N. 6.

JOÃO AUGUSTO C. SAMPAIO MAIA

---

# INDICAÇÕES

DA

# LAPAROTOMIA

NA

## OCCLUSÃO INTESTINAL AGUDA

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PORTO
TYP. UNIVERSAL DE NOGUEIRA & CACERES
345—Rua do Almada—347

1883

35/6 E Mc

Forão dia 21 de Julho de 1883.

pelas 1 1/2 horas da tarde

Presidente - O Exm.o Snr.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

-

Os Exm.os Snrs. Drs.

Assistentes { Agostinho Antonio do Santo.
José Carlos Lopes.
Manoel Rodrigues da S.a Pinto
Manoel de Jesus A. Leitão.

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O ILL.mo E EX.mo SR. CONSELHEIRO, MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

SECRETARIO

O ILL.mo E EX.mo SR. RICARDO DE ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

| | Os Ill.mos e Ex.mos Srs.: |
|---|---|
| 1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva 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 externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5.ª Cadeira — Medicina operatoria | Pedro Augusto Dias. |
| 6.ª Cadeira — Partos, molestias das mulheres de partos e dos recem-nascidos | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7.ª Cadeira — Pathologia interna — Therapeutica interna | Antonio de Oliveira Monteiro. |
| 8.ª Cadeira — Clinica medicai | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 9.ª Cadeira — Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10.ª Cadeira — Anatomia pathologica | 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 geral, semeiologia e historia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Izidoro da Fonseca Moura. |

### LENTES JUBILADOS

| | |
|---|---|
| Secção medica | Dr. José Pereira Reis.<br>José de Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | João X. d'Oliveira Barros.<br>Antonio Bernardino de Almeida. |
| Professor de pharmacia | Conselheiro Manoel M. da Costa Leite.<br>Felix da Fonseca Moura. |

### LENTES SUBSTITUTOS

| | |
|---|---|
| Secção medica | Vicente Urbino de Freitas.<br>Antonio Placido da Costa. |
| Secção cirurgica | Augusto H. d'Almeida Brandão.<br>Ricardo de Almeida Jorge. |

### LENTE DEMONSTRADOR

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

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

(*Regulamento da Escóla* de 23 d'Abril de 1840, art. 155.º)

A MEUS PAES

E

A MEUS IRMÃOS

Á MEMORIA

DE

MINHA IRMÃ

AOS MEUS CONDISCIPULOS

*Augusto Antonio dos Santos Junior*
*Evaristo Gomes Saraiva*
*José Carneiro Peixoto*
*Frederico Ferreira Correia Vaz*
*Joaquim Ferreira de Souza Garcez.*

AO PROFESSOR

*Candido Augusto Corrêa de Pinho*

AO MEU PRESIDENTE

O EXC.mo SNR.

*Antonio d'Azevedo Maia*

CAPITULO I

# IDÉA GERAL DO ASSUMPTO

## Laparotomia em cirurgia abdominal

Não é intenção nossa seguir passo a passo os progressos da laparotomia, em todas as suas variadissimas applicações, desde a sua introducção em cirurgia até ao momento actual. Não o comporta um trabalho da natureza d'aquelle a que estamos procedendo. Demais, tendo nós principalmente em vista n'este capitulo dar uma rapida idéa do papel que semelhante operação desempenha no conjuncto dos processos que constituem actualmente a cirurgia abdominal, seria fóra de proposito seguir minuciosamente a sua evolução no completo dominio das indicações a que ella satisfaz como recurso legitimo de therapeutica. Em harmonia pois com o plano que temos traçado e com o titulo que demos a este trabalho vamos historiar a laparotomia unicamente como elemento therapeutico da occlusão intestinal, assignalando depois rapidamente o seu vastissimo dominio.

Coéva da antiguidade a practica da laparotomia perde-se na noite dos tempos.

A darmos credito a Celius Aurelianus, a idéa d'esta operação para remediar a occlusão intestinal parece remontar a Praxagoras.

Trezentos annos depois Leonidas (d'Alexandria), apesar da sua ignorancia relativamente á natureza intima do mal, abria a cavidade abdominal para procurar o nó que suppunha existir sobre o intestino, levando a sua ousadia a romper as paredes d'este orgão para expellir o conteúdo.

Póde duvidar-se do bom resultado d'estas temerarias emprezas, quando se pensa nas erroneas noções de pathogenia que os antigos possuiam; não é menos certo porém que estes factos e o de Eristrato, que tentava combater as affecções do figado pela applicação topica de medicamentos depois de descoberto o orgão, são garantia segura do não demasiado receio que tinham os pathologistas de recorrer a uma operação que ha vinte seculos de distancia devia surprehender os seus successores.

Desde esta época até ao seculo XVII nenhuma tentativa cirurgica foi dirigida contra a occlusão intestinal, posto que a practica das autopsias, iniciada no seculo XVI, tivesse lançado alguma luz sobre as obscuras questões da pathogenia.

