

N.º 9

N.º 468

OCCLUSÃO INTESTINAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Para ser defendida sob a presidencia

DO EX.^{MO} SNR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

POR

José Felicio Nunes Paes Coelho do Amaral



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

66—Rua da Fabrica—66

1880

26/9 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR. CONSELHEIRO, MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

SECRETARIO

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR. VICENTE URBINO DE FREITAS

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EXC.^{mos} SNRS.

1. ^a Cadeira—Anatomia descrip- tiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia . .	Antonio d'Azevedo Maia.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia exter- na e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medecina opera- toria	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira — Partos molestias das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia inter- na — Therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica .	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira — Anatomia patho- logica	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12. ^a Cadeira — Pathologia ge- ral, semeiologia e historia medica	Ilídio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Vaga

LENTES JUBILADOS

Secção medica.	{ Dr. José Pereira Reis. José d'Andrade Gramacho. João Xavier d'Oliveira Barros.
Secção cirurgica	{ Antonio Bernardino d'Almeida. Luiz Pereira da Fonseca. Conselheiro Manoel M. da Costa Leite.
Pharmacia	{ Vaga.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	{ Vicente Urbino de Freitas. Miguel Arthur da Costa Santos.
Secção cirurgica.	{ Augusto Henrique d'Almeida Brandão. Ricardo d'Almeida Jorge.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.	Candido Augusto Correia de Pinho.
---------------------------	-----------------------------------

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(REGULAMENTO DA ESCÓLA de 23 de abril de 1840, art. 155).

À MEMORIA

DE

MEU PAE

RECORDAÇÃO FILIAL.

A MINHA MÃE

homenagem à sua solicitude dedicada

A MEUS IRMÃOS



A MINHAS IRMÃS

AO EX.^{mo} SNR.

ALBINO ABRANCHES

Ao Ex.^{mo} Snr.

DR. MANUEL PAES DE FIGUEIREDO MORAES

Ao Ex.^{mo} Snr.

DR. JOSÉ CAETANO HENRIQUES DOS REIS

AOS MEUS CONDISCIPULOS

ALBERTO MAGNO DE CARVALHO

E

VICTOR DA CUNHA

AO SEU PRESIDENTE

. o *Ex.^{mo} Snr.*

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

Como prova de consideração
que lhe merecem a sua robusta intelligencia e nobreza de character

OFF.

José Felicio.

No complexo quadro da pathologia enterica destaca-se como uma das entidades mais palpitantes o typo morbido denominado — *occlusão intestinal*.

Por este termo, que Masson (1857) substituiu aos seus velhos synonymos de *ileus*, *passio-iliaca* e *colica de miserere*, designa-se a *suspensão do curso das materias fecaes no seu trajecto intestinal*.

A criação d'esta especie morbida é fundamentada pela physiologia pathologica e pela clinica. Os casos que se abrangem n'este capitulo da pathologia tem de facto uma formula pathogenica e uma formula symptomatica proprias.

A primeira consiste na coarctação da permeabilidade intestinal, mechanismo essencial de toda a occlusão.

A segunda consiste n'um apparatus symptomatico proprio onde se destacam d'um modo caracteristico, qua-

si fatal o vomito, a constipação, a ausencia de emissão de gaz pelo anus, o meteorismo, apyrexia e emfim para fechar o quadro, perversão na innervação pneumo-cardiaca, constituindo uma verdadeira sideração organica.

Termo e resumo de toda a pathologia do intestino, a occlusão intestinal offerece um campo vastissimo ao pathologista.

As suas variadas modalidades etiologicas dão ao diagnostico localista e pathogenico as mais rudes difficuldades. A urgencia da intervenção therapeutica imperiosamente exigida pela imminencia da morte, torna a occlusão intestinal um dos mais serios accidentes que reclamam a assistencia medica.

A therapeutica operatoria tem aqui progredido a largos passos. A cirurgia abdominal, magnifica acquisição da nossa epoca, tem achado perante a occlusão intestinal brilhantes applicações, graças á perfeição e ousadia dos actuaes processos operatorios e ao revolucionario methodo listeriano.

Limitar-nos-hemos a respigar n'este amplo terreno algumas das mais importantes noções.

CAUSAS E PATHOGENIA

É tão variada a etiologia da oclusão intestinal que a sua pathogenia é forçosamente complexa.

Jaccoud estuda o mechanismo da oclusão em face das suas causas que divide em extrinsecas, parietaes e cavitarias, conforme ellas actuam extra, na parede ou intra do intestino.

A natureza e não a causa do mechanismo é que deve ser o ponto de vista capital da pathogenia, e é em face d'este dado que é actualmente apresentada a da oclusão por Hutchinson, Luton, Bulteau, Laveran e Teissier.

As condições pathogenicas da oclusão podem reduzir-se ás cinco seguintes: *estreitamento*, *estrangulamento*, *volvulus*, *invaginação*, *obstrucção*.

1.º *Estreitamento*. O estreitamento do intestino póde dar-se, quer por compressão, quer por lesão orga-

nica ou funcional da parede intestinal. A *compressão* pode ser exercida de varios modos e tem particularmente a sua sede no baixo ventre. É assim que os tumores uterinos, os kystos do ovario, os hematoceles e phleimões periuterinos, a retroversão do utero, canchros ou kystos hydaticos do peritoneo podem determinar a occlusão; os deslocamentos do baço, do figado, do pancreas e dos rins, podem igualmente determiná-la. Affirma-se mesmo que uma ansa intestinal distendida pelas materias fecaes póde estreitar uma outra porção do intestino.

A parede intestinal póde ser a causa da occlusão quer por uma preversão myosica, quer por uma alteração hypertrophica.

As perturbações de contractibilidade intestinal desempenharam outr'ora um papel capital na pathogenia da occlusão de que seria o verdadeiro ponto de partida. Graças á anatomia pathologica decahiu consideravelmente de tal logar e ficou reduzido a um simples factor secundario.

