlos Osorio Lopes: "Obstrução colica, provavelmente por invaginação ileo-cecal, localizada junto ao angulo direito. (Opacificação pelo anus artificial impraticável, por refluxo da substância opaca"

A chapa, efetivamente, nos deixa ver, preenchido de substância opaca, o colon descendente e a metade esquerda do colon transversal. O angulo esplenico, não visível na radiografia, no entanto se deduz praticamente permeável, pois temos o enchimento do colon descendente e do colon transversal até aproximadamente a sua parte média, onde nos é dado apreciar a parada abrupta da substância opaca, numa imagem regular de "meia lua".

Esta imagem radiologica é característica das invaginações, daí o diagnóstico provável formulado pelo radiologista de obstrução colica por invaginação ileocecal.

Em absoluto esta imagem se enquadraria na de uma obstrução por brida ou por compressão extrínseca. Na extenose cicatricial ou organica, ela não se apresenta com este especto regular arredondado e em meia lua.

Por outro lado, para nós que conhecíamos a verificação operatória, feita durante a primeira intervenção, onde fora explorado o ileon, o céco e o colon ascendente (2/3), julgávamos que a obstrução, que também supunhamos por invaginação, era uma invaginação colica situada ao nível do colon transversal.

A história anterior do paciente, livre de quaisquer encomodos para o tubo digestivo, a falta de dores e colicas nitidas, a ausência de sangue ou mucosidades sanguinolentas nas fezes, a cronicidade da obstrução que se instalara, levaram o clínico e o cirurgião que atendera o paciente de urgência, ao diagnóstico de obstrução por invaginação. E nós mesmos nada tínhamos a contraditar.

Verdade é que não se podia palpar o tumor, mas no início do quadro agudo, a distensão abdominal o impedia. Durante a intervenção de urgência, o cirurgião, dado o

processo de peritonite e ao estado geral do paciente, limitou sua atividade ao estritamente necessário, atitude esta que grandemente contribuiu para a recuperação do mesmo. Havendo explorado o baixo ventre, com uma incisão infra-umbelical, não forçou a exploração dos quadrantes superiores do ventre.

Após a intervenção, deveríamos palpar o tumor, mas não devemos esquecer, que si na tenra idade e na primeira infância, o tumor da invaginação é facilmente palpável, no adulto, tal raramente se dá com precisão.

Diante do exposto não encontramos razões para modificar o diagnóstico e também até segunda ordem admitimos a invaginação colica, como causa da obstrução, e a radiografia a que aludimos somente vinha reforçar o diagnóstico já feito.

Um hemograma realizado a 1.º de Abril de 1946, no Instituto Oswaldo Cruz, revelou o seguinte estado hemático:

Eritrocitos	—	4.540.000
Leucocitos	—	10.600
	Eosinofilos	6%
	Neutrofilos bast.	10%
	"      segm.	55%
	Linfocitos	20%
	Monocitos	9%

Hemoglobina — 84%

Valor globular -- 0,93%.

Resolvemos então, mantendo a valvula de segurança do anus artificial, fazer a extirpação da causa da obstrução, situada ao nível do cólon transverso, procurando, si possível, restabelecer a continuidade imediata do intestino.

A existência do anus artificial alargado, evitava a necessidade da feitura de um anus artificial no colon ascendente, afim de garantir a anastomose após a reseção, evitando o tráfego da matéria fecal por sobre a anastomose.

É após preparo, com vacina pré-operatória, e nas últimas 48 horas, com sulfasuxidina por via oral e através do anus artificial, bem como depois de uma transfusão de sangue pré-operatória, a 15 de Abril de 1946

realizamos a segunda intervenção, a nossa primeira.

Também foi feita sob anestesia extradural com novocaina em solução de gluconato de cálcio, e fomos auxiliados pelo dr. Arthur Mickelberg e doutorando Pedro Costa.

Praticamos laparotomia mediana supra-umbelical. Reparados os bordos do ferimento operatório, deparamos, na exploração do cólon transverso com a verdadeira causa da obstrução. Estava situada no terço médio do cólon transverso, mais proxima do segmento direito.

Mas uma surpresa nos estava reservada. Ao envez de se nós apresentar um tumor alongado, arredondado de grande eixo acompanhando o trajecto do colon, notamos um anel constrictor circular, de  $\frac{3}{4}$  a 1 em. de largura.

Era o aspecto tipico de um esquirro exterosante do colon. De ambos os lados do anel constrictor o intestino se apresentava normal, sem infiltração. Também no mesocolon e no epiploon gastro-colico não observamos ganglios enfiados.

Para maior garantia, ressecamos cerca de 10 cms. de intestino grosso, num segmento que apresentava a esquirro em sua parte media. Ressecção entre clamps.

Anastomose termino-terminal, com três camadas de sutura a fio de algodão, tendo o cuidado de antes de completar a sutura mucosa-mucosa anterior, introduzir para ambos os lados da anastomose, uma determinada quantidade de uma pasta de sulfasuxidina.

Sutura da brecha do meso e de epiploon. Sutura da parede abdominal, camada por camada e sem drenagem. Irradiação da cavidade abdominal com a lampada de Laparophos: desde a incisão do peritonio até a sua sutura.

Convém anotar que de ambos os lados da extenose, o intestino grosso se apresentava ao nível da mucosa, completamente limpo, isento de material fecal.

Cicatrisação se deu per primam e o pós-operatório foi completamente normal, sem o menor contratempo. No pósoperatório, continuamos na hidratação do paciente, visto perdurar ainda o anus artificial no delgado.

Também nas primeiras 72 horas, foi feita administração de cloreto de sódio hipertônico.

A peça ressecada foi enviada ao serviço de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Faculdade de Medicina, sob direção do catedrático Professor Paulo Tibirigá, para devido exame histo-patológico.

Este, com data de 22 de Abril de 1946, e assinado pelo dr. Bornancini, apresentou o seguinte resultado: Adenocarcinoma (grau I).

Em palestra com o Professor Tibirigá, este teve ocasião de se externar a respeito da peça enviada, informando que o processo blastomatoso era de evolução recente dado aos caracteres histológicos. Aliás ao abrirmos a peça, após a intervenção, encontramos a mucosa intestinal sem ulcerações ou outras alterações apreciáveis, o que permitiu, por ocasião da radiografia com enema opaco, verificar a imagem regular e arredondada da "meia lua".

Durante o mês de Maio de 1946, ao par de um tratamento de fortalecimento, dirigimos nossos cuidados no sentido de melhorar o estado da pele em torno do anus artificial, irritada pelas fezes líquidas que dele emanavam. Com o emprego de pomada de óxido de zinco e de Gelipsil, desapareceu rapidamente a irritação exzematiforme que rodeava o anus artificial.