N'esta época apparece a primeira indicação positiva da laparotomia, nos casos de iléus rebelde, formulada por Paul Barbette: «*An non praestaret, facta dissectione musculorum et peritonaei, digitis susceptum intesti-*

*num extrahere, quam certe morti ægrum committere?*»

Muitos medicos de subido merecimento, entre os quaes avultam os nomes de Hoffmann e Felix Plater, consideravam, é certo, a operação como muito practicavel; mas a incerteza da causa dos accidentes, as difficuldades do diagnostico, eram poderosissimas razões para deter a mão dos que não levavam tão longe o seu atrevimento.

Aqui encontramos ainda a mesma audacia e, força é confessal-o, a mesma ignorancia das causas da obstrucção que na antiguidade.

Mas que outro meio de intervenção? Como ficar na inacção, quando uma morte inevitavel esperava o doente? Foi sem duvida d'esta maneira, que raciocinou o cirurgião desconhecido de que nos falla Bonnet, que operou a baroneza de Lanti, e a quem devemos mais um facto bem averiguado de laparotomia, practicada com successo.

Por este tempo Florians Mathis propunha e practicava com exito a laparotomia para a extracção de corpos estranhos do estomago e pouco tempo depois Pigray descrevia uma nova operação para reduzir as hernias inguinaes ou cruraes que tivessem resistido á taxis.

Consistia esta operação n'uma abertura do abdomen, pela qual se effectuava a tracção do intestino com o fim de o reconduzir á sua séde primitiva.

Os resultados favoraveis d'estas tentativas, a importancia que os cirurgiões então ligavam á cirurgia abdominal, concedendo-lhe um lugar importante ao lado do

trépano e da paracentese do peito, contribuiram sobremaneira para o progresso da intervenção cirurgica na obstrucção intestinal, mas a questão apenas lentamente ia tomando um caracter scientifico.

E' certo que Hévin nas suas duas memorias sobre a laparotomia, para a extracção de corpos estranhos do estomago, e para remediar a occlusão, procurava tiral-a do abandono, não só adduzindo factos, que constituiam verdadeiros argumentos, mas pronunciando-se decididamente por esta operação nos casos de estrangulamento por bridas.

A laparotomia entretanto, devia experimentar a discussão do primeiro corpo medico francez e assim vêmol-a formalmente rejeitada pela Academia de cirurgia que a considera quasi impracticavel.

A partir de Hévin começa um periodo novo em que os pathologistas, preoccupados com a idéa de dar uma solução mais favoravel a este ponto da práctica cirurgica, desprezam a laparotomia, como pouco racional, pois que poderia ficar inutil e expôr á peritonite e encontram na abertura d'um caminho artificial para a rejeição das materias um meio mais facil e seguro de triumphar do obstaculo. E' assim que todo o estudo d'este ponto no fim do seculo XVIII, e na primeira metade do actual se dirigiu a este fim.

A laparotomia cedeu pois por um momento o seu lugar á enterotomia.

A idéa d'esta operação pertence a Littré, que, em 1710, indicou vagamente a possibilidade de criar um anus artificial n'uma criança, cujo recto estava obliterado.

Em 1757, Louis, que occupava um lugar importante entre os adversarios da laparotomia, pronunciou-se pela enterotomia em presença d'uma obstrucção persistente, depois da operação da hernia estrangulada.

Estes dados porém, não tinham ainda recebido a sua confirmação práctica, quando Renault, em 1772, realizou com exito a operação de Louis. Tratava-se d'um doente que soffria d'uma hernia inguinal, terminada por gangrena e anus contra natura; o anus desappareceu no fim de algum tempo, mas formou-se ao seu nivel um infarte que interrompeu o curso das materias, provocando o apparecimento dos symptomas ordinarios da obstrucção intestinal.

Renault fez desapparecer os accidentes, abrindo directamente o intestino ao nivel da parte saliente, e esta intervenção que, de resto, não exigia um grande esforço intellectual, foi tão enthusiasticamente acolhida que grangeou ao operador a grande medalha d'ouro conferida pela Academia.

Este facto veio dar o golpe de mercê á laparotomia, e póde dizer-se que desde então ella ficou relegada n'um plano secundario, deixando um vastissimo campo das suas indicações completamente entregue á enterotomia, que d'esta fórma se foi arreigando na práctica, graças á confiança que inspirava em concorrencia com um outro methodo therapeutico, que, sobre ser d'uma realização difficil, se achava rodeado de terrores e obscuridades espessas de mais, para lhe permittirem um ingresso radioso e triumphante na práctica cirurgica.

Assim foi que pouco tempo depois (1776) Pillore de

Rouen practicava pela primeira vez, a distancia da séde do obstaculo e guiado por dados absolutamente scientificos, a operação do anus artificial, motivada por um cancro do recto.

Perfeitamente concebida e habilmente executada, o successo não veio todavia coroar os esforços do eminente operador, mas os resultados obtidos por A. Dubois (1783), Duret (1793), Dasault (1794), Dumas (1797), e outros justificaram plenamente a intervenção de Pillore.

Tal era o estado da laparotomia no fim do seculo XVIII.