Se esta é, porém, a ideia geral, não falta quem faça intervir como causa primaria em certos casos de occlusão, uma perturbação nos movimentos peristalticos do intestino.

Esta alteração seria para Henrot uma verdadeira paralysis do intestino, d'onde o nome de pseudo-estrangulamento paralytico. Bulteau mais logico a nosso vêr, admite em taes casos uma perturbação directa ou reflexa na esphera do sympathico abdominal, da qual resultaria não uma paralysis, mas sim maior intensidade das contracções intestinaes e inversão da sua direcção.

As lesões organicas da parede intestinal, determinadas do estreitamento, podem ser ou cicatriciaes resultantes de ulcerações tuberculosas, typhicas, catarraes ou syphiliticas, ou de hyperplasias variadas como tuberculos, cancro, polypos, etc.

2.º *Estrangulamento*. É o denominado *estrangulamento interno* para o distinguir do externo ou herniario que lhe serve de typo. Aqui como na hernia a ansa intestinal introduz-se n'um orificio onde se estrangula por um mechanismo sobre o qual tantas discussões se tem levantado, mas que hoje a maioria tende a explicar mechanicamente em face da experiencia de O' Beirne.

O orificio que exerce a constricção estranguladora póde ser normal ou anormal.

No primeiro caso temos uma verdadeira hernia intra-abdominal estrangulada que alguns como Gosselin consideram simplesmente hernias primitivamente exteriores reduzidas em massa.

Taes são a hernia do ligamento largo, a iliaca, a ante-vesical, a retro-peritonial, a diaphragmatica, etc.

Os orificios anormaes são constituidos ordinariamente por bridas peritoneaes antigas estendidas em forma de cordas d'um ponto do intestino a outro ou do intestino á parede abdominal, ao mesenterio, ao epiploon ou a alguma viscera. As adherencias epiploicas ou do appendice vermiforme podem igualmente determinar o estrangulamento.

3.º *Volvulus*. O volvulo consiste no enrolamento ou torsão do intestino, uma ou muitas vezes sobre si mesmo, com ou sem adherencias peritoneaes. É bastante raro, observando-se particularmente ao nivel do ceco

ou do S iliaco que melhor podem executar este movimento de rotação.

4.º *Invaginação*. A invaginação ou intussuscepção consiste na penetração d'um segmento intestinal n'outro, á maneira d'um dedo de luva cuja extremidade livre entrasse e fosse propelida para a base do cylindro digital (Jaccoud).

É o modo mais frequente da oclusão encontrando-se particularmente no intestino grosso. O sentido da penetração é em geral o das materias fecaes, invaginação descendente, raras vezes se faz debaixo para cima, invaginação retrograda.

O mechanismo da invaginação não é em todos os casos claro. Algumas vezes é um polypo que pelo seu peso arrasta mechanicamente o intestino como se vê nos polypos do recto. Ordinariamente explica-se a invaginação por duas ondulações peristalticas inversas caminhando uma ao encontro da outra até produzirem a penetração.

5.º *Obstrucção*. A obstrucção ou engasgamento é causada por materias estercoraes condensadas e endurecidas, ou por concreções intestinaes, ou por residuos indegeriveis de certos alimentos e particularmente de carôços de fructas.

A obturação cavitaria pôde ser produzida ainda por corpos extranhos ou por massas d'ascarides.

DIAGNOSTICO

Sob o ponto de vista do diagnóstico dividiremos a occlusão intestinal em *aguda e chronica*.

O diagnostico da occlusão intestinal chronica não offerece a maior parte das vezes grandes difficuldades. Para elucidar sufficientemente o clinico basta o facto da apparição lenta e successiva de todos os symptomas reveladores d'uma diminuição de calibre do intestino.

No caso em que sobrevenha um ataque d'occlusão intestinal aguda no decurso d'uma occlusão chronica, o interrogatorio do enfermo restabelecerá com a maior facilidade a ordem dos factos.

Não acontece o mesmo com a occlusão intestinal aguda, attendendo a que os signaes por que ella se manifesta são communs a outras doenças, especialmente á peritonite aguda por perforação. Digamos des-

de já que a exploração attenta dos anneis herniarios, sem exceptuar os mais insolitos (hernia obturadora por exemplo) e a exploração do recto, são de rigor, como bem observa Jaccoud, quando nos acharmos na presença d'um doente que apresente os symptomas de obstaculo ao curso das materias. Se este exame preciso der resultados negativos, passaremos então a examinar se é d'uma peritonite de que se tracta.

Aqui as difficuldades a vencer são de tal ordem, a similhança symptomatica entre a peritonite aguda e a occlusão é de tal modo completa que a confusão se torna quasi inevitavel mesmo para os mais abalisados clinicos. Vejamos todavia se é possivel, pelos menos em certos casos, conseguir estabelecer um diagnostico differencial.

Notemos em primeiro logar que na peritonite existe algumas vezes um calefrio inicial que não apparece na occlusão intestinal aguda. Não deixa, por conseguinte, de ter certa importancia, quando se lhe poder verificar a existencia; porque não é raro passar desapercibido, mascarado como é pela dôr intensa da peritonite.

A temperatura é absolutamente differente n'esta ultima doença e na occlusão intestinal aguda; é, portanto, susceptivel de elucidar singularmente o diagnostico na maior parte dos casos. E de facto, em quanto que na inflamação aguda do peritoneu a temperatura experimenta uma elevação consideravel que attinge os algarismos de 39 e 40 graus do thermometro centigrado, soffre pelo contrario um abaixamento notavel no primeiro periodo do estrangulamento interno, elevando-se apenas a partir do momento em que o

intestino se esphacela e uma complicação se declara.

N'esta ultima eventualidade comprehende-se claramente que o diagnostico torna-se quasi impossivel de fazer.

A distensão do ventre e a tympanite não adquirem, segundo Duplay, um desenvolvimento tão grande na peritonite como no estrangulamento interno verdadeiro. Além disso na peritonite occupam uniformemente todas as regiões do abdomen, o que não succede no estrangulamento em que ha deformação irregular das paredes d'aquella cavidade.