Duas semanas após a segunda intervenção, solicitamos verificação radiológica do tráfego intestinal, especialmente ao nível da anastomose. A falta de films radiográficos no serviço e na Santa Casa, nos obrigaram a recorrer a uma simples radioscopia.

Esta foi realizada, eficientemente pelo então Doutorando Ilha, e no ecran fluoroscópico nos foi dado verificar a substância opaca transitar livre e rapidamente pelo colon descendente, flexura esplênica, colon transverso, flexura hepática e descer pelo colon ascendente para o ceco (eneua opaco).

Nova radioscopia a 1.º de Junho de 1946 confirmava o êxito da anastomose e o tráfego sem obstáculo no intestino grosso. Esta segunda radioscopia foi feita pelo então doutorando Job.

E, assim, após novo preparo, idêntico ao anterior, isto é ao da 2.ª intervenção, a

7 de Junho de 1946, submetemos o nosso paciente à terceira e última operação.

Sob anestesia extradural pela novocaina, que como das primeiras vezes deu ótimos resultados, intervimos, auxiliados pelos Drs. Rubens Pena, Arthur Mielberg e pelo doutorando Pedro Costa.

Iniciamos pelo fechamento externo da boca do anus artificial, para evitar qualquer contaminação posterior no decorrer da intervenção. Após aplicação local de uma compressa embebida em uma solução a 1/4% de oxy-cianureto de mercúrio, reduzimos a mucosa intestinal do anus artificial, fechando o anus com uma sutura muco-mucosa, seguida de uma segunda sutura cutânea, pegando simultaneamente a pele em ambos os lados do anus artificial. Desta maneira ficou o mesmo perfeitamente estanque.

Mudadas as luvas e reesterilizado o campo operatório, com material e instrumental novo, iniciamos uma laparotomia mediana infra umbelical, receecendo a cicatriz da primeira intervenção. Com o anus artificial estivesse colocado sobre esta cicatriz, em torno do mesmo, a incisão se fez lateralmente em meia lua com concavidade para a linha mediana. Desta maneira nos foi possível libertar o esporão do anus artificial com a chapeleta cutânea circunvisinha.

Reparo dos bordos do ferimento operatório, especialmente do peritônio. Exteriorização da alça intestinal sede do esporão. Verificação e destruição de três bridas entre alças intestinais delgadas, resquícios do processo peritonítico anterior e que dariam ótimo ensejo para futuras obstruções intestinais. Exploração do intestino grosso, todo ele encontrado em perfeito estado, inclusive a anastomose no colon transverso.

Na exteriorização da alça ileal, encontramos acima do esporão, uma formação diverticular, sem maiores características patológicas (inflamatórias). Resolvemos incluir este divertículo no segmento intestinal a ser ressecado, pelo que alargamos para 25 cms. a porção de intestino delgado a ressecar.

Ressecção entre clamps. Sutura dos cotos intestinais com três camadas de sutura e

entero-anastomose latero-lateral de boca levemente oblíqua, também em três camadas de sutura. Sutura da brecha do mesenterio. Reposição das vísceras na cavidade abdominal. Sutura da parede abdominal em planos e sem drenagem. Fios de algodão. Emprego da lampada Laparophos, durante o ato intra abdominal.

Cicatrização per primam. Pós-operatório semelhante ao da 2.<sup>a</sup> intervenção, perfeitamente normal. Pronto restabelecimento da função intestinal, controlada satisfatoriamente por radioescopia.

A peça anatómica, foi enviada ao Professor Paulo Tibiriçá para exame histopatológico, havendo-nos sido enviado o seguinte resultado (14.6.1946) — "Divertículo de jejuno (íleon). Fistula entero-cutanea suturada."

Finalmente a 5 de Julho de 1946, o paciente obtinha alta curado, voltando á sua terra natal no interior do Estado.

O presente caso clínico apresenta várias facetas interessantes, que nos permitem tecer alguns comentários, afóra de nos proporcionar o ensejo de revisar a largos traços o que de mais interessante existe sobre o cancer do grosso intestino, já que o caso vertente foge de certa maneira ao que de verdadeiramente classico se lê a respeito.

Em primeiro lugar queremos nos referir ás dificuldades de diagnóstico que se apresentaram ao cirurgião, diante do quadro de abdomen agudo que fora chamado a atender.

Cresem estas dificuldades, mormente quando os dados anamnesticos falham, como no caso actual, pois do mesmo, somente fora possível deduzir que houvera um quadro cronico de obstrução intestinal arrastado, de sintomatologia inicial pouco expressiva. Este quadro, com o decorrer dos dias foi-se agravando, até assumir o estado, no qual o nosso assistente o foi encontrar, paciente inconsciente, em profundo estado de choque, com grande distensão abdominal, etc. —

Tal estado geral e local não permitiram um exame clínico mais detalhado e aprofundado, nem deixaram de imediato, campo a medidas cirúrgicas exploradoras.

O início lento e progressivo, de sintomatologia primeiro escassa, fazia pensar numa

obstrução baixa, ao nível do grosso intestino. As obstruções altas, as de intestino delgado, qualquer que seja a causa ou tipo, são de sintomatologia muito mais precoce e gritante.

A pouca idade do paciente, a falta de elementos anteriores, a cronicidade inicial falavam em favor de uma invaginação colica ou ileo-colica. Era a primeira hipótese a ser levantada, já que esta afecção é na quadra da vida de nosso paciente a mais frequente, principalmente em relação a uma obstrução por cancer extenosante do grosso intestino.

E, como veremos a seguir, o exame radiológico, feito após a primeira intervenção, confirmou a hipótese suscitada, apresentando uma imagem radiografica típica de uma invaginação.

Mas vejamos antes a conduta operatória da primeira intervenção. Somos inteiramente partidários da orientação seguida. Num caso como o presente, onde a um estado geral grave e um choque profundo na sequência de uma obstrução intestinal, se ajuntava o grave risco de uma peritonite, toda a delicadesa, todo o conservantismo está indicado.

Si ao envez de proceder a uma exploração da causa da peritonite, a perfuração ileal, e á simples derivação do trafego intestinal paralisado, através de uma fistula estercoral, o cirurgião houvesse tentado um largo manuseio das alças intestinais, ou mesmo, encontrando a causa da obstrução, houvesse procurado extirpá-la, por certo o paciente não teria resistido, não tendo saído com vida da mesa operatória.

Cremsos firmemente que, nos casos graves, a ação mais conservadora nas obstruções intestinais, a descompressão inicial por meio de um anus artificial quando sediada o obstáculo no intestino grosso, ou pela entubação nas obstruções altas ou de intestino delgado, e num segundo tempo então, a retirada da causa da obstrução, condicionam uma técnica que se faz corresponder por uma mortalidade mais baixa.