Desde esta época até quasi ao meiado do seculo XIX a formação d'um anus artificial foi quasi universalmente acceita como o unico tratamento racional da occlusão. A enterotomia, operação facil, inoffensiva, sempre segura, contrastava singularmente com a laparotomia, operação grave, cheia de perigos e incertezas, que a menor reflexão deveria fazer rejeitar absolutamente. Por outro lado, ao passo que Dupuytren, a mais alta personalidade cirurgica da época, que fez durante vinte annos a admiração do mundo, era obrigado a abandonar o doente a quem abrira o ventre para reconhecer a causa d'um estrangulamento, o processo de Callisen era objecto d'um estudo profundo por parte de Amussat, de quem mais tarde tomou o nome, e Maisonneuve consagrava todos os seus cuidados á enterotomia no intestino delgado.

Com estes dados encontravam sem duvida os cirurgiões um meio facil e conveniente de remediar os ac-

cidentes d'este genero. Assim durante um longo periodo a occlusão intestinal comportava um unico tratamento cirurgico: assegurar por meio d'um anus artificial a livre sahida das materias fecaes.

Mas a laparotomia não se compadecia com uma tal restricção nos seus dominios, e devia brevemente triumphar d'uma tão mal cabida proscripção.

Fortemente defendida em Inglaterra (1846), é tentada em França por Depaul (1859) e Lorquet (1860); e, não obstante uma nova rejeição da Academia de medicina, e a pouco acalorada discussão que uma communicação de Bauvier suscitou na Sociedade de cirurgia, o anathema tendia a dissipar-se.

N'este momento começava, effectivamente, um periodo verdadeiramente scientifico do tratamento cirurgico da occlusão intestinal. Os pathologistas, incitados pelos bellos trabalhos de Parise, Besnier e Duchaussoy, dedicaram-se ao estudo da sua anatomia pathologica, e o conhecimento perfeito da multiplicidade das lesões productoras d'esta doença e de sua natureza indiciava o procedimento do clinico, apontando-lhe a laparotomia como o recurso mais radical em presença d'um certo numero de casos.

E' certo, porém, que as difficuldades não estavam todas vencidas. Duas grandes questões, insoluveis para o tempo, absorviam ainda o espirito dos pathologistas, coagindo-os a hesitar na linha de conducta que tinham theoricamente traçado. Como affrontar os perigos da abertura da cavidade abdominal? Quem ousaria afiançar sempre um diagnostico positivo? A laparotomia para

remediar as lesões dos orgãos profundos, ainda que timidamente practicada, encontrava sem duvida um argumento excellente: era o unico recurso cirurgico que o clinico tinha á sua disposição e era legitimo o arrojo, quando repousava no ardente desejo de prolongar uma existencia.

Entretanto o impulso tinha sido francamente dado e a reacção não tardou a operar-se.

Ao periodo contemporaneo estava, effectivamente, destinada a missão de apropriar com certo fundamento as palavras que Boyer havia escripto, ha cincoenta annos, no prefacio do seu livro: *que la cirurgie de son temps etait arrivée au plus haut dégré de perfection dont elle paraissait susceptible.* (1)

Com effeito, emquanto por um lado as ovariotomias repetidas mostravam aos cirurgiões que eram exagerados os receios de abrir a cavidade peritoneal, abalando nos seus fundamentos o principal argumento dos adversarios da laparotomia, a descoberta do methodo antiseptico, a mais gloriosa conquista do espirito cirurgico moderno, veio fazer desapparecer as ultimas hesitações.

Graças á *nuvem phenicada,* a objecção tirada das difficuldades do diagnostico perdeu quasi toda a importancia. O erro, para muitos cirurgiões, é de leve consequencia, faz-se uma incisão exploradora que nunca dará logar a arrependimentos. A laparotomia contra a obs-

---

(1) Revue Scientifique — Fevrier 1881.

trucção intestinal aguda faz-se, pois, actualmente sem escrupulo, erigindo-se mesmo em principio recorrer á abertura do ventre, logo que os primeiros meios medicos sejam impotentes, ainda na ausencia d'um diagnostico pathogenico.

Tal é o favor, aliás merecido, de que goza esta operação como elemento therapeutico da occlusão intestinal.

Mas não é unicamente contra as affecções d'este grupo que hodiernamente se recorre á abertura do abdomen. Convencidos os pathologistas da quasi absoluta innocuidade das feridas do peritoneo, tomadas as precauções do methodo antiseptico, dilataram consideravelmente os dominios d'esta operação e os successos obtidos teem plenamente justificado a sua arrojada intervenção.

As doenças cirurgicas do utero, dos ovarios, do epiploon, do mesenterio, da bexiga, dos rins, do baço, do figado e do estomago, encontraram na laparotomia antiseptica a sua therapeutica radical, graças ao numero e actividade dos operadores hodiernos.

Hoje, diz Garnier, (1) abre-se quasi tão facilmente o ventre como outr'ora um abcesso; e não são exageradas as palavras do illustrado escriptor, quando se confrontam com a realidade.

---

(1) Dicc. annuel des sciences et institutions médicales, 1881.