A dôr da peritonite, localisada a principio ao nivel da perforação generalisa-se rapidamente a todo o abdomen; na oclusão intestinal aguda conserva-se por mais tempo localisada, e embora se generalise, apresenta sempre o seu maximo d'intensidade no ponto em que primitivamente appareceu.

A constipação e a ausencia absoluta d'emissão de gazes pelo anus são constantes na oclusão intestinal aguda; na peritonite é raro que os doentes deixem de emittir alguns gazes pelo anus, e a constipação, longe de persistir até á morte, é substituida em certos casos pela diarrhea.

Finalmente os vomitos biliosos, esverdeados, que se encontram especialmente no começo d'uma peritonite, podem ter algum valor apenas no primeiro periodo da doença.

Taes são os elementos de que dispômos para fazer um diagnostico differencial entre a oclusão intestinal aguda e a peritonite aguda por perfuração. São, como se acaba de vêr, differentes, de maneira que, diz Du-

play, é só pelas cambiantes dos symptomas communs a ambas que, n'um ou n'outro caso, chegaremos a um resultado satisfatorio—pobre recurso na verdade!

*

* *

Mas não basta diagnosticar, uma oclusão intestinal; é necessario saber ainda qual seja a séde do obstaculo ao curso das materias—investigação importante sob o ponto de vista do tratamento em geral e do tratamento cirurgico em particular.

A fórma especial do ventre, a natureza e a frequencia dos vomitos, a presença d'um tumor na cavidade abdominal, a dôr local primitiva, as perturbações da secreção urinaria, o momento d'apparição e o grau d'intensidade dos phenomenos geraes — taes são os meios de que se pôde lançar mão para estabelecer o diagnostico. Appreciemos o mais rapidamente possivel o valor de cada um.

Se o volume do ventre se accentuar nas regiões epigastrica, umbilical e hypogastrica, como succede n'uma prenhez de seis mezes e meio a sete mezes, emquanto que os flancos e as duas fossas iliacas se conservam deprimidas e com a sua flexibilidade normal—poderemos concluir que o obstaculo reside no intestino delgado.

Se a distensão abdominal fôr exagerada, geral e uniforme—concluiremos que o obstaculo tem a sua séde no intestino grosso.

Convém todavia observar que o signal de que se trata só tem valor no comêço dos accidentes.

A importancia da presença d'um tumor abdominal pôde resumir-se no seguinte enunciado:

Quando em um doente que apresenta os symptomas d'occlusão intestinal se verificar pela palpação a existencia, quer d'uma tumefacção profunda, quer d'um tumor, quaesquer que sejam o seu volume e a sua forma, é muitissimo provavel que o obstaculo se localise no intestino grosso, porque, segundo se deprehen-de das estatisticas, são relativamente raros os tumores que residam no tracto do intestino delgado.

Demais: todo o tumor da fossa iliaca direita residirá no ceco; todo o tumor da fossa iliaca esquerda residirá no S iliaco; todo o tumor dos flancos residirá ao nivel dos colons ascendente e descendente.

A existencia precoce e a persistencia tenaz dos vomitos fecaloides, dizem Hinton e Annandale, revelam quasi sempre uma occlusão completa do intestino; mas não podem fornecer indicação alguma sobre a séde do estrangulamento.

Segundo a opinião de Sedgwick e John Gay que consideram a suppressão e a diminuição da ourina dependentes da influencia reflexa do sympathico abdominal e da paralysis da acção secretora dos rins—as perturbacões da secreção urinaria não podem indicar em caso algum a séde da occlusão.

Se os phenomenos geraes que formam, como se sabe, um conjuncto pathologico notavel, cuja expressão mais grave consiste na algidez, cyanose, pequenez de pulso, alteração da face, aphonia, suppressão das ourinas e por vezes producção de caimbras—apparecerem rapidamente e com grande intensidade—a occlusão occupará o intestino delgado. Terá, pelo contrario,

a sua séde no intestino grosso—se elles apparecerem mais tardiamente e com menor intensidade.

Por ultimo—a dôr sentida pelo doente, *no principio dos accidentes*, n'um ponto fixo do abdomen permittirá concluir que é ao nivel d'esse ponto que se localizou o obstaculo, pelo menos na maioria dos casos.

TRATAMENTO

No capítulo—diagnostico, não só procuramos reunir todos os elementos necessarios para se fazer um juizo seguro da séde e natureza da occlusão, mas esforçamo-nos tambem por pôr em relevo os principaes symptomas que devem dominar a questão da therapeutica a instituir. Este trabalho preliminar era indispensavel para se lançar mão d'este ou d'aquelle meio curativo conforme as indicações fornecidas pelo exame da phenomenalidade morbida, porque, sabem-n'o todos os clinicos, a medicação differe segundo o character particular que a doença é susceptivel de revestir. De maneira que tal medicação que, applicada em certos casos, produz resultados admiraveis, torna-se n'outros casos, não só inutil, mas até prejudicial. O tratamento da occlusão intestinal pôde dividir-se, como geralmente fazem todos os auctores que se occupam d'este

assumpto, em *medico* e *cirurgico*, comprehendendo o primeiro todos os agentes pharmacologicos, e o segundo todos os meios de que para este caso especial pôde dispôr a medicina operatoria.

O tratamento medico não exige dos clinicos conhecimentos especiaes; ao contrario do tratamento cirurgico que impõe ao pratico, que d'elle precisa soccorrer-se, a obrigação de conhecer perfeitamente os processos preconizados pela cirurgia, quer para debellar os accidentes da doença de que se trata, quer para remover a causa que a produziu.

Tratamento medico

Numerosos são os agentes therapeuticos empregados para combater a oclusão intestinal, limitar-nos-hemos porém a enumerar os principaes.

1.º *Os purgantes*. Estes agentes therapeuticos empregam-se todas as vezes que se tiver diagnosticado uma obstrucção intestinal produzida por a agglomeração de materias fecaes ou corpos estranhos.