Não compreendemos, como se possa procurar, especialmente nas obstruções do intestino grosso, lançar mão desde logo de largas ressecções intestinais e anastomoses dificeis e

complicadas, em pacientes chocados e intoxicados.

A não ser que a causa se remova facilmente, como seja a secção de uma brida ou aderências, a fácil redução de uma invaginação recente, a reseção forçada de alça por uma larga trombose vascular, um volvulo, a medida prévia de uma derivação colocada acima do obstáculo, favorece a recuperação do paciente. Este pode sair do estado de choque, se desintoxica, pode ser preparado convenientemente para a intervenção radical, que será levada a efeito em melhores condições e com maior probabilidade de êxito.

Em se tratando de obstruções no intestino grosso, esta derivação deverá ser feita nesse mesmo segmento intestinal, por exemplo, a apendicostomia, a cecostomia ou a colostomia, conforme a altura em que se encontra o obstáculo.

O anus artificial do intestino grosso é mais facilmente regulável, e dada a consistência das fezes, não apresenta o perigo da desidratação rápida e da maceração da pele em torno do anus artificial colocada em intestino delgado.

Mas no caso vertente, havia uma complicação, que obrigou o cirurgião, na primeira intervenção, a lançar mão do intestino delgado para fazer a fistula estercoral. Era a perfuração intestinal ao nível da alça ileal terminal. A fistula tinha de ser acima deste segmento intestinal, não só para evitar de forçar a sutura feita ao nível da perfuração, como para que, pelo descaço deste segmento, se evitassem novas perfurações.

O pós-operatório confirmou o que acima dissemos, apesar de todos os entraves representados pelos vários elementos que já vimos e que formavam o grave quadro clínico apresentado pelo paciente, cujo prognóstico era dos mais reservados. O paciente após a 1.<sup>a</sup> intervenção foi melhorando gradativamente.

As medidas pós-operatórias tomadas, foram, não há dúvida, indicadíssimas, a transfusão, a larga hidratação, a terapêutica antibiótica (penicilina e sulfa), mas que não teriam sido passíveis de emprego, si a intervenção feita de urgência, não se houvesse limitado ao estritamente necessário. Assim mesmo durou cêrea de duas horas, e não se

queira acoimar de nociva esta duração, pois a intervenção fora executada sob anestesia extradural.

Sob anestesia loco-regional, incontestavelmente ainda a mais inocua, não há necessidade de correr, só não devemos perder tempo. Ter pressa, nestes casos, é levar a trações e afastamentos bruscos, a manuseio pouco delicado das visceras, o que condiciona um aumento acentuado do estado de choque já existente, ou a instalação do choque operatório evitável.

No caso presente, nos foi possível, mais uma vês, em tôdas as três intervenções, deixar bem patente a excelência da anestesia extra-dural.

Outro ponto de interesse é o da imagem radiologica que obtivemos na única radiografia que nós foi possível conseguir no caso em apreço.

Nas obstruções intestinais do grosso intestino, e sabiamos após a primeira intervenção aproximadamente a zona onde se devia encontrar a obstrução de nosso paciente, no segmento transversal do cólon, do ângulo hepático ao ângulo esplênico, o exame radiológico se faz por endema opaco e nunca por ingestão da substância de contraste. Nesta última via de administração, a substância de contraste ingerida poderia levar, pela maior pressão intra-intestinal que condicionaria, á uma perfuração, já que no geral a parede intestinal acima da obstrução se encontra alterada.

Ora a imagem que nós foi dada observar na chapa radiográfica, e que vai reproduzida no presente trabalho, era tipicamente característica da invaginação, pois terminava abruptamente com a classica "meia lua". Em nada se assemelhava á possível imagem lacunar, irregular do cancer.

A tentativa de obtermos, neste caso, já que tínhamos a fistula estercoral, uma imagem de lado oposto da obstrução, falhou pelo antiperistaltismo intestinal acima do foco de obstrução (refluxo da substância opaca).

No caso presente nada havia de se temer quanto a esta tentativa. Ela foi tentada vários dias após a instalação da fistula estercoral, quando o segmento intestinal en-

tre a fistula e a obstrução já se encontrava em repouso há vários dias.

Após este exame complementar, justificada era pois a conservação do diagnóstico primitivo de invaginação, diante de tão típico quadro radiológico. Somente o caráter recente do tumor, que depois foi encontrado, aliás confirmado pelo seu aspecto histológico conservando ainda íntata a mucosa, é que permitiu o aparecimento da "meia lua". Não era possível ao radiologista chegar á outra conclusão.

Vemos aí um precioso exemplo, onde um único exame, por mais valioso que seja, não nós permite por si só a afirmação inabalável de um diagnóstico. A patologia abdominal ainda constitue frequentemente um problema de solução finais surpreendentes para o cirurgião. Este último ao abrir um ventre, leva uma orientação operatória traçada, mas deverá ter sempre a presença de espírito necessária para introduzir as modificações que a exata verificação das lesões impõe.

Outro ponto a destacar no caso clínico em estudo é o valor do desvio prévio do tráfego intestinal, em relação á intervenção da extirpação do neoplasma do grosso intestino.

É incontestado que adoptada a técnica em questão, os resultados pós-operatórios são muito mais satisfatórios, menores ou menos intensas são as complicações, representadas pela deiscência de sutura da anastomose e pelas peritonites consecutivas.

O desvio pela colocação previa de um anus artificial, traz a imobilidade ao segmento intestinal onde se localiza o tumor. Por conseguinte reduz ao mínimo os traumas que o tumor sofre diariamente pela passagem das fézes, e daí também diminue a intensidade do processo inflamatório perifócal.

Intestino em repouso e limpo, fácil é compreender que a anastomose que se realiza após a ressecção do tumor, tem muito mais probabilidade de êxito. A anastomose é mais aseptica, o repouso intestinal facilita o processo de cicatrização.

Diversos são os métodos ou melhor os locais onde são colocados estas fistulas derivação. Appendicostomias, cecostomias, hoje já bastante abandonados; colostomias no di-

versos segmentos do grosso intestino, são os tipos de escol. BERGERET-CHAMPEAU (1) é partidário da colostomia ao nível do ângulo hepático do cólon. A técnica é fácil, e fácil é seu fechamento. Seria o tipo indicado em nosso caso, si a necessidade imposta pela perfuração ileal, não houvesse obrigado á fistula estercoral no delgado.

Mas mesmo assim, esta fistula estercoral, que conduz facilmente á desidratação e á irritação da pele, foi de valor inestimável, não só na recuperação do paciente, como no decorrer da segunda intervenção (ressecção do tumor).