E' assim que se practica a ablação do utero, dos ovarios, do baço, dos rins, não só quando doentes, mas simplesmente deslocados; emquanto que estes excisam uma parte do estomago, uma porção do intestino, um fragmento da bexiga, aquelles preconizam a laparotomia, como methodo geral, contra a gravidez extra-uterina, os kystos hydaticos do figado e os abcessos intra-pelvicos. Em resumo, diz Petit, [1] pondo de parte as affecções cancerosas, ás quaes a proposição não é inteiramente applicavel, póde dizer-se que hoje, graças ao emprego do methodo antiseptico, a certas precauções para evitar uma grande perda de sangue, *á toilette* minuciosa do peritoneo, ao penso de Lister com ou sem dragagem abdominal, não ha affecção abdominal que não possa ser tratada pela laparotomia e que não tenha probabilidades de cura.

O que deixamos escripto dá, crêmos nós, uma idéa approximada do vasto dominio da operação, que escolhemos para assumpto do nosso trabalho. Não caberia nos acanhados limites d'uma *dissertação inaugural* deduzir circumstanciadamente todas as suas multiplicadas indicações; ha, porém, um grupo de lesões com uma certa solidariedade clinica, em cuja therapeutica a laparotomia veio introduzir preciosos elementos de solução: é o grupo designado sob a epigraphe —*occlusão intestinal.*

---

(1) **Dicc. des sciences médicales, art. gastrotomie.**

Será para este grupo que faremos convergir a nossa attenção.

Tocaremos muito de leve na anatomia pathologica e mesmo na symptomatologia da occlusão intestinal; seria inutil protrahir um trabalho, que por sua natureza tem de ser limitado, á custa de elementos inteiramente conhecidos e ao abrigo de toda a discussão.

Porcuraremos dar mais desenvolvimento ao estudo do diagnostico, pelo qual proseguiremos no capitulo seguinte.

---

CAPITULO II

## DIAGNOSTICO

Posto que a expressão generica—*occlusão intestinal*—comprehenda todos os casos em que as materias fecaes são embaraçadas no seu trajecto intestinal, a séde do obstaculo, no interior da cavidade abdominal, ou ao nivel dos anneis herniarios accessiveis ao cirurgião, serviu de base e unico caracter distinctivo a uma importante divisão clinica:—*occlusão d'ordem medica e occlusão d'ordem cirurgica*.

Por occlusão d'ordem medica, unica que nos occupa, dever-se-ha, pois, entender toda a modificação do calibre do intestino sufficiente para embaraçar o curso nor-

mal das materias fecaes no interior da cavidade abdominal.

Realizada esta affecção por condições pathogenicas variadissimas, a sua symptomatologia reveste no entretanto, sob o ponto de vista clinico, duas fórmas principaes: *aguda e chronica*. Na primeira os accidentes apparecem subitamente, muitas vezes no meio d'uma saude perfeita; a doença offerece desde logo um caracter de gravidade extrema, tem uma marcha evolutiva rapida e exige uma intervenção prompta e efficaz. Na segunda a doença tem uma evolução lenta, os symptomas caracteristicos manifestam-se n'um periodo mais ou menos avançado ou, quando iniciaes, não apresentam immediatamente a mesma intensidade e o mesmo caracter de gravidade.

D'estas duas fórmas clinicas, extremamente importantes sob o ponto de vista do processo cirurgico a seguir, é a primeira que vae occupar-nos, pois que é a ella tambem que a laparotomia, ainda que operação preparatoria, offerece inilludivelmente uma therapeutica radical.

O diagnostico da fórma aguda da occlusão está por vezes envolvido de difficuldades muito sérias de que dão testemunho os erros commettidos por pathologistas eminentes. Não é que o erro seja muito grave, sob o ponto de vista que nos occupa, attentas as condições desesperadas do doente; mas ao operador honesto e consciencioso ficará, no meio da sua dedicada sollicitude, o pesar de não ter previsto até que ponto poderia ter poupado uma operação que, ainda quando não

seja desfavoravel, é pelo menos inutil. Não será pois superfluo este capitulo unicamente consagrado á apreciação dos elementos que, em casos d'esta ordem, deverão elucidar o clinico sobre o problema a resolver.

Para que n'este grupo de affecções o diagnostico seja completo, não basta ter precisado o logar que no quadro nosologico occupa a doença; torna-se ainda necessario conhecer qual a parte modificada do canal intestinal e a maneira por que o está. Em harmonia com estas considerações e procurando, tanto quanto possivel, satisfazer a uma condição exigida n'um trabalho d'esta ordem—o methodo na exposição, vamos entrar no assumpto referindo-nos um pouco detidamente a esta triplice questão.

*

* *

Em presença d'um syndroma clinico como o da *occlusão intestinal aguda,* que tem por elementos fundamentaes — dôres, vomitos, interrupção do curso das materias fecaes e meteorismo — todos os cuidados deverão ser immediatamente dirigidos á exploração do recto e ao exame das diversas regiões que podem ser a séde d'uma hernia intestinal. Esta indagação, sobre a qual se passa geralmente depressa, é realmente das mais delicadas e reclama toda a attenção por duas razões: primeiramente, para não passar despercebida alguma hernia intersticial ou de séde insolita, em segundo logar, para não se attribuir a uma massa herniada, mas não

estrangulada, a causa dos accidentes, o que exporia a practicar uma operação cujo resultado não attingiria o fim proposto.