Sendo a oclusão devida a uma retracção organica do intestino, consegue-se ás vezes uma evacuação e por consequencia a terminação dos accidentes por o emprego d'esta medicação.

Já não acontece o mesmo quando nos servimos dos purgantes para combater a oclusão, devida a estrangulamentos internos ou a invaginações, porque os efeitos são n'este caso desastrosos, e longe de debellarem a doença, provocam por o contrario a sua

exacerbação. Por aqui se vê que o clinico deve ter grande prudencia no emprego dos purgantes.

2.º *Injecções.* As injecções no recto por meio de sondas teem sido recommendadas nomeadamente na invaginação e no volvulo.

O modo d'applicação é variado; umas vezes injecta-se violentamente grande quantidade d'agua commum, outras vezes agua gazosa (agua de Seltz artificial). N'este ultimo caso presta grandes serviços o syphão ordinario com agua de Seltz. Casos ha em que consideraveis invaginações se teem reduzido por este processo. Ainda mais, este meio therapeutico tem debellado todos os accidentes d'occlusão nos casos de aperto organico com séde no recto.

A sonda deve introduzir-se com toda a cautela acima do logar em que reside o aperto. N'este caso uma injecção d'um purgante fraco produz immediatamente grande evacuação.

Generalizando — As injecções não aproveitarão se não nas occlusões com séde no intestino grosso; porque, com relação ao intestino delgado, a valvula de Bauhin põe obstaculo à passagem do liquido para o ileon.

A invaginação do intestino grosso e o volvulo do S iliaco são as duas variedades d'occlusão em que as injecções forçadas produzem melhor resultado. Devemos abster-nos d'injecções no caso d'estrangulamento d'intestino delgado; seria fatigar o doente sem proveito algum.

As sanguesugas, o gelo, o martello de Mayor, as insufflações d'ar por meio d'um folle teem sido muito preconisadas; parece-nos todavia que a sua efficacia só-

mente se fará sentir em casos puramente excepçionaes. O opio, a belladona, isolados ou associados teem todo o cabimento nos pseudo-estrangulamentos. Havendo obstaculo mechanico á sahida das fezes dever-se-ha empregar a belladona, pois que, excitando as contrações intestinaes, determina evacuações alvinas.

Ha grande inconveniencia no emprego de medicamentos logo no primeiro periodo d'occlusão, attendendo a que podem encobrir os symptomas capitaes da doença e roubar ao operador o precioso momento em que elle tinha que intervir.

Massagem abdominal. — Processo muito usado na Inglaterra; mas requer muita pericia o emprego de tal processo para que sejam satisfatorios os seus resultados. Os inglezes submettem os individuos, portadores d'èsta doença a uma atmospha de chloroformio para que, relaxando-se-lhe as paredes abdominaes, a malaxação seja mais perfeita.

Posição a dar ao doente. — A posição em que o paciente deve estar não é indifferente para a cura. Na posição horizontal as ansas não teem tendencia para a deslocação. Ora, sendo as mãos do cirurgião que faz a massagem os unicos agentes de redução, segue-se que não ha grande probabilidade d'exitto.

É preferivel a malaxação do ventre estando o corpo invertido. Ergue-se o doente pelos membros inferiores, ficando a cabeça em declive.

Começa-se por imprimir alguns abalos bruscos a todo o corpo; as ansas intestinaes deslocam-se violentamente, e em certos casos, se ha nó diverticular desapparece, e o mesmo succede quando uma ansa está introduzida n'um canal fibroso.

Este processo, que tem dado bons resultados na redução das hernias estranguladas, dal-o-ha tambem em alguns casos d'occlusão intestinal.

Imprimindo abalos bruscos a todo o corpo, começa-se por a massagem do ventre, guardando o paciente a posição declive ; muita prudencia e um curto espaço de tempo costumam ser recomendados.

Electrisação do intestino—A electrisação do intestino preconizada ha muito por Duchenne, deu-lhe resultados surprehendentes em casos desesperados d'invasão intestinal.

Duchene e Bucquoy serviram-se de correntes induzidas. Applicaram um dos polos sobre o ventre e o outro no recto, durante 10 minutos, tempo sufficiente para desaparecerem todos os obstaculos ao curso dos fêses.

Practica da electrisação do intestino — Pode esta fazer-se de muitas maneiras.

1.º Collocando os dois reophoros guarnecidos de uma esponja molhada sobre a parede abdominal, — *electrisação abdominal*.

2.º Collocando um polo sobre a parede abdominal e o outro á entrada do anus, — *electrisação ano-abdominal*.

3.º Collocando um polo sobre as apophyses espinhosas das vertebrae dorsaes e introduzindo o outro no recto a uma profundidade de 7 a 8 centimetros, — *electrisação recto-espinhal*.

O electrodo introduzido no intestino é constituido por uma bola de cobre com um cabo isolador de modo que não electrise senão as partes internas sem exercer acção sobre o anus e a porção inferior do recto innervada por os nervos espinaes.

4.º Collocando um polo no abdomen e outro no recto; é a *electrisação recto-abdominal*.

As correntes induzidas devem ser preferidas ás correntes continuas, por causa da acção chimica local que estas podem exercer. Sabemos que deixando actuar as correntes continuas nos pontos sujeitos por muito tempo, póde ella determinar pequenas escharas da mucosa; a gravidade de tal incidente dispensa-nos de considerações sobre este ponto:

Do emprego dos differentes processos d'electrisação podemos concluir:

A *electrisação abdominal* é sufficiente para acalmar as colicas de chumbo, mas provoca contrações dos musculos das paredes abdominaes; a sua acção sobre a fibra muscular do intestino é pouco accentuada. N'um individuo hysterico é sempre insufficiente, e nunca dá depressão completa do abdomen.

A *electrisação ano-abdominal* não é mais efficaz que a primeira; além de que ella determina uma sensação de calor, ou d'uma queimadura no anus.