Quanto ao tipo da anastomose, somos partidários, desde que as condições locais o permitam, da anastomose termino-terminal, no cólon ou melhor ao nível do intestino grosso. Naturalmente, desde que a aproximação dos cotos, possa ser feita, como no nosso caso, sem grande tensão. Sabemos perfeitamente que a anastomose sob tensão está sempre exposta a deiscência de sutura. Na anastomose, empregamos, como usualmente, três séries de suturas, tanto na face anterior, como na posterior: sero-serosa, seromusculosa-seromusculosa e mucosa-mucosa. É mais uma garantia e as suturas não sendo totais, não servem de meio de drenagem do conteúdo intestinal ou visceral para a cavidade abdominal.

Como material de sutura nas anastomoses, foi empregado, em tôdas as intervenções, o fio de algodão. Aliás já de há mais de ano, somente empregamos o fio de algodão e mesmo nas suturas ou anastomoses viscerais. Abolimos completamente o catgut (até então, na mucosa-mucosa usavamos catgut tipo ser-tix), somente ficando com o fio de algodão, salvo nos cotos duodenais onde usamos uma ou duas suturas com fio de linho. Os resultados, como sempre, garantida que seja a esterilização, e com o fio de algodão a falta ou defeito de esterilização é erro de quem o prepara, foram e continuam a ser ótimos.

A anestesia em tôdas as intervenções foi a extradural, e em tôdas as três vezes com ótimo sucesso e completa inocuidade, especialmente notada na intervenção de urgência, onde, o emprego de qualquer anestésico

geral seria a nosso ver um forte agravo, si não um agravo fatal.

Nas duas últimas intervenções, usamos durante o período da técnica abdominal a irradiação pela lampada de Laparophos, tipo Hlavicek. Ao emprego sistemático destas irradiações, na cirurgia abdominal, é que atribuímos boa parte dos pós-operatórios que vimos obtendo — nenhuma distensão abdominal ou paresia intestinal, com eliminação precoce de gases e fezes. Junto com a analgesia loco-regional, logo também a extra-dural, são responsáveis pela quasi completa ausência de vômitos.

GUERRA BLESSMANN (2) em magistral trabalho, expoz as bases deste tratamento pela irradiação das vísceras abdominais (alças intestinais, epíloon mesentérico, etc.) pela faixa de ultra-violeta da lampada Laparophos, a luz de Wood, ou mesmo, na falta da lampada especializada, pela irradiação da lampada comum de ultra-violeta.

A serosa visceral é extraordinariamente resistente aos raios ultra-violetas e permite, mesmo com a lampada comum a irradiação pelo espaço de 20 a 40 minutos. Com a lampada de Laparophos, a irradiação não tem limites e ela não perturba a visualização do campo operatório, e não aquecendo, não estorva o operador ou seus auxiliares.

As infecções e peritonites pós-operatórias da cirurgia do grosso intestino, ainda são um espantinho, mas a gravidade tem sido ultimamente muito modificada, em face da poderosa ação das sulfas e da penicilina.

As sulfas de radical tiazol, diazina, me-razina, poderosos antibioticos, ao lado da penicilina, nos servem de arma respeitável e valiosíssima contra as infecções. Mas para a cirurgia intestinal e especialmente do intestino grosso, um ramo das sulfas nos fornece elementos de grande valia na ação antibiotica em relação á flor microbiana intestinal. É a sulfa-guanidina e mais recentemente a sulfasuxidina, já que a mais moderna a sulfafatalidina ainda no se obtém entre nós.

Em nosso caso, nas duas últimas intervenções, usamos a sulfasuxidina Sharp-Dohme no preparo, e na segunda intervenção, a da reseção do tumor, fizemos a introdução em ambos os côtos, antes de ter-

minar a sutura mucos-mucosa anterior, de uma certa quantidade de pasta de sulfasuxidina.

A sulfasuxidina por via oral é eliminada quasi totalmente pelo intestino e não é absorvida se não em parte mínima. Daí sua intensa ação local no intestino. Mas ainda apresenta um inconveniente relativo, é que as doses são volumosas. A sulfafatalidina elimina tal inconveniente.

Assim um individuo, de peso médio de 60 kgs., terá de tomar numa dose inicial (0,25 gr. por quilo de peso) 15 comprimidos, com uma dose de manutenção de 5 comprimidos de 4 em 4 horas, isto é, mais 30 comprimidos por dia (0,50 gr. por quilo de peso). Mesmo assim, seu valor é incontestável.

Além das facetas de técnica operatória e do pré e pós-operatório, o nosso caso ainda apresenta um quadro clínico um tanto anômalo para um tumor maligno do grosso intestino, pelo que o aproveitamos para uma rápida visão do que a respeito desta afecção existe de mais importante e mais atual.

Além deste ponto de vista, ainda convém notar, que em nosso serviço, de 1926 a 1946, não atingiu a 10 o número dos casos de tumores malignos do grosso intestino em cerca de 10.000 pacientes.

Da importância do cancer do grosso intestino na patologia, bem diz a percentagem, que segundo o Bureau de Estatística dos Estados Unidos, êle representa em relação ao cancer em geral — 15% em 1934 (3).

ALLENDE (15) confirma esta percentagem, e afirma que dentre os cancers, nos U. S. A. o cancer do cólon mantém o segundo lugar na tabela de mortalidade.

Para LUBARSCH (3) (1920/1), baseado em 8.301 necropsias, representa 32,44% dos cancers internos. BALFOUR (3) apresenta a seguinte estatística percentual para os cancers do aparelho digestivo:

Esófago .....	11,6%	
Estômago .....	50,3%	
Intestino delgado ...	1,2%	
Intestino grosso ....	10,9%	)
Recto .....	25,9%	) .. 36,8%

Em relação aos vários segmentos do intestino grosso, PEMBERTON E DIXON (3), encontraram a seguinte distribuição:

Céco .....	5,95%
Cólon ascendente, transverso e descendente .....	16,99%
Sigmoide .....	13,55%
Rectosigmoide .....	17,70%
Recto .....	45,14%
Anus .....	0,64%

JUDD (da Mayo Clinic), citado por WAKELEY (4), em 625 casos de cancer do grosso intestino, fornece a seguinte escala estatística:

Céco, ascendente e fl. hepático ...	188 casos
Transverso .....	75 casos
Plexura esplênica .....	24 casos
Descendente .....	46 casos
Sigmoide .....	292 casos

ANSCHUTZ e KOERTE (5) apresentam os seguintes dados:

Céco, ascendente e fl. hepática	32,6%
Transverso .....	9,5%
Fl. esplênica, descendente .....	14,1%
Sigmoide .....	43,8%

Quanto ao sexo, a proporção é de 2 para 1, segundo uns autores, ou de 3 para 2, segundo outros, mas sempre com predominância do sexo masculino. Em relação à raça, até prova em contrário, a raça branca é mais atingida que a negra, mas se nos parece que tal também acontece com o cancer em geral.

