



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 25 • Junho 2013

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# GAZETA DOS HOSPITAIS DO PÔRTO

(Revista quinzenal de sciências médicas)

REDACTORES:

MAXIMIANO LEMOS  
DIAS DE ALMEIDA

SOUZA JÚNIOR  
PIRES DE LIMA

VII ANO

1913

PÔRTO

Tip. da «Enciclopédia Portuguesa»

RUA CÂNDIDO DOS REIS, 47 A 49

Facsimile do original. Cortesia da Biblioteca do Hospital de S. José.



# Trabalhos Originais

## *Oclusão intestinal post-operatoria* (1)

por JULIO FRANCHINI

Do estudo das precedentes observações, é natural e logico concluirmos que a enterostomia, praticada a tempo, tem uma influencia extremamente favoravel no tratamento da oclusão intestinal post-operatoria, e, em muitos casos, de per si só sufficiente para uma cura radical e completa. Nas observações I e II a remissão rapida de todos os symptomas, são a prova de que se tratava realmente d'uma oclusão intestinal, e o restabelecimento espontaneo do curso das materias fecaes mostra claramente a natureza do obstaculo, exclusivamente paralytico. Na observação III, a symptomatologia menos acentuada da oclusão póde deixar alguma duvida no diagnostico entre a oclusão paralytica e a peritonite de caracter benigno, com tendencia a resolução espontanea.

Em todo o caso não podem negar-se os resultados favoraveis da intervenção, embora esses resultados fossem menos acentuados que nas observações I e II.

Das observações citadas se concieue ainda que a enterotomia, praticada a tempo, é uma intervenção sem gravidade, que em rigor póde ser praticada com simples anesthesia local, muito bem suportada pela doente, e sufficiente quando o obstaculo, devido á simples paralytia intestinal, é destinado a desaparecer lentamente, á medida que se vão restabelecendo as condições physiologicas normaes do intestino, após um lapso de tempo, variavel entre 9 e 15 dias nas observações I e III. Nos casos menos favoraveis, quando a oclusão depender de obstaculos mecanicos, como nos estreitamentos devidos a alterações da parede intestinal, adherencias, etc., a enterostomia produzindo uma remissão nos symptomas mais graves da oclusão, permite esperar o momento oportuno, para que em melhores condições se possa realisar a laparotomia, destinada a uma intervenção radical.

Sem duvida o diagnostico é por vezes difficil entre a oclusão e a infecção peritoneal; todavia a rapidez no aparecimento dos symptomas, a hypothermia, a agitação extrema, a facies e sobretudo o peristaltismo exagerado e doloroso, permitem, em geral, um diagnostico differencial. Além d'isso, ainda mesmo nos casos duvidosos, a enteros-

(1) Conclusão. V. *Gaz. dos Hosp. do Pôrto*, 1913, pág. 87.



tonia impõe-se, porque é hoje um dos meios mais efficazes contra a infecção peritoneal, diminuindo a dilatação intestinal, e simultaneamente a transsudação das toxinas e das suas gravissimas consequencias. Em face dos casos que pude observar, e pela leitura das observações d'outros cirurgiões, não tenho a menor hesitação em considerar a enterostomia como a operação de escolha na oclusão intestinal post-operatoria.

Esta intervenção será algumas vezes uma operação aleatoria d'urgencia, mais tarde seguida d'uma intervenção radical; mas nem por isso deixará de ser o mais poderoso meio de salvação d'um doente, cujo estado gravissimo é absolutamente incompativel com o choque produzido por uma laparotomia extremamente demorada, e por vezes inutil, como teria sucedido nas observações citadas se a tivéssemos tentado, visto que a função intestinal em todas ellas se restabeleceu espontaneamente, no fim de alguns dias, sem intervenção d'especie alguma.

Os resultados favoraveis da enterostomia, na oclusão paralytica post-operatoria, podem egualmente observar-se nos casos de paralytia intestinal, independente de qualquer intervenção cirurgica ou operatoria. São a prova d'isso os dois casos que vamos relatar, dos quaes não temos os dados necessarios para uma observação completa, tendo-se passado na clinica particular, mas que temos bem presente na memoria, para confirmar a nossa opinião a tal respeito.