A *electrisação recto-espal* é mais efficaz que as precedentes, mas provoca uma excitação inutil nos membros inferiores; e mesmo actuando sobre a medula póde influenciar desfavoravelmente a respiração e a circulação.

A *electrisação recto-abdominal* actuando directamente sobre o plexo solar e sobre as ramificações do plexo mesenterico, é, segundo nos parece, a mais efficaz; não é nem perigosa, nem penosa, o que se deduz das observações seguintes;

1.º Excitação da contractibilidade dos musculos

abdominaes, e em seguida á terminação da electrificação vem a resolução muscular.

2.º Excitação das contracções do intestino, manifestando-se por a diminuição do seu calibre, por movimentos visiveis atravez das paredes do abdomen e por os esforços da defecação.

3.º Desappareição instantanea dos gazes do intestino, sem que saiam nem por a bocca nem por o anus.

O abdomen distendido ao maximo pôde em meio minuto apresentar um abatimento tal que consente a exploração da pequena bacia. N'este caso o gaz não se desloca, mas sim reabsorve-se.

4.º Cessação da constipação.

5.º Muitas vezes desapparecem os phenomenos geraes do peritonismo.

Resumindo, a electrificação do intestino pôde ser abdominal, ano-abdominal, recto-espinal e recto-abdominal. Devemos dar a preferencia á ultima logo que queiramos actuar sobre a mucosa dos intestinos ; tem ella por fim excitar e resolver os musculos das paredes abdominaes e fazer desapparecer n'um curto espaço de tempo os gazes abdominaes; provoca tambem um abaixamento momentaneo do abdomen e grande quantidade de fezes.

Ao mesmo tempo que é um meio therapeutico, pôde tambem sel-o de diagnostico.

Nos casos d'occlusão, de paralyisia intestinal ou de peritonismo, deve ser empregada por a mesma razão que os purgantes.

A intervenção cirurgica nunca deverá ser tentada antes de recorrer ao emprego da electricidade.

Tractamento cirurgico

A intervenção cirurgica na occlusão intestinal offerece ao clinico preciosos recursos, quando o tractamento medico instituido não tiver dado resultado. Acontece, com effeito, muitas vezes que, depois de diagnosticada a doença, e depois de se haver lançado mão de todas as substancias pharmacologicas, cujo emprego n'estes casos é aconselhado por practicos distinctos, e justificado pelo estudo racional das propriedades physiologicas e therapeuticas d'essas substancias, a violencia dos symptomas permanece inalteravel, o estado geral do enfermo continua a inspirar os mais bem fundados receios, inutilisando-se assim todos os esforços do medico, esgotando-se d'este modo todos os meios de que a pharmacologia dispõe. N'esta hypothese, escusado é dizel-o, só o ferro poderá modificar favoravelmente a marcha da doença.

Todavia importa observar que nem sempre a intervenção cirurgica está indicada, quando mesmo o tractamento medico tenha sido impotente; o que equivale a dizer que o tractamento cirurgico está sujeito a contra-indicações, que não é permittido ignorar.

Assignalemos uma—a peritonite. A inflamação do peritoneu é uma das mais frequentes e ao mesmo tempo mais serias complicações, que podem sobrevir no decurso d'uma occlusão intestinal.

Portanto um dos primeiros cuidados do clinico, que tiver que appellar para uma intervenção cirurgica, será decidir se existe ou não uma peritonite.

Ora se é facil em alguns casos verificar-lhe a existencia, é muitas vezes difficil estabelecer um diagnostico seguro d'esta complicação, porque os symptomas que a caracterisam são mascarados pelos accidentes devidos á oclusão intestinal.

Convem, pois, que haja a maior cautela em determinar a temperatura organica, que constitue o signal unico e verdadeiramente significativo por onde seja possivel obter esclarecimentos positivos que elucidem o criterio a tal respeito.

Parece-nos inutil insistir sobre a necessidade e importancia d'esta determinação.

Notaremos apenas que sendo a oclusão uma doença apyretica, uma elevação de temperatura indicará com certeza o desenvolvimento d'uma complicação seria que, segundo todas as probabilidades, deverá ser uma peritonite. Resolvida esta primeira difficuldade, passar-se-ha ao exame do estado geral do enfermo, que, segundo fôr ou não satisfactorio, indicará ou contra-indicará a operação.

Suppondo que a intervenção cirurgica é reclamada pela gravidade do mal e pela ausencia de phenomenos morbidos, que formalmente a contra-indiquem, é indispensavel decidir a questão de oportunidade. Deverá essa intervenção ser rapida, ou não haverá inconveniente em contemporisar?

Se o cirurgião estiver em presença d'um caso d'occlusão intestinal agudo em que todos os meios pharmacologicos não tenham dado resultado, de maneira que a doença persista com a intensidade primitiva, deverá intervir rapidamente, sem hesitar um só momento.

Succede aqui o mesmo que nas hernias estranguladas, nas quaes, depois de feitas tentativas moderadas de taxis sem se conseguir conjurar os accidentes, a celotomia é coroada d'um exito completo quando é practicada sem demora. Se pelo contrario a oclusão intestinal fór chronica, o cirurgião não deverá apressar-se demasiado, exceptuando o caso em que a oclusão chronica fór devida a uma invaginação. Dada esta eventualidade, o cirurgião deverá abrir rapidamente a cavidade peritoneal e reduzir a invaginação para evitar a reunião das ansas invaginadas pelas adherencias do peritoneo e o esphacelo do intestino.

As operações a que recorremos para combater a oclusão intestinal podem considerar-se divididas em duas cathégorias distinctas. A primeira cathégoria abrange as operações que teem unicamente por fim conjurar os accidentes da doença sem procurar remover o obstaculo que a produziu; são a *enterotomia* que se pode effectuar por os processos de Littre e de Nélaton e a *celotomia*. A segunda comprehende as que visam a destruir o obstaculo.

Este grupo é constituido pela *gastrotomia* ou *laparotomia* que se pode realisar por processos variados

Façamos a exposição d'estas operações pela ordem porque as apresentamos, para proceder em seguida á apreciação do valor relativo de cada uma.