PENNINGTON (3) apresenta uma interessante estatística, relativa à distribuição do cancer do grosso intestino, segundo a idade do paciente, baseando esta estatística no estudo de 7.313 casos:

0 a 20 anos .....	0,54%
21 a 30 anos .....	3,21%
31 a 40 anos .....	9,43%
41 a 50 anos .....	19,99%
51 a 60 anos .....	28,98%
61 a 70 anos .....	25,10%
71 em diante .....	12,71%

Nosso caso pois, se situa de certo modo entre os menos frequentes, pois localizado no cólon transversal, apresentou-se num paciente com 24 anos (3,21%). —

KARSNER e CLARK (10) descrevem dois tipos básicos de blastomas malignos do grosso intestino: a) proliferativo ou polipoide; b) infiltrativo ou degenerativo, sendo que ambos podem ter suas formas extensas, naturalmente que no segundo tipo, com maior frequência.

Na metade esquerda do cólon, o tipo predominante é o esquirótico, devido à forma anatómica do intestino e à consistência do conteúdo do mesmo (PORTIS — 11). Daí é fácil compreender que a sintomatologia essencial destas lesões é a obstrução intestinal.

Dois são pois os tipos que podemos encontrar, o adenocarcinoma, massa tumoral que se projecta na luz do intestino, e o esquirótico, que leva à estenose circular. Podemos, naturalmente, observar também a mistura dos dois tipos básicos.

A estenose é variável, mas sempre acima ou no sentido proximal, o intestino está dilatado e hipertrofiado, em sequência da luta do próprio intestino contra a extensão ou diminuição parcial da luz intestinal, que de qualquer maneira, entrava o tráfego intestinal.

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, representa de 50 a 75% de todos os carcinomas do cólon, e é o carcinoma do cólon que radiologicamente dá os sinais mais característicos.

Os tumores do cólon E são comumente firmes e fibrosos, com tendência a envolver o intestino e reduzir o calibre do mesmo. Daí terem estes tumores, como principal característica a obstrução. Os tumores da metade proximal, ou do cólon D, são diferentes dos da metade distal ou E. Os da metade distal são grandes, fungosos, moles e friáveis. São carcinomas medulares, que ulceram com facilidade e que devido à grande luz do intestino, dificilmente chegam a produzir uma obstrução. Os da metade distal, e o nosso caso, é mais deste segmento, são como já vimos esquiróticos, tomando em relação ao intestino a forma de um anel constritor, le-

vando pois a uma obstrução crônica, sub-aguda ou aguda.

O índice de malignidade de BRODERS e a classificação dos carcinomas do recto de DUKE, tem um valor mais prognóstico que clínico.

As metastases são mais frequentes nos canceres da parte baixa do cólon, e isto devido a maior presença de linfáticos. BOYD (13) classifica de especialmente lenta, ao nível do cólon proximal e parte alta do cólon distal, a propagação que se pode dar por via: a) direta; b) linfática e c) sanguínea.

Segundo ALLENDE (15) as metastases por contiguidade, se dão pela aderência do tumor a órgãos vizinhos. A disseminação peritoneal poderá ser, ou direta, ou por via linfática. E, pela via sanguínea, se estabelecem as metastases osseas e hepáticas. RAI-FORD (15) acha que as metastases osseas são raras, sendo os principais ossos passíveis de serem atingidos, os do craneo, as costelas e as vertebrae. A via linfática tem a maior importância na disseminação do cancer colônico.

Em relação á sintomatologia do cancer do grosso intestino, e especialmente do cólon transversal, chamamos a atenção para a declaração de RANKIN (3), que reproduzimos textualmente:

"There are no symptoms that one might designate as being distinctive of malignant disease of the large intestine."

Geralmente os sintomas se desenvolvem gradualmente, e se exteriorizam em sequência do estreitamento progressivo da luz intestinal, especialmente no que diz respeito ao cancer do cólon transversal.

Para GRUENFIELD (6) somente em 20% dos casos o tumor é palpavel antes dos sinais da obstrução intestinal se desenharem. Para este autor, a palavra aguda, em relação á obstrução intestinal, no decorrer do desenvolvimento do cancer do grosso intestino, quer significar o aparecimento subitito de uma emergência cirúrgica, na base de uma situação já largamente preexistente, muitas vezes.

Segundo GREGG (7) a obstrução por

cancer, ao longo do grosso intestino, assim se distribue, em alguns dos segmentos:

Transverso .....	5,6%
Sigmoide .....	7,4%
Fl. Hepática .....	7,4%
Cólon descendente .....	10 %
Fl. esplênica .....	24,8%

Strauss (8) é de opinião que num paciente, sem prévia intervenção abdominal, a causa mais comum de obstrução intestinal é um cancer anular do grosso intestino. Mas chama a atenção, que não existe parte do segmento intestinal, que tenha uma patologia mais complicada, e ao mesmo tempo uma sintomatologia mais escassa que o cólon.

MAINGOT (4) diz: "as an aphorism we may say that the diagnosis of the carcinoma of the colon is best made by a continual remembrance of its possibility".

Os angulos do cólon e as passagens estreitadas são as mais favoráveis localizações, ressalvada a predominância do segmento da sigmoide. Nestes pontos é que se dá a estase fisiologica do conteúdo intestinal.

A obstrução do cólon esquerdo é precoce e a mais comum. FELDMANN (12) afirma que a intusseção é uma complicação rara no cancer do grosso intestino, ao contrário que a obstrução por estreitamento é bem frequente.

BOCKUS (14) confirma a estatística já citada por GREGG, pois afirma que os tumores malignos da flexura esplênica produzem duas vezes mais obstáculos que as lesões dos outros segmentos.

Para Bockus a obstrução pelo cancer do cólon é usualmente crônica, se bem que reconheça que existem alguns casos onde é aguda. Mas quiçá seja somente um surto agudo.

BURNESS (3) verificou que a obstrução é seis vezes mais frequente no lado E que no lado D. A obstrução aguda é rara, como já vimos, e RANKIN, observou que nos seus casos a forma aguda correspondia a menos de 5% dos casos. Quando se a observa, ela é em tudo semelhante a do intestino delgado, com bloqueio total, atingindo até aos gazes; o paciente apresenta marcada distensão abdominal, hiperperistaltismo, antiperistaltismo, borborismo, vomitos, etc. —

No tipo crônico, o mais comum, a evolução é lenta e progressiva, e daí resulta uma diminuição da resistência individual com desidratação, caquexia e intoxicação progressiva. Tal estado de coisas, evolue às vezes, durante meses a fio, antes que o paciente se resolva procurar um médico.