No primeiro caso tratava-se d'um doente vindo recentemente do Pará, com uma infecção blenorragica, da qual se encontrava em tratamento quando appareceram os primeiros symptomas da oclusão. Estes symptomas, que appareceram durante a noite, foram os seguintes: vomitos, alimentares primeiro e em seguida biliosos, dôres com algumas contracções peristalticas e constipação absoluta, que já sentia ha dois dias; pulso um pouco frequente, temperatura normal. Todos estes symptomas se mantiveram com exacerbações e remissões ligeiras, durante dez a doze dias, apezar da medicação empregada, desde os purgantes nos primeiros dias até á enteroclyse e clysteres electricos, sem resultado algum. Em seguida o facies, que até então se havia conservado regular, alterou-se profundamente, aparecendo o soluço, a agitação, a dyspnêa, a hypothermia e por ultimo o vomito fecaloide. Decidida a intervenção de urgencia, praticou-se a laparotomia e procurou-se a causa da oclusão desde a ansa ilio-cecal até ao duodeno, sem que nenhum obstaculo apparecesse; as ansas intestinaes distendidas, apresentavam na sua totalidade a côr vermelho-escura que se encontra nos casos de estrangulamentos herniarios, pouco intenosos e recentes.

Tratava-se evidentemente da oclusão paralytica por alteração peritoneal, provavelmente de origem gonococcica. Fechado o ventre, o doente falleceu dez horas aproximadamente após a intervenção. Era



a intervenção classica n'esse tempo, porque o facto deu-se ha 15 ou 16 annos.

No segundo caso, muito mais recente, seis annos approximadamente, tratava-se d'um rapaz de 23 a 25 annos, egualmente em tratamento d'uma infecção blenorragica. Symptomatologia quasi a mesma do caso precedente, talvez um pouco mais demorada. Tympanismo crescente e constipação absoluta, apesar de todos os meios empregados, e terminando pela alteração de facies, dyspnêa devida á compressão da diaphragma, e pelo soluço, com vomitos violentos embora não fecaloides. Em presença d'estes symptomas alarmantes foi resolvida a intervenção.

Nas primeiras horas não houve remissão sensivel, porque poucos gazes sahiram pela abertura intestinal, em seguida abundante emissão de gazes e liquidos, devida sem duvida á medicação purgativa dos primeiros dias.

As melhoras acentuaram-se progressivamente, ficando apenas uma paralyisia vesical rebelde, que persiste durante vinte e tantos dias, isto é, doze a quinze dias após o restabelecimento das funcções intestinaes, que teve logar oito dias depois da intervenção operatoria.

A fistula curou-se em pouco tempo, apenas com o emprego do thermocauterio. Ainda n'esse caso se tratava d'uma oclusão paralytica, muito provavelmente devida a uma infecção gonococcica da serosa peritoneal, e ainda n'este caso os effeitos beneficos da enterostomia se fizeram sentir d'uma maneira bem frisante, se os compararmos com os deploraveis resultados da laparotomia destinada a uma intervenção radical do caso precedentemente citado.

O caso que vamos relatar, e ao qual já tivemos occasião de nos referir no decurso d'este trabalho, é ainda mais interessante porque mostra claramente que em alguns casos, embora raros, a remoção d'um obstaculo mecanico incontestavel pôde deixar de ser seguida do restabelecimento immediato do curso das materias fecaes na ansa intestinal interessada.

Uma rapariga de 14 a 15 annos deu entrada no meu serviço, no Hospital de Santo Antonio, na occasião da visita, com os symptomas de oclusão intestinal d'uma gravidade extrema.

A doença tinha começado no dia anterior de manhã, quasi vinte e quatro horas antes da sua entrada no Hospital, por uma dôr intensa na fossa iliaca direita, acompanhada de estado syncopal e vomitos violentos. Duas ou tres picadas de morphina praticadas por um medico chamado de urgencia na occasião attenuaram um pouco os symptomas mais alarmantes e permittiram um relativo socego durante o resto do dia e uma parte da noite. De madrugada os soffrimentos aggravaram-se, e quando entrei na enfermaria o seu estado era gravissimo: dôr violenta na fossa iliaca, vomitos biliosos, pulso frequente e deprimido, temperatura a 36, ou pouco mais, olhos encovados e agi-