1.º Enterotomia pelo processo de Littre. — Este processo denominado de Littre por ser este cirurgião o primeiro que o imaginou e pôz em execução em 1710 n'um caso d'imperforação do recto, consiste essencialmente em abrir um anus artificial na fossa iliaca esquerda.

Para isto pratica-se uma incisão que, partindo da espinha iliaca anterior e superior, se prolongue paralelamente ao ligamento de Poupart'na extensão de 6 a 8 centímetros, dividindo successivamente a pelle, os musculos e o fascia transversalis. Aberto o peritoneo com todas as cautelas que a operação exige, tira-se para fóra uma ansa do S iliaco. Cumpre aqui observar que o S iliaco nos recém-nascidos nem sempre occupa a fossa d'este nome, sendo preciso n'este caso ir procural-o á direita, e que uma ansa do intestino delgado introduz-se algumas vezes pela ferida abdominal, podendo dar logar a um erro serio sobre tudo quando se acha dilatado e avermelhado por um trabalho inflammatorio. Para obviar a este ultimo inconveniente importa analysar-lhe cuidadosamente a superficie e reconhecer de que lado vem a resistencia que ella oppõe á tracção. Se não houver bosseladuras e faxas longitudinaes, e se a sua resistencia se fizer sentir do lado de mesenterio, a ansa pertence ao intestino delgado. No caso contrario achamo-nos em presença do intestino grosso.

Reconhecido, pois, o Siliaco, e fixando-o por meio d'um fio que abraça o mesocolon, practica-se uma incisão longitudinal cujos labios no fim de tres ou quatro dias contrahem adherencias com os da ferida exterior. Retira-se então o fio e a operação está terminada. Com o intuito de prevenir com mais segurança o derrame das materias fecaes preferem alguns reunir os bordos da ferida do intestino aos da ferida abdominal por pontos de sutura sem tocar no mesocolon.

2.º Enterotomia por o processo de Nélaton — Esta operação, que tem por séde a fossa iliaca direita,

visa como a que descrevemos a estabelecer um anus artificial na parte inferior do intestino delgado.

Fôra da arteria epigastrica e um pouco mais acima do ligamento de Fallopio practica-se uma incisão, parallelamente a este ligamento, de 7 centímetros de comprimento na parte superficial e de 4 apenas na sua parte profunda e que comprehende successivamente a pelle, o tecido cellular subcutaneo, os musculos grande e pequeno obliquo, o transverso e o fascia transversalis. Faz-se depois no peritoneo uma pequena abertura que é facil engrandecer com a sonda canula. Reconhecido o intestino que, extremamente dilatado pelos gazes e pelas materias fecaes, tende a fazer hernia atravez da ferida abdominal, começa-se por fixal-o com dois pontos de sutura situados nas duas extremidades d'esta ferida.

Em seguida, a uma igual distancia dos dois angulos da incisão perfura-se justamente no meio a ansa intestinal, assim immobilizada, por intermedio d'uma agulha curva munida do respectivo fio cujo trajecto se effectua atravez da parede do intestino de fôra para dentro, depois de dentro para fôra de maneira a perfurar um dos labios da ferida exterior para sahir na espessura d'este labio. Assim se fôrma um ponto de sutura que abrange uma parte do calibre do intestino e o rebordo perfurado da ferida abdominal.

Com uma segunda agulha, que se faz passar por o mesmo ponto que a primeira atravessou para perfurar o intestino de fôra para dentro, practica-se uma operação analoga para o labio opposto.

Por ultimo, entre duas series de pontos, distanciados de 5 millímetros pouco mais ou menos e obtidos

por o processo que acabamos de descrever, incide-se longitudinalmente o intestino na extensão de 2 centímetros, o maximo.

3.º Colotomia lombar por o processo d'Amussat.

Colocado o doente no decubito ventral, um pouco inclinado sobre o flanco direito, com o abdomen levantado por uma ou duas travesseiras, practica-se, dois dedos acima do osso iliaco, uma incisão transversal, de 5 a 6 centímetros de comprimento, que vá do bordo interno ou posterior da massa muscular commum até ao meio do bordo superior d'aquelle osso ou até á linha lateral do corpo.

Dividida transversalmente a pelle, o tecido cellullar, a aponevrose, e cortados crucialmente o grande e pequeno obliquos, o transverso, a aponevrose profunda e, se fôr preciso, o bordo externo do quadrado lombar, diseca-se com o auxilio da sonda canula e com a maior precaução o tecido gorduroso que envolve o rim.

Feito isto tracta-se de reconhecer o colon. A côr esverdeada que apresenta algumas vezes, mas nem sempre, a pressão com o dedo e a percussão servirão para o distinguir do rim. O conhecimento profundo da anatomia da região é o unico elemento a que se pode recorrer para o differenciar do intestino delgado, porque não existe a esta profundidade, signal que tire a duvida. Reconhecido o colon, tira-se para o exterior por meio de pinças ou d'uma ou duas ansas de fios, faz-se uma punção com um trocater. A sahida de gazes e de materias diluidas traz-nos a convicção de que não nos enganamos. Practica-se então com um bisturi herniario uma incisão crucial, esvasia-se o in-

testino com o auxilio d'injeções, e une-se a mucosa com a pelle por pontos de sutura.

4.º Gastrotomia ou Laparotomia — Esta operação consiste em abrir a cavidade peritonial com o fim de procurar e remover o obstaculo ao curso das materias.

Descreveremos os dois processos que se disputam a primasia — o processo do professor Parise de Lille no qual se faz a incisão da parede abdominal na fossa iliaca direita, e o processo, mais geralmente usado, no qual a incisão occupa a linha media como na ovariotomia.