Para HAGGARD (3), as obstruções, em relação ao grosso intestino, em 90% dos casos são de origem cancerígena. No câncer do cólon transverso, nos casos prolongados, poderá ser observada uma tendência de invasão do estômago, por contiguidade.

O diagnóstico de obstrução ao nível do grosso intestino, segundo a opinião de GRUENFIELD (6) poderá ser feito por:

- a) parada dos movimentos fecais ou dos gases, acompanhada de dôr;
- b) meteorismo extenso com possível distensão do cólon e cecum;
- c) ausência ou demora do "back-flow" no estômago;
- d) bloqueio no cólon, e
- e) resultado do exame radiológico.

O tumor anular ou em anel de guarda-napo não constitui um achado precoce de carcinoma do cólon, mas sim de uma lesão mais antiga e já bem estabelecida. Em nosso caso, havia uma lesão circular completa, mas o exame histo-patológico deu uma forma ainda muito jovem do tumor.

Em certos casos pode haver uma dilatação do intestino proximal ao tumor, o que pode condicionar e facilitar a invaginação de parte do segmento atingido ou do próprio tumor. Ao nível do cólon transverso, o tumor no geral é móvel e pode fixar-se por aderência ao estômago, por invasão prévia do epíplon gastro-colíco e conseqüente encarquilhamento do mesmo (retração). —

A anemia e a intoxicação séptica são mais frequentes nos casos de câncer do lado D do grosso intestino, visto que esta metade direita é a séde de tumores proliferantes, que protuzem na luz do intestino. A hemorragia é mais frequente no lado E, em conseqüência à consistência mais dura da fézes neste segmento do grosso intestino, do que decorre, no tráfego intestinal, trauma mais frequente sobre a superfície interna do tumor.

Em relação ao elemento dôr, JONES (9), nos casos de localização no cólon transverso e especialmente na metade E do mesmo, afirma ser a mesma referida à cicatriz umbilical ou abaixo dela com irradiação para a esquerda.

De um certo modo geral, quanto à sintomatologia, esta poderá ser resumida da seguinte maneira:

*Constipação progressiva*, em 40 a 80% dos casos, segundo a opinião de ROSSER.

*História pregressa de diarréia ocasional*, mais frequente nos casos de localização baixa, no reto-sigmoide.

*Sangue*, de cor viva ao preto, com muco, é característico do segmento distal. Para ROSSER aparece em 61% dos casos, para BROWNE em 58%.

*Tenesmo*, que é tanto mais frequente, quanto mais próximo se encontre a lesão do anus.

*Dôr*, é um sintoma, que na opinião de RANKIN não deve, sozinho, receber maior importância, ROSSER, por exemplo, só em 6% dos casos, conseguiu encontrar dôr localizada. Em 80% dos casos, o desconforto geral se estabeleceu antes da dôr se localizar definitivamente.

ALLENDE (15), como a maioria dos autores, estudou a sintomatologia do câncer do cólon, separadamente, conforme se trata do cólon D ou do cólon E. O câncer do lado E se manifesta por transtornos oclusivos ou sub-occlusivos. No geral somos chamados a atendê-los nos hospitais, com o quadro completo de obstrução intestinal. A constipação e a diarréia se alternam com períodos de melhora. Raramente o tumor é palpável através da parede abdominal, só acontecendo em alguns casos de localização baixa.

Entre os exames subsidiários, temos a citar, o exame digital, a sigmoidoscopia e especialmente o exame radiológico, o qual parece ser o responsável indireto pelo aumento da casuística, pois tem levado ao diagnóstico mais preciso desta lesão.

A radiologia é o meio mais acurado para

o exame do cólon acima do limite de alcance do sigmoidoscópio.

No estudo radiológico, o método de escolha é o *enema opaco*. Julga PILMORE (16) que é o método de contraste duplo não dá resultado adicional. O cancer do cólon aparece, como em todo o tracto digestivo, pela imagem lacunar. "It is a filling defect of the opaque filled lumen of the large bowel". (Pilmore).

O intestino distal ao tumor, tem a luz estreitada e ao nível do tumor não aparece o desenho da mucosa. Nos casos de obstrução completa, o segmento distal está dilatado e tem uma superfície deprimida na margem proximal da coluna de bário, produzida pelo segmento proximal protundido e cercado pelo distal contendo a mistura opaca (Pilmore).

Já vimos nos comentários que tecemos logo após a descrição do caso clínico, que nem sempre é assim e que como tudo neste mundo, também o exame radiológico pode falhar, reproduzindo uma imagem em tudo contrária ao que se conhece de classico ou mesmo adicional, a respeito de uma lesão. A radiografia reproduzida neste trabalho e tomada de nosso paciente, com contraste por enema opaco, apresenta o que de mais elaro e positivo se poderia desejar para um caso de invaginação intestinal e nada tem que denuncie um tumor maligno.

Para maior claresa, ALLENDE (15) divide os sinais radiológicos em indirectos e directos:

*Indirectos* — a dilatação acima da estenose; hiperexcitabilidade do intestino acima da lesão, mas que somente aparece nas estenoses muito adiantadas; evacuação incompleta.

*Directos* — detenção do bário, falta de enchimento, diminuição do calibre e rigidez das paredes intestinais.

FELDMANN (12) apresenta os dois sinais comuns, a imagem lacunar e a obstrução. Localmente a imagem pode ser de um anel circular, de uma couve flor e irregular. Entre outros sinais radiológicos apresenta a ausência de estrias da mucosa junto à lesão; ausência dos haustros, além dos já apontados por ALLENDE.

Quanto ao diagnóstico diferencial, RANKIN (3) enumera as seguintes afecções como passíveis de confusão diagnóstica com o cancer do grosso intestino: Tuberculose — diverticulose — colite ulcerosa crônica — polipose — actinomicose — granulomas — megacólon — tumores benignos e hemorroides. SHANKS (5) acrescenta ainda mais as seguintes possibilidades: abcesso apendicular — colonospasmo — concreções fecais.

De todas estas afecções, a tuberculose e a actinomicose são as que maiores dificuldades apresentam para o diagnóstico diferencial.

Em relação ao prognóstico, GREGG (7) é de opinião que a obstrução, no cancer do grosso intestino, leva a um agravo no prognóstico dessa afecção.

Para ALLENDE (15) o prognóstico depende das condições gerais e da idade do paciente; da extensão do processo, especialmente da possibilidade de existência de metastases e do tipo histológico do tumor.