Para mostrar quanto esta questão é por vezes melindrosa, não só para os menos experientes mas ainda mesmo para clinicos cuja pericia não póde ser contestada, resumiremos duas observações extrahidas do excellente trabalho de Peyrot: (1)

«Caso de Janson — Diagnostico: *occlusão intestinal intra-abdominal;* á autopsia: *hernia crural estrangulada.*» Caso de Denonvilliers — Diagnostico: *occlusão intestinal intra-abdominal;* á autopsia: *pequena hernia crural.*»

Inclinado a admittir uma occlusão interna, pelos resultados negativos d'esta exploração, o juizo do clinico não poderá ser definitivamente fixado senão depois do confronto com a affecção precedente de todos os estados morbidos, cuja symptomatologia tem affinidade com a do processo em questão. Ora, devemos convir que, se muitas vezes o diagnostico não exige uma grande perspicacia, ha casos, entretanto, em que a indagação mais minuciosa não fará evitar o erro.

Vejamos, pois, com que elementos poderemos contar para estabelecer com a maxima precisão possivel o diagnostico nosologico.

---

() De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale, 1880.

E' geralmente facil distinguir da *occlusão intestinal* outras affecções abdominaes, taes como as *colicas hepatica, nephritica, saturnina*. Algumas vezes em razão da instantaneidade da sua invasão, da intensidade dos phenomenos geraes que as acompanham, é fundamentada qualquer duvida; mas os symptomas caracteristicos d'estas lesões farão promptamente desapparecer a hesitação.

Alguns *envenenamentos* teem simulado o estrangulamento interno e o erro inverso igualmente foi commettido; mas além dos antecedentes que elucidarão o clinico, os symptomas do envenenamento serão antes os d'uma gastro-enterite aguda.

*Cholera*—Existe na sciencia um certo numero de observações em que estrangulamentos internos foram tomados por casos de cholera em tempo de epidemia. E' certo que, se n'esta doença as dejecções diarrheicas especiaes faltarem, o diagnostico tornar-se-ha muito obscuro; mas este symptoma falta tão poucas vezes que os erros d'esta natureza deverão ser forçosamente raros.

*Peritonite aguda principalmente por perfuração* —As affecções d'este grupo traduzem-se algumas vezes por symptomas tão semelhantes aos da *occlusão intestinal* que o erro não pôde ser evitado pelos cirurgiões mais distinctos. Duplay, (1) n'uma excellente memoria

---

(1) Archives générales de médecine—1876, pag. 513 e seg.

publicada em novembro de 1876, apresenta 14 observações, nas quaes accidentes de peritonite devida á perfuração descoberta pela autopsia fizeram acreditar em occlusões intestinaes.

Para mostrar a identidade por vezes absoluta dos dois syndromas clinicos resumiremos uma observação de Henrot, referida por Peyrot: (1)

«Homem de 42 annos, de bôa saude habitual; tres dias antes da sua entrada para o hospital é accommettido de cólicas violentas. Quando entrou as dores eram muito intensas; não havia dejecção. Meteorismo, ventre muito sonoro, a dôr accusa-se principalmente na fossa iliaca. Não ha deformação do ventre, não é mais saliente d'um lado do que do outro. O doente não expelle gazes pelo anus; eructações de cheiro desagradavel. Não ha hernia. No dia seguinte não ha dejecção; apparecimento de vomitos de materia amarellada biliosa. Depois successivamente delirio, suores, febre intensa, respiração accelerada. A operação foi decidida para o dia seguinte por Jobert de Lamballe. O doente morreu de noite. A' autopsia: peritonite generalizada, perfuração da vesicula biliar e sahida de dez calculos enkystados entre a vesicula e o colon.»

---

(1) Op. cit., pag. 41.

Effectivamente, se a peritonite chega a determinar symptomas de estrangulamento interno, isto é, se a constipação se torna absoluta, o diagnostico repousará sobre cambiantes tão difficeis de apreciar que o erro será quasi inevitavel.

Mas porque mecanismo se realiza a detenção das materias fecaes a despeito da ausencia bem averiguada de todo o obstaculo apreciavel? Para Henrot os symptomas de estrangulamento seriam devidos á paralysia do intestino consecutiva á inflammação do peritoneo. Duplay sem pôr em duvida a paralysia não a considera entretanto sufficiente para explicar uma retenção tão completa como a que tem sido observada em alguns casos. Demais, o apparecimento, por vezes, de vomitos fecaloides suppõe a persistencia de contracções antiperistalticas. Assim, diz elle, ainda que se não tenha observado pela autopsia uma occlusão mecanica do intestino, pensamos que se deve invocar, para explicar os phenomenos de estrangulamento, o estado de distensão das ansas intestinaes, determinando curvas bruscas capazes de interceptar em parte o curso das materias. Duplay menciona ainda adherencias, falsas membranas mais espessas e mesmo verdadeiras collecções purulentas imperfeitamente enkystadas ao nivel da perfuração que, cobrindo uma porção limitada do intestino, contribuiriam muito verosimilmente para embaraçar ou mesmo interceptar n'uma certa medida o curso das materias.