A. — Gastrotomia por o processo de Parise — Fóra da arteria epigastrica practica-se uma incisão de 7 a 8 centimetros de comprido, ligeiramente obliqua com relação á arcada crural e um pouco acima d'este ligamento. Laqueados os vazos, abre-se a cavidade do peritoneo, introduz-se-lhe o dedo bem lavado e procura-se o ceco, que é facil d'encontrar. O seu estado de pressão ou de distensão indica immediatamente ao cirurgião que o estrangulamento tem a sua sede no intestino delgado ou no intestino grosso. No primeiro caso agarra-se o intestino delgado no ponto em que communica com o ceco, e vae-se percorrendo com os dedos de baixo para cima sem o fazer sahir da cavidade abdominal até se encontrar o obstaculo que se removerá segundo a sua fórma e variedade.

Supponhamos, porém, que por uma circumstancia qualquer não foi possivel ao cirurgião encontrar o estrangulamento, eventualidade que especialmente sobrevem quando um incidente interrompe a operação.

N'esta hypothese collocam-se no mesenterio dois

fios, um negro e o outro branco, distanciados de dois a tres centímetros. Sabendo-se qual dos dois fios corresponde ao ceco, póde-se sem inconveniente abandonar o intestino, porque é facil reconhecer o sentido em que devemos dirigir as nossas investigações, depois de debellado o incidente. Se apesar dos cuidados os mais minuciosos todas as tentativas para achar o obstaculo, forem inuteis, resta sempre o recurso da *enterotomia*.

Bastará então prender uma ansa distendida, a mais proxima do logar em que reside o estrangulamento, fixal-a á parede abdominal e abril-a, tomando todas as precauções necessarias para evitar um derrame de materias fecaes no peritoneo.

B — Gastrotomia na linha media.—Pratica-se uma incisão na linha media, abaixo do umbigo, que tenha pouco mais ou menos 15 centímetros de extensão.

Dissecados os tecidos lentamente, camada por camada, e laqueadas ou comprimidas entre os dentes d'uma pinça as arterias, á medida que se forem seccionando, abre-se a cavidade peritonial por meio da sonda canula. Feito isto, trata-se de procurar o ceco, ponto de referencia obrigado nas investigações d'esta natureza. Se o ceco e intestino grosso estiverem deprimidos, o obstaculo residirá no intestino delgado. Se estiverem dilatados, o obstaculo deverá então localisar-se n'um ponto qualquer do seu trajecto.

Na primeira supposição, o operador começará suas investigações a partir do ponto, em que o ileon desemboca no intestino grosso, até chegar á séde do obstaculo. Na segunda supposição examinará o colon ascendente, o colon transverso e o colon descendente até ao

recto. Este exame não poderá deixar de ser coroado d'êxito. Levantado o obstaculo, verifica-se o estado do intestino. Se estiver são ou apenas congestionado, o cirurgião poderá abandonal-o na cavidade peritonial, fechando a ferida abdominal com uma sutura encavilhada. Se estiver perfurado ou gangrenado, será preciso então fazer um anus artificial.

Para isto bastará fixar a porção do intestino doente á ferida exterior n'uma parte qualquer, mas da preferencia, na parte inferior, por intermedio de suturas, e perfural-o em seguida de maneira a permittir a saída livre dos gazes e das materias fecaes.

Alem dos processos operatorios que acabamos de descrever, outros existem que, por pouco empregados, apenas mencionaremos, sem descer a minudencias, para tornar o mais completo que fôr possível este capitulo da nossa dissertação.

Esses processos são: a *entoracentesa*, a *enterotomia rectal* do professor Henrot de Reims, a *gastrotomia n'um ponto qualquer do abdomen*, a *gastrotomia pelo processo de Dégine* e a *anastomose intestinal de Maisonneuve*. A *enterocentesa* proposta por Larguier des Bancelis consiste em fazer a punção do intestino com um trocater de 5 a 6 millimetros de diametro que se deixa fixado á parede abdominal por tiras de dyachylão até que se estabeleçam adherencias entre a ansa intestinal e essa parede. A *enteretomia rectal* de Henrot ensaiada apenas no cadaver, pôde applicar-se sómente nos casos d'aperto da parte superior do recto.

Consiste em estabelecer, por meio d'um trocater um trajecto, uma communicação entre o S iliaco distendido

por gases e materias fecaes e a extremidade inferior da ultima porção do intestino grosso.

A *gastrotomia* n'um ponto qualquer do abdomen só pôde ser empregada quando a séde do obstaculo se diagnosticou d'uma maneira precisa. Não tem pois regras fixas. A *gastrotomia* pelo processo de Degine reduz-se a dividir cada um dos planos musculares da região segundo a direcção das suas fibras.

A *anastomose intestinal* de Maisonneuve consiste como o proprio nome indica, na reunião de duas ansas do intestino, uma d'aquem, outra d'alem do obstaculo, previamente dispostas para que as respectivas cavidades possam livremente communicar. Esta operação pratica-se acima da arcada crural, na fossa iliaca direita.

Na appreciação que vamos fazer das principaes operações chirurgicas a que ordinariamente se recorre para obter a cura da occlusão intestinal, seguiremos a mesma disposição que adoptamos na descripção d'aquellas operações.

Examinemos em primeiro logar os resultados que é possivel obter da enteretomia.

Digamos desde já que a enterotomia não passa de uma operação palliativa que procura unicamente remediar os accidentes da occlusão sem remover a causa que a originou. Esta simples reflexão diminue já bastante a importancia que alguns auctores gratuitamente lhe tem dado. Que pôde ella com effeito contra um estrangulamento do intestino por nó diverticular ou por

uma brida epiploica? que resultado dará ella no caso de volvo ou de invaginação?

Póde, é verdade, alliviar o doente; mas conseguirá prevenir a perfuração ou a gangrena das paredes intestinaes que muitas vezes sobrevem em alguns dos casos apontados?

Mas se a enterotomia é em geral uma operação má na oclusão intestinal aguda, é susceptível pelo contrario de prestar serviços valiosos na oclusão chronica. É o que de facto se tem verificado nos apertos do intestino, na obstrucção d'este órgão por corpos estranhos, no engasgamento e nos pseudo-estrangulamentos. A razão d'isto é que nas circumstancias especificadas o calibre do intestino acha-se apenas diminuido, e portanto a formação d'um anus artificial, restabelecendo o curso das materias, fará rapidamente desaparecer todos os accidentes.

