



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 29 • Junho 2014

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

JORNAL

— DA —

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA

Propriedade da Sociedade

Publicado sob a direcção de: Prof. Francisco Gentil,  
Costa Santos, Foyo e Castro,  
Henrique Parreira e Ferreira de Mira

Composição e impressão na Imprensa Nacional

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO — RUA DO ALECRIM, 53, 2.º — LISBOA

Tômo LXXVIII

Janeiro a Julho de 1914

N.ºs 1 a 7

EXTRACÇÃO DE BALAS

POR

REINALDO DOS SANTOS

**Dois casos: uma no côndilo interno do fémur, outra atrás da veia cava**

*1.ª observação.*— A bala estava alojada no côndilo interno do fémur esquerdo dum homem de 30 anos e a sua localização exacta foi feita pelo nosso colega Dr. Foyo e Castro, pelo processo de Satchayé. O plano, a direcção e a profundidade a que ela se devia encontrar, tinham sido marcados com tal precisão, que eu decidi, para a tirar, seguir a seguinte técnica:

No ponto, e na direcção indicada pelo ilustre radiografista, cravei através da pele um prego de Steinman, servindo-me do seu instrumental especial para a *Nagel-extension*.

Cavado assim no osso um trajecto que devia ir directamente até a bala, retirei o prego, fiz uma pequena incisão das partes moles, e no orificio do côndilo, deixado pela punção, apliquei uma *fraise* de Doyen, primeiro pequena, depois de 10 milímetros de diâmetro, tunelizando o osso segundo o trajecto marcado pelo prego e na profundidade de 37 milímetros a partir da pele, que tinha sido a indicada pela localização.

Quando retirei a *fraise*, olhei pelo pequeno túnel e no fundo vi a bala.



Tive apenas que a colhêr com uma pinça de Kocher. Alguns *agrafes* na pele, sem ter de laquear nem drenar cousa alguma, e tudo estava terminado. Oito dias depois, união *per primam*.

Tal foi a técnica seguida, duma simplicidade e duma segurança tais, que me parece poder aconselhá-la e erigi-la em método para retirar corpos estranhos dos ossos.

Evidentemente, a base é a exacta localização, mas não vejo que maior precisão se possa exigir que aquela a que o nosso consócio Dr. Feyo e Castro há tanto tempo nos habituou.

2.<sup>a</sup> *observação*.— Quanto à segunda bala, a sua situação era mais curiosa e a sua extracção foi mais delicada.

É o caso dum doente de 20 anos que tinha recebido, havia cêrca de dois meses, um tiro de pistola automática no hemi-tórax esquerdo, três dedos acima do bordo costal, no 9.<sup>o</sup> espaço, na linha axilar anterior. Os sintomas imediatos foram pouco graves, à parte uma certa dispnea, sem ter tido hemoptises nem vômitos.

Pelo quarto dia, diarreia fétida, que durou quatro dias.

Recolheu ao hospital, onde melhorou um pouco, mas a bala, que não tinha saído, passou a ser mal tolerada. Dor abdominal acima e à esquerda do umbigo, com irradiação lombar, exagerando-se nos movimentos de flexão do tronco, não lhe permitindo andar.

A localização radiográfica, feita quando já estava em Santa Marta, para onde o doente entrou, mostrou a bala alojada cêrca de dois dedos adiante do corpo da primeira vértebra lombar, à direita da linha mediana, próximo do disco intervertebral dorso-lombar.

As relações com o estômago, estudadas depois de fazer ingerir a refeição de Rieder, indicavam que êste estava deslocado para a esquerda e o piloro para cima, que a bala estava por detrás e um pouco acima, dêste e do duodeno.

Como os sintomas de intelerância não cedessem, obrigando o doente a estar de cama, decidiu-se intervir, sob anestesia geral, com éter. Incisão transversal no quadrante superior direito, depois aumentada para cima na linha mediana até o apêndice xifoideo.

Aberto o ventre, a sua exploração é fácil em todos os pontos; e é ocasião de mais uma vez notar a extraordinária facilidade que dá a incisão transversal nas intervenções, sobretudo dos quadrantes superiores.



Ao nível do estômago e face inferior do figado, várias aderências.

Uma primeira exploração no sítio indicado pela radiografia não permite sentir a bala, mas a palpação da cabeça do pâncreas, *dura*, com os sinais duma *pancreatite crónica*, parece deixar perceber uma resistência especial, que poderá ser a bala, embora baixa de mais para a localização radiográfica. A sua punção, desbridamento e mesmo palpação bi-manual, depois de mobilizar o duodeno à Kocher, permitem verificar que a bala não está aí e que mais uma vez o pâncreas cronicamente inflamado se pôde apresentar *duro como ferro*, simulando, neste caso, ter na sua espessura o corpo estranho procurado.

Volta a servir-me de guia a 12.<sup>a</sup> costela, para bem marcar os corpos vertebraes, que mais seguramente servirão de referência.

A bala não se sente, mas concluo que só poderá estar por detrás da *veia cava inferior*, por dentro do polo superior do rim direito. Separei então com cuidado a *aorta* da *veia cava*, numa extensão de cerca de 4 centímetros; fiz afastar, ou antes, proteger a aorta por um afastador, descolei a face posterior da veia cava (mais larga que 4 centímetros) com o dedo, e contra o corpo vertebral senti o pilar direito do diafragma um pouco duro.

Teria a bala? Ainda não tinha a certeza, porque através das fibras musculares do pilar tornava-se difícil senti-la com nitidez. Desbridei o pilar com uma pinça de Kocher, até que, por fim, toquei na bala. Extraí-a com a mesma pinça, sem que da região tivesse havido a menor hemorragia. Era uma bala blindada.

Abandonei então a veia cava, descolada e desviada para a direita, deixando-a retomar a sua posição normal; passei dois pontos na cabeça do pâncreas por causa da hemorragia que o seu desbridamento tinha causado; suturei o peritoneu incisado sobre o bordo da segunda porção do duodeno por causa da anterior mobilização; e fechei finalmente o ventre em três planos, *sem drenagem*.

O doente não teve *shock*, a reacção peritoneal foi quasi nula, e ao 9.<sup>o</sup> dia suprimiram-se os pontos, tendo obtido uma união *per primam*.

Está curado e teve alta, tendo desaparecido as dores anteriores.

Esta observação pareceu-me interessante por várias razões.

Em primeiro lugar, a diarreia do quarto dia talvez tenha qualquer ligação com a pancreatite encontrada, sem que, todavia, esta



pancreatite se possa seguramente ter como uma consequência do tiro, apesar dos outros sinais de reacção inflamatória (aderências do fígado, estômago, etc.) encontradas à roda da região pilórica.

Em segundo lugar, a dureza já apontada da cabeça do pâncreas, que me fez julgar por alguns momentos que a bala estava aí alojada a despeito da localização radiográfica.

Em terceiro lugar, o trajecto e situação da bala, que deve ter atravessado o diafragma e seguido ao longo da sua cúpula para passar atrás da aorta e veia cava, adiante do corpo da primeira lombar e alojar-se no pilar direito do diafragma.

Situação e trajecto nada banais.

Em quarto e último lugar, a técnica seguida que, sendo simples e intuitiva como plano, exigiu todavia um certo cuidado na execução.

É provável que se não tenham extraído muitas balas desta região: não tanto porque seja difícil tirá-las, mas antes porque seja quasi milagroso pô-las lá.

Por isso a observação me pareceu suficientemente interessante para que merecesse a pena publicá-la.