Esta theoria é acceitada tambem por Folet, citado por Bulteau. As curvas bruscas, conclue este auctor,

que se formam no intestino consecutivamente á sua paralysia e dilatação pelos gazes, podem dividir o tubo digestivo n'um grande numero de segmentos deixando de communicar uns com os outros, de maneira que os gazes e os liquidos ficam retidos na ansa que os encerra e não podem passar á ansa visinha. De que lado estará a verdade? E' certo que o intestino distendido se divide em segmentos que as puncções capillares esvasiam isoladamente; mas a menor contracção faria certamente desapparecer os pretendidos obstaculos collocados ao nivel de cada ansa intestinal. E' pois a inactividade do intestino, phenomeno inicial, que parece desempenhar o principal papel na producção d'este symptoma.

Seja porém qual fôr o mecanismo que presida á occlusão no pseudo-estrangulamento, todos os cuidados do clinico deverão ser dedicados a desviar por um diagnostico preciso as affecções d'este grupo da occlusão verdadeira. Os que commetteram estes erros esforçaram-se por encontrar nas suas observações elementos sobre os quaes deverá repousar este embaraçoso diagnostico.

A favor da peritonite por perfuração teriamos pois:

1.° *A ausencia de phlegmasias anteriores do peritoneo;*

2.° *A pouca duração da localisação da dôr.*—A sensibilidade do ventre e a dôr mostram-se igualmente nas duas affecções; em uma e outra ha muitas vezes um ponto de maxima dôr espontanea. Mas, emquanto que a dôr se localisa por mais tempo na occlusão, estende-

se rapidamente por todo o abdomen no caso de peritonite; demais, a pressão provocaria dôr mais violenta no pseudo-estrangulamento.

3.° *O Meteorismo seria igual dos dois lados.*—Muitas vezes no estrangulamento verdadeiro póde notar-se a distensão d'uma porção limitada do canal intestinal, o que determinaria uma deformação irregular do abdomen; na peritonite, pelo contrario, o meteorismo é igual em todas as regiões. Demais, a tympanite não attingiria um desenvolvimento tão consideravel como na occlusão verdadeira;

4.° *A constipação não será tão absoluta.*—No pseudo-estrangulamento o doente expelle alguns gazes pelo anus; a constipação, longe de ser pertinaz até á morte, é algumas vezes substituida, no periodo ultimo, por dejecções diarrheicas;

5.° *Os vomitos são antes biliosos do que fecaloides.*—Vomitos intermedios aos verdes e aos fecaloides, segundo Gosselin, constituidos por um liquido escuro esverdeado, perturbado, deixando depositar materias glutinosas e cinzentas. Entretanto o caracter fecaloide foi algumas vezes observado (Duplay);

6.° *Um som obscuro á percussão na região infra-umbilical,* indicando um certo grau de derrame no peritoneo, seria d'um grande valor para Duplay. Não é entretanto d'um valor absoluto, porque, d'um lado, o estrangulamento verdadeiro póde, n'um certo numero de casos, determinar uma transsudação serosa no peritoneo, de outro lado, o som obscuro póde depender de accumulação de liquido nas ansas intestinaes. Em todo

o caso este symptoma é certamente menos constante na occlusão verdadeira;

7.º *A existencia d'um calefrio inicial.*—Henrot recommenda que se preste grande attenção a esta particularidade que, não obstante passar muitas vezes despercebida em razão da dôr violenta que abre a scena morbida da peritonite, faltaria rarissimas vezes n'esta doença. Não se deve, porém, esquecer que no estrangulamento verdadeiro este symptoma foi igualmente observado por Terrier;

8.º *A falta de successo ou mesmo a aggravação dos symptomas sob a influencia da medicação purgativa* (Henrot);

9.º Finalmente os *caracteres do pulso e da temperatura.*—Na peritonite o pulso é pequeno e frequente desde o principio, caracteres que faltam na occlusão verdadeira. A inflammação aguda do peritoneo traduz-se geralmente desde o principio por uma elevação thermica consideravel (39°, 40°); na occlusão intestinal o thermometro accusa sempre, pelo menos no primeiro periodo, um abaixamento thermico ou, quando muito, um calor normal.

Resumindo: na peritonite a temperatura é quasi sempre superior á normal; na occlusão intestinal aguda sem complicação a temperatura fica normal ou inferior á normal. O thermometro não nos offerece, pois, um criterio seguro no principio da doença, e muito menos na sua phase ulterior; porque o esphacelo ulterior do intestino, na occlusão verdadeira, provocando o desenvolvimento d'uma peritonite consecutiva, terá por con-

sequencia uma elevação thermica que deverá necessariamente obscurecer o problema.

Como se vê, será antes por cambiantes muitas vezes difficeis de apreciar que se chegará, n'um certo numero de casos, a estabelecer o diagnostico.