*

* *

A colotomia lomibar pelo processo d'Amussat é excellente em todas as oclusões do recto e do S iliaco, porque resulta das observações até hoje publicadas que o doente tem tantas mais probabilidades de cura quanto mais proximo da séde da oclusão se praticar o anus artificial.

*

* *

A enterotomia de Littre, que tem por fim estabelecer um anus artificial na fossa iliaca esquerda, ao ni-

vel do S iliaco, é uma boa operação que tem a vantagem de collocar adiante a abertura do intestino, mas que tem o inconveniente de expôr o enfermo aos accidentes da peritonite. Todavia se o S iliaco fôr a séde d'uma degenerescencia organica convem recorrer de preferencia á colotomia lombar.

Mas que havemos fazer quando, diagnosticada uma oclusão do intestino grosso, não tiver sido possivel determinar-lhe a séde? Devemos então praticar a enterotomia na fossa iliaca direita, porque a colotomia d'Amussat expôr-nos-hia a abrir o intestino abaixo do obstaculo.

Admittida, porém a necessidade da enterotomia, deveremos optar pelo processo de Nélaton ou pela enterotomia cecal? Parece-nos que por esta, porque, demonstrando a anatomia que a valvula de Bauhin não pôde ser forçada, por mais consideravel que seja o esforço empregado, segue-se que, a adoptar o processo de Nélaton, as materias fecaes accumuladas entre aquella valvula e o ponto do intestino grosso, séde do obstaculo, produziriam complicações a que o doente succumbiria fatalmente.

Qual dos dois processos de gastrotomia preferir,
dada a hypothese que esta operação esteja indicada?

Será indifferente abrir a cavidade peritoneal na fossa iliaca directa ou na linha media?

Sabe-se pelas estatisticas que a fossa iliaca direita

é a séde mais frequente da oclusão do intestino, e este facto constitue a razão dominante que levou o professor Parise a escolher esta região para ir procurar o obstaculo. Se a oclusão residir no intestino delgado concordamos em que é possível encontral-o e removel-o. Mas o mesmo acontecerá no caso d'elle ter a sua séde no intestino grosso?

Parece-nos completamente impossível que por uma abertura de 8 a 10 centímetros de comprimento, o cirurgião possa explorar toda a parte inferior do tubo digestivo, reconhecer, por exemplo, os limites d'uma invaginação ileo-cecal ou ileo-colica e sobretudo effectuar a redução.

Já as mesmas difficuldades não offerece a incisão na linha media desde o umbigo até ao pubis, porque a sua situação e extensão (15 centímetros pouco mais ou menos) permitem ao operador explorar mais facilmente toda a cavidade do peritoneo e remover o obstaculo ao curso das materias, qualquer que seja a sua séde.

Logo, o processo de Parise, excellente nos casos de oclusão do intestino delgado, deve ser absolutamente regeitado quando o obstaculo estiver localizado no intestino grosso. Identica resolução convem tomar no caso de ser impossível diagnosticar a séde da oclusão.

Aos que objectam que a incisão na linha media expõe mais os enfermos aos accidentes da peritonite, responderemos que os numerosos exitos que encontra a ovariectomia, demonstram, d'uma maneira peremptoria, que o peritoneu é menos sensivel á acção do ar do que a principio se suppunha.

Observaremos, como esclarecimento ultimo, que a gastrotomia tem tanto menores probabilidades d'exitto, quanto mais tardia fôr. É ao practico que cabe inutilisar, ou pelo menos attenuar este inconveniente.

A gastrotomia, como operação grave que é, deve ser executada com todas as precauções que a cirurgia moderna fornece. O methodo de Lister é absolutamente indispensavel. A estatistica mostra que os casos em que se abandonou a nuvem phenicada, foram fataes. Os accidentes peritoneaes, tam graves e mortaes, teem uma prophylaxia effizaz na nuvem phenicada.

*

*

*

Resumindo:

1.º Na oclusão intestinal aguda recorreremos à gastrotomia desde que os meios pharmacologicos ordinariamente empregados não tiverem dado resultado.

2.º Na oclusão intestinal chronica empregar-se-hão conforme os casos, a gastrotomia, a enterotomia e a colotomia lombar.

Praticar-se-ha a gastrotomia na invaginação intestinal chronica quando as insufflações d'ar, as injeções d'agua e a applicação da electricidade não tiverem promovido a redução do intestino.

A enterotomia cecal servirá em todos os casos de oclusão do intestino grosso, quando não tiver sido possivel diagnosticar a séde do obstaculo.

Dado o caso da oclusão ter a sua séde no trajecto de S iliaco e do recto, preferiremos a enterotomia de

Litré na fossa iliaca esquerda, ou melhor, a colotomia lombar d'Amussat.

Finalmente a enterotomia na fossa iliaca direita pelo processo de Nélaton deverá ter a primazia em todas as outras variedades de occlusão chronica.

FIM

P. OPOSIÇÕES

Anatomia. — O cáliculo biliar tem parede e epithelio proprio.

Physiologia. — Os músculos de Beissessen não exercem acção alguma no movimento do ar respirado.

Materia medica. — Os effectos therapeuticos dos medicamentos não são proporcionaes á dose.

Medicina operatoria. — As vantagens das resecções sobre as amputações são reaes.

Pathologia interna. — O rheumatismo e a gotta não dependem da mesma diathese.

Pathologia externa. — O estrangulamento das hernias é essencialmente mechanico.

Anatomia pathologica. — O carcinoma é de origem conjunctiva.

Pathologia geral. — Não ha hemorrhagia sem a variação vascular.

Partos. — O phorceps de Tarnier é preferido a qualquer outro.

Medicina legal. — Não ha signal certo do parto.

Approvada

Ricardo Jorge.

Póde imprimir-se

O CONSELHEIRO DIRECTOR

Costa Leite.