tação extrema; a pressão na fossa iliaca exacerbava a dor e os vômitos, ventre tympanizado na região infraumbilical. Diagnostico hesitante entre a oclusão intestinal e perfuração appendicular. Laparotomia imediata lateral direita sobre a sede da dor. A exploração da região appendicular mostrou a integridade do apendice e do cecum, e a existência d'uma ansa da parte terminal do intestino delgado, estrangulada por um diverticulo de Meckel, adherente á parede abdominal nas proximidades do orificio inguinal interno. A ansa estrangulada tinha uma extensão de 20 a 30 centímetros, e apresentava a cor vermelho-escura violacea dos estrangulamentos herniarios, com descamação do epithelio peritoneal. Feita a excisão do diverticulo, notou-se, após a applicação reiterada de compressas humidas e quentes e ligeiras massagens, que o segmento intestinal intermediario aos sulcos esbranquiçados, que marcavam a sede do estrangulamento, não se distendia sensivelmente nem modificava favoravelmente as suas condições circulatorias gravemente comprometidas: parecia que um obstaculo qualquer impedia a passagem dos gazes accumulados acima do obstaculo. Embora a cor caracteristica da folha morta não existisse ainda, fechamos o ventre com grandes receios de que não se restabelesse a vitalidade da parede intestinal, e de que a gangrena invadissem o segmento estrangulado. Prevenimos o pessoal da enfermaria n'esse sentido, e os nossos receios pareceram confirmar-se quando á noite recebemos informação de que o estado da doente nada tinha melhorado durante o dia, persistindo e aggravando-se mais para a tarde todos os symptomas observados antes da intervenção.

N'essa mesma noite a doente foi novamente operada. A operação foi extremamente simples: Cortaram-se dois pontos de sutura na parte media da incisão, a ansa intestinal dilatada acima da parte comprometida fez immediatamente saliencia entre os bordos da ferida e foi suturada a parede e aberta na extensão d'um centimetro aproximadamente; a intervenção foi realisada sem anesthesia, e muito bem suportada pela doente. Asahida de alguns gazes não alliviou immediatamente a doente, mas uma ou duas horas depois a sabida abundante de liquidos e gazes iniciou o desaparecimento dos principaes symptomas, sobretudo os vômitos e as dores.

Seis dias depois restabelecia-se o curso normal das fezes, e quinze ou vinte dias mais tarde a fistula fechava espontaneamente.

Poderia objectar-se n'este caso, que talvez sem a enterostomia os accidentes se teriam attenuado progressivamente; mas, além de que nada nos poderia garantir um semelhante resultado, seria um grave erro deixar passar a oportunidade d'uma intervenção, simples pelas suas consequencias, d'uma incontestavel utilidade realisada a tempo, e algumas horas mais tarde, talvez absolutamente inutil.

Terminaremos pelas conclusões seguintes que os factos apontados nos parecem confirmar:



1.º Que a enterostomia de urgencia é a intervenção preferivel nos casos de oclusão post-operatoria, quando não pôde precisar-se a natureza do obstaculo, e que a sua pesquisa exige uma intervenção incompativel com a gravidade do estado em que se encontra a doente.

2.º Que a mesma intervenção está indicada nos casos de occlusão independente de qualquer intervenção cirurgica, quando se realizarem as mesmas condições do caso precedente.

3.º Finalmente que a enterostomia deve seguir como intervenção complementar em todos os casos em que, tendo-se realizado a laparotomia destinada a uma intervenção radical, não foi possível encontrar o obstaculo ou que, tendo-se encontrado e removido, os accidentes graves da occlusão subsistam algumas horas após a intervenção.

## ***O cacodylato de soda***

por CASIMIRO DE VASCONCELLOS (de Vizeu).

Ha perto de 3 annos que eu tenho empregado o cacodylato de soda em injeccões hypodermicas em dóse muito superior á indicada nos formularios. As soluções que emprego habitualmente são de 20 a 30 por cento e as injeccões são dadas em series de 20, seguidas d'um repouso de 10 dias. Só depois que uso estas dóses é que tenho visto os bons effeitos do cacodylato de soda nas doenças em que elle está indicado.

Tenho passado muitas vezes esta dóse, mas em taes casos dou 2 injeccões de 2 a 3 decigrammas, uma de manhã e outra de tarde.

Tive um caso de syphilis terciaria, necrose quasi completa do osso frontal, em que elevei a dóse diaria a um gramma durante 20 dias. Este doente já tinha feito uso de 4 injeccões intra-venosas do «606», varias injeccões de bi-iodeto e benzoato e fortes dóses de iodeto, motivo porque eu experimentei o cacodylato em dóse crescente, e conservei o doente 20 dias na dóse diaria de 1 gramma dado por 3 vezes. As injeccões de soluções de cacodylato superior a 3 por cento são muito dolorosas. Nunca observei, em centenas de injeccões que tenho dado, signal algum de intoxicacão e o cheiro aliaceo apparece logo, quer com as pequenas quer com as grandes dóses.

Em resumo — o uso do cacodylato em injeccões hypodermicas, em dóse inferior a 20 a 30 centigrammas *pro die* produz effeitos insufficientes, e a dóse toxica não foi observada com um gramma dado diariamente e em injeccão hypodermica. O cheiro aliaceo observa-se qualquer que seja a dóse e a via de administração.