Naturalmente aquí também, como em todo extenso terreno do cancer em geral o prognóstico depende do diagnóstico precoce. Compreende-se perfeita e facilmente que quanto antes fôr diagnosticado um cancer, no caso um blastoma maligno do grosso intestino, e quanto antes agirmos sobre o mesmo, tanto maiores são as probabilidades de êxito, pois o tumor sobre o qual agimos precocemente, ainda deve ter seu tamanho reduzido, ainda não se propagou por contato ou invasão direta, ou por metastases pelas vias linfáticas ou sanguíneas. A idade do paciente também influe no cálculo do prognóstico, e sendo o cancer do grosso intestino moléstia que afeta mais os indivíduos na segunda metade da vida, natural é depreender que a percentagem de cura ainda é relativamente baixa.

Nosso paciente, teve seu mal, descoberto indirectamente, num período de evolução recente (tipo histológico do tumor, falta aparente de metastases, de retração do epiploon) e era um individuo moço, logo dois elementos favoráveis de prognóstico.

A presença da obstrução intestinal ao nível da lesão maligna do cólon, é um fator

decisivo quanto ao tratamento, morbidade e mortalidade deste tipo de afecções.

WAGENSTEEN e outros (18) chamam a atenção, que a extenose do cólon forma um segmento fechado, entre a séde da obstrução colónica e a valvula ileo-cecal, e do aumento da pressão neste segmento, decorre o perigo de uma perfuração.

Para o primeiro autor, a obstrução, dobra a taxa de mortalidade destas lesões (19).

RANKIN (3) divide o grosso intestino em duas metades, não só para o estudo diagnóstico, como também sob ponto de vista terapêutico. A obstrução intestinal é a maior causa da indicação da descompressão acima da lesão, e RANKIN não aconselha maiores explorações, devido ao perigo das perfurações e consequente peritonite. Este autor considera a cecostomia uma ótima valvula de segurança temporaria, pois:

- a) permite limpar o cólon antes da ressecção;
- b) permite a anastomose ficar em completo repouso até a cicatrização completa;
- c) evita a dor do peristaltismo, exacerbado;
- d) evita os enemas antes de estar a anastomose completa (Whipple).

Sobre este assunto já nós alongamos em outra parte de nosso trabalho, especialmente em relação ao caso clínico que dá a base ao presente trabalho.

No entanto, CHEEVER (3) acha que a cecostomia por si só, não deriva toda a matéria fecal, e que leva a uma perda de líquido, semelhante a que se observa na ileostomia. Por isso advoga a colostomia. A drenagem prévia pode ser dispensada, si a obstrução não se estabelece (RANKIN). Quanto à exteriorização temporária do tumor (operações de Paul e Block), RANKIN lhe é contrário, pois declara que ela:

- a) impede uma melhor retirada dos linfáticos e mobilização do intestinal, sem que a corrente sanguínea seja sacrificada;
- b) leva a um edema prégangrenoso;
- c) facilita a transplantação das células tumorais ao ferimento operatório (7%).

Para o cólon transversal ALLENDE (15) indica a ressecção segmentaria com extirpação simultanea da zona linfatica correspondente e parte do grande epiploon si necessário. Em nosso caso, dado que não havia o menor sinal de comprometimento vizinho, não tomamos esta última medida, nós limitando a ressecar em cunha o meso e epiploon necessários para a retirada do segmento colónico condenado.

Quanto à ressecabilidade, BOCKUS (14) afirma que o cancer do cólon D é mais fácil de extirpação que o situado na metade esquerda do grosso intestino, e dentro destes ultimos, os da sigmoide são os que apresentam a mais baixa taxa de ressecabilidade.

Para BOCKUS, o problema da extirpação ser feita em um ou dois tempos, é ainda um assunto a discutir, que segundo elle depende mais do tipo da lesão e extensão da mesma, bem como do próprio cirurgião, isto é, da habilidade ou melhor da familiaridade que este tenha com este gênero da cirúrgia.

ILLINGWORTH (17) julga que a técnica que seguimos em nosso caso, isto é, ressecção da lesão e anastomose termino-terminal, não é isenta de perigo. Há segundo elle, a possibilidade da peritonite por drenagem ao nível da anastomose. Tal técnica ILLINGWORTH só a aconselha a cirurgiões habilitados, em casos especiais, onde previamente fora feita uma colostomia descompressora que permitisse limpar convenientemente o grosso intestino.

Em primeiro lugar, sempre que possível, na cirúrgia do cancer do grosso intestino, devemos colocar uma colostomia descompressora prévia. É uma grande garantia do êxito, principalmente no sentido de evitar complicações pós-operatórias. Em segundo lugar, a anastomose termino terminal, sendo feita sem que fique sob tensão, com três camadas de sutura, e sem sutura total ou transfixante, não oferece maior perigo que a termino-lateral. E finalmente os antibioticos, penicilina e sulfas (sulfasuxidine) são poderosos meios terapêuticos que nos permitem fazer face a uma complicação infecciosa pós-operatória.

MEYER (18) julga que vários elementos devem entrar em consideração para ser-

vir de base à proposição do tipo da intervenção:

- a — o local da lesão;
- b — a natureza desta lesão;
- c — se a lesão levou ou não a obstrução;
- d — si existe deficiência proteica associada;
- e — si existe anemia secundária;
- f — si existem outras moléstias concomitantes, e
- g — a experiência técnica do cirurgião.

Creio que serão elementos que permitirão avaliar o risco e indicar o tipo da intervenção. No entanto não desejamos deixar de insistir em que deveremos ser conservadores e que em cirurgia abdominal, logo também na do grosso intestino, a última palavra só poderá ser dada após abertura do ventre e perfeita exploração da lesão. Logo si pelo estado geral do paciente, a perfeita exploração da lesão pode comprometer desde o início o resultado do tratamento, a colostomia descompressora, a valvula, que nos vai permitir melhorar o estado geral do paciente, se impõe. E nos outros casos, onde a exploração é possível, ela também se impõe, pois permite uma melhor garantia do êxito da reseção e da anastomose posterior.

MEYER advoga para o cólon E a reseção primária com anastomose termino-terminal, sem colostomia, quando não existe obstrução, mas esta existindo, o que no lado E é a regra, a colostomia prévia é indispensável.

A colostomia é o método ideal para ser obtida a descompressão, da tensão intra-enterica, que se estabelece na obstrução intestinal pelo cancer do cólon. Colostomia pura e simples, sem maiores explorações, que somente levam a um aumento da mortalidade imediata. Colostomia transversa, sob anestesia local (MEYER).