*

* *

Suppondo que o clinico se acha em presença d'uma occlusão aguda, contra a qual tenha de luctar por uma operação apropriada, sobre cuja natureza brevemente entraremos, será absolutamente indispensavel o conhecimento exacto da séde e natureza da barreira para estabelecer com precisão as regras da therapeutica cirurgica a instituir? Não hesitamos em responder negativamente; não obstante, porém, a nossa asserção, que em occasião opportuna mais de espaço explanaremos, vamos completar este diagnostico, ao qual virão unidos conhecimentos de utilidade para a justa comprehensão do capitulo subsequente.

Para que o obstaculo seja perfeitamente definido, deve ser conhecido na sua natureza e na sua séde. O segundo problema será muitas vezes resolvido, o primeiro ficará quasi sempre obscuro; far-se-ha na maior parte dos casos um diagnostico provavel, rarissimas vezes certo. Vejamos entretanto como poderemos elucidar uma e outra questão.

Sobre que parte do canal intestinal reside o obstaculo?

Este problema, por vezes de espinhosa solução, tem effectivamente importancia no ponto de vista da determinação final da natureza da occlusão, fornecendo sempre algumas probabilidades sobre a verdadeira causa do mal. É certo que, inversamente, se se ignora o logar do obstaculo e alguma razão particular indica a sua natureza, poder-se-ha igualmente presumir a séde ignorada da affecção. Mas, como é geralmente mais facil precisar a séde do lesão do que descobrir a sua variedade anatomica, julgamos até certo ponto justificada a prioridade de solução do problema local.

Os elementos d'este diagnostico devem ser colhidos no estudo attento dos symptomas physicos e funccionaes offerecidos pelo doente e nos resultados obtidos por explorações de diversa natureza. Entram no primeiro grupo a fórma especial do ventre, a natureza e frequencia dos vomitos, a presença d'uma tumefacção na região abdominal, a dôr local primitiva, as perturbações da secreção urinaria, a época do apparecimento e o grau de intensidade dos phenomenos geraes. Constituem o segundo os factos deduzidos do exame do anus, do toque rectal, da exploração do recto pelo methodo de Simon, do exame do intestino por meio de sondas introduzidas pelo recto e das injecções anaes d'uma certa quantidade de liquido. Feita esta exposição succinta dos differentes elementos diagnosticos apreciemos rapidamente a sua importancia para o diagnostico em questão.

*Fórma do ventre*—A pneumatose intestinal é um dos symptomas mais constantes da occlusão e d'um pre-

cioso recurso para a determinação da séde do obstaculo, quando examinada no principio da doença.

Laugier, que perfeitamente descreveu o aspecto do abdomen em relação á séde do estrangulamento, chamou a attenção para o grau variavel de tympanismo e fórma especial do ventre, segundo a altura a que tem logar a modificação do calibre intestinal. A inspecção abdominal fornece, na verdade, uteis indicações. Se o obstaculo existe sobre a parte media do intestino delgado, a distensão do ventre occupa de preferencia as regiões epigastrica, umbilical e hypogastrica e a saliencia das partes medias contrasta singularmente com as depressões ao nivel das fossas iliacas e sobre o trajecto do colon ascendente e descendente. Se é interessada a ultima parte do ileon, o meteorismo torna-se mais geral, a região umbilical fortemente abahulada dá ao ventre uma fórma globulosa, mas as depressões colicas persistem. Não ha signal differencial entre a occlusão da ultima parte do ileon e do principio do colon; mas, se o obstaculo reside na parte media do intestino grosso, a depressão do flanco esquerdo póde, em muitos casos, pelo seu contraste com o desenvolvimento exagerado do lado opposto, elucidar a questão. Finalmente se a interrupção se dá mais abaixo, sobre o colon descendente ou ao nivel do *S* iliaco, o meteorismo, pelo menos nos primeiros tempos, distende principalmente os flancos, o abdomen tende antes a alargar-se do que a tornar-se proeminente e, apesar do abahulamento ser geral, a saliencia mediana do ventre

acha-se como envolvida por grossos cylindros tympanicos, formados pelos colons distendidos.

Todas estas variedades desapparecem, é certo, ao fim d'algum tempo, quer debaixo da influencia d'uma peritonite, quer debaixo da influencia d'uma acção reflexa paralysante do sympathico abdominal ou ainda por uma acção puramente mecanica, para dar logar a uma distensão uniforme de todo o abdomen; mas não é menos verdade que o clinico possa tirar da inspecção do ventre exercida a principio indicações valiosas para o diagnostico da localisação do mal.

*Vomitos* — Tem-se exagerado muito a importancia dos vomitos, principalmente o seu caracter fecaloide, no ponto de vista da determinação da séde da occlusão.

Admitte-se geralmente que vomitos precoces e abundantes estão em relação com uma occlusão do intestino delgado, emquanto que vomitos moderados e mostrando-se mais tardiamente traduzem uma occlusão do intestino grosso. Suppondo mesmo que o principio se verifica, procuremos a sua importancia clinica. Como não temos padrão por onde aferir a precocidade d'este phenomeno, nem tão pouco para avaliar a sua persistencia, segue-se muito naturalmente que, a não ser nos factos extremos, o clinico hesitará em classificar de precoce ou tardio, de persistente ou moderado o vomito realizado na generalidade dos casos; ora esta hesitação, reflectindo-se na séde que se vae dar ao obstaculo, pouco ou nada elucidará o problema a resolver.

Terá mais valôr o seu caracter fecaloide? E' certo que, se a occlusão se verifica muito perto do pylo-

ro, os vomitos não poderão ser constituidos senão por materias introduzidas no estomago, contendo ou não bile, segundo o obstaculo fica abaixo ou acima da embocadura do canal choledoco.

N'um facto curioso, publicado por Rembold, em que se tratava d'um estrangulamento do duodeno, acima da embocadura do canal choledoco e do conducto pancreatico, os vomitos eram pouco abundantes, não continham bile e eram unicamente constituidos por materias introduzidas no estomago. Nos casos d'esta natureza não ha, effectivamente, os vomitos intestinaes que caracterisam as obstrucções do ileon ou do grosso intestino, não poderá ser questão senão de vomitos estomacaes, analogos aos que se realizam no primeiro periodo das obstrucções inferiores. Mas, se excluirmos estes factos, que são, de resto, extremamente raros, o caracter fecaloide não vem lançar a menor luz sobre o diagnostico local. Cossy pretendeu deduzir d'uma estatistica de 46 casos que os vomitos eram sempre fecaloides para obstrucções da parte superior do ileon, sendo-o apenas na terça parte dos casos para pontos inferiores; ora, além do limitadissimo numero de casos apreciados por este auctor, as conclusões de Besnier são inteiramente differentes. Colhendo por seu turno 66 casos de estrangulamento interno, nos quaes a natureza do estrangulamento e dos vomitos tinha sido bem determinada, reconheceu que a frequencia dos vomitos fecaloides era sensivelmente a mesma em todos os casos. Nem ha razão para que assim não seja: os vomitos fecaloides sendo de natureza reflexa e podendo o ponto de partida do acto reflexo re-

sidir no pequeno como no grosso intestino, não admira que se encontrem, com a mesma frequencia, em toda a occlusão, seja qual fôr a séde.

O caracter fecaloide não tem, pois, um valor real no ponto de vista da determinação do segmento do intestino affectado.

A existencia precoce dos vomitos fecaloides e a sua persistencia tenaz, dizem Hinton e Annandale, testemunham quasi sempre uma occlusão completa do intestino.

*Tumor abdominal*—Uma tumefacção limitada, uma sensação de resistencia localisada n'uma pequena região do abdomen, será d'um grande valor para o diagnostico em questão. As relações do tumor com a parede abdominal e o conhecimento da disposição topographica do intestino permittirão frequentes vezes precisar a parte do canal compromettida. E' certo que a tumefacção desapparece brevemente sob a influencia do abahulamento geral; mas, em alguns casos, este symptoma apresenta caracteres tão nitidos que bastará para estabelecer com segurança não só o diagnostico local, mas ainda o diagnostico pathogenico.

*Dôr local primitiva*—Posto que a dôr se não faça sempre sentir no ponto em que a autopsia tenha por vezes demonstrado a existencia da occlusão, é certo que, observada no principio dos accidentes, indica, d'uma maneira quasi certa, a séde precisa da lesão. Besnier, baseando-se n'uma analyse de 183 observações, não hesita em conceder a este symptoma um valor real. «Parece-me evidente, diz Fagès, que a dôr fixa que o doente sente n'um ponto determinado da cavidade

abdominal, antes e durante o periodo symptomatico da paixão iliaca, é um signal assás univoco, que indica a séde positiva da parte do canal intestinal que soffre.» Podem reter-se estas conclusões d'uma maneira geral, devendo entretanto notar-se que esta lei recebe numerosas excepções: Hilton Fagges, n'uma invaginação ileocecal incipiente, notou uma dôr immediatamente abaixo do umbigo; Bordenave observou um doente portador d'um estrangulamento da parte inferior do ileon no qual a dôr era accusada na região epigastrica; Ulmer viu a dôr corresponder ao cecum e ao colon ascendente na compressão do colon transverso pelo figado. E' finalmente commum ver localisar no umbigo dôres que teem o seu ponto de partida, quer n'um estrangulamento diverticular do ileon ao nivel da fossa iliaca direita, quer n'um obstaculo qualquer ao nivel da união do S iliaco e do colon descendente. Se juntarmos aos factos precedentes a generalisação mais ou menos rapida da dôr, para que em muitos individuos seja impossivel descobrir um ponto particularmente sensivel, teremos sufficientemente demonstrado que este symptoma não é um caracter com o qual possamos absolutamente contar para o diagnostico em questão. Mas não é menos verdade que, quando inicial e localisado n'uma pequena região do abdomen, o que é o facto principalmente dos estrangulamentos por bridas e por diverticulos do intestino, adquire um valor incontestavel para o diagnostico local.

*Perturbações da secreção urinaria* — Barlow pretendeu que a secreção urinaria seria na razão inversa

da elevação do obstaculo, asserção que encontrava muito naturalmente a sua explicação na diminuição da superficie de absorpção da mucosa intestinal. Tem-se visto, no entretanto a urina diminuir consideravelmente e mesmo ser totalmente supprimida em estrangulamentos localisados no iléon e mesmo no intestino grosso, o que não permitte dar á modificação da secreção