Em face da valvula ileo-cecal fechada, principalmente pela pressão do "closed loop" — não encontra indicação o emprego da sonda de Miller Abbott.

WAGENSTEEN (19) diz textualmente: "Nowhere is better illustrated the importance of merely relieving the distension at the first

operation, than in surgery of malignancy of the large bowel.

A cecostomia não compete com a colostomia transversa ou ao nível do ângulo hepático.

FALLIS (19) assim se pronuncia sobre este mesmo assunto: "Despite the very definite trend toward one-stage operations for resection of the colon, there is still a definite field for multiple-stage operations. Obstruction of the colon, either acute or sub-acute, is a clear contra-indication to resection and primary anastomosis."

GREGG (7) e GREUNFIELD (6) são ambos da mesma opinião.

FALLIS usa como medida descompressora a colostomia transversa, que ao mesmo tempo leva à descompressão e à desfuncionalização. Entre 1936 e 1946, operou 78 casos com descompressão prévia, sem nenhuma morte.

Em relação à cirurgia do grosso intestino por cancer, nos permitimos reproduzir as sábias palavras de JENNING (20) — "In conclusion, it should be emphasized, that there is no standard procedure which will meet all conditions and that the surgeon should select the operation which best serves the patient's need rather than the one which he can do best".

RANKIN (3) no período de 1910/1920 na Mayo Clinic encontrou uma mortalidade de 12% para a reseção do cólon, e em 1929 a percentagem havia baixado para 7,67%. A mortalidade da reseção do cólon é a mais alta do tubo digestivo e aumenta quanto mais se afasta do céco.

A terapêutica do cancer do grosso intestino é eminentemente cirurgica e a radio e radium terapia, tem um campo auxiliar, secundário para evitar ou esterilizar metástases ou então paliativo, contra a dor nos casos inoperáveis.

Já nós referimos ao valor das sulfas neste tipo de afecção e neste tipo de cirurgia, e nos permitimos unicamente mais alguns pequenos comentários GARLOC e SEELEY (21) foram os primeiros a citar o valor profilático da sulfas na reseção do grosso intestino, apresentando resultados satisfatórios (1939). Em 1940, LOCKWOOD

e RAVDIN, em 22 casos de resecção, não tiveram peritonite, o que atribuíram ao emprego profilático da sulfá. No entanto estes autores entre as sulfas (tiazol, etc.) e a sulfaguanidina (suxidíne), preferem as primeiras pela ação sobre o peritônio. Em 59 ca-

sos operados, em 54 casos usou sulfá, com 2% de morte, mas nenhuma por peritonite

São indiscutivelmente um elemento de grande valor, mas não deveremos descurar dos outros pontos e da técnica cirurgica confiando neles.

NOTA: Nesta data (2-8-1947), isto é, um pouco mais de um ano após a alta de nosso serviço, tivemos notícia de que o paciente que deu origem á observação do trabalho acima, baixou á uma enfermaria de clínica médica da Santa Casa de Misericórdia desta Capital, com sintomatologia que nós faz pensar numa reprodução do tumor ou num processo aderencial retrativo que dificulta a circulação venosa de retôrno. O paciente será novamente encaminhado ao nosso serviço, para tratamento.

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

- 1 — BERGERET-CHAMPEAU — L'anus temporaire dans la chirurgie colo-rectale. Presse Médicale — 25/5/1946 — n.º 24 — pág. 335.
- 2 — GUERRA BLESSMANN — Novos horizontes anatomo-fisiológicos da circulação. Anais da F. de Medicina de Pôrto Alegre — F. I — Ano I — 1938.
- 3 — RANKIN, Fred W. & GRAHAM A. Stephens — Cancer of the Colon and Rectum. Bailliere, Tindall & Co, London — 1939
- 4 — WAKELEY, Cecil P. G. — Colon — in Post-graduated Surgery, ed. by R. Maingot — Section II, Vol. I — 1936.
- 5 — SHANKS, S. Cochrane — Alimentary tract, in Text-Book of X-Ray diagnosis by British authors ed. by S. C. Shanks — Vol. II — 1928 — London (Lewis).
- 6 — GREUNFIELD, G. E. — Acutely obstructing carcinoma of the colon. Surg. Clinics of N. America — October 1944.
- 7 — GREGG, Robert O. & DIXON, Claude F. — Operable malignant lesions of the colon producing obstruction. Surg. Clinics of North America — August 1941 — pág. 1143.
- 8 — STRAUSS, A. S. & others — The differential diagnosis of diseases of the colon. Surg. Clinics of N. America — February 1939 — pág. 203.
- 9 — JONES Chester M. — Digestive tract Pain, Macmillan — 1938 — USA.
- 10 — KARSNER, HOWARD T — Human Pathology, 6 th, ed. — 1943 — Lippincott — USA.
- 11 — PORTIS, Sidney A. — Diseases of the digestive system, 2 nd, ed. — 1944 — Lea & Febiger — USA.
- 12 — FELDMAN, Maurice — Clinical roentgenology of the digestive tract, 2'nd, ed. — 1945 — William & Wilkins.
- 13 — BOYD William — Surgical Pathology. — 5 th, ed. — 1943 — Saunders — USA.
- 14 — BOCKUS, Henry L. — Gastro-enterology — Vol. II, 1944 — Saunders — USA.
- 15 — ALLENDE, Juan M. — Cancer de Colon. — in Tratado de patologia digestiva, Vol. II (Patologia intestinal), de Carlos B. Udaondo e M. R. Castex, 1946 — Lopez Etchegoyen — B. Ayres.
- 16 — BUST, J. C. M. & CHILDS, Donald S. — Lesions of the colon, rectum, Anus and Appendix in Clinical Radiology, by George Utley Pilmore, Vol. I — 1946 — F. A. Davis — USA.
- 17 — HLLINGWORTH, C. F. W. — Textbook of Surgical Treatment — 2 nd, ed. — 1944 — Edinburgh, Livingstone ed. —
- 18 — MEYER, KARL A. & KOZOLL, DONALD J. — Primary resection of the colon with special reference to surgical diagnosis and management. Surg. Clinics of N. America — 1946 — pag. 176.
- 19 — WAGENSTEEN, Owen H. — Intestinal Obstruction — 2 nd, ed. — 1942 — C. C. Thomas — USA.
- 19a — FALLIS, L. S. — Transverse Colostomy. Surgery — V. 20 — n.º 2 — August 1946 — — pag. 249.
- 20 — JENNINGS, W. Kenneth — The colostomy and its management. Surg. Clinics of N. America — February 1941 — pag. 259.
- 21 — RAVDIN, S. S. & others — The results of sulfonamide prophylaxis in the surgery of the large bowel. Surg. Clinics of N. America — December 1942 — pag. 1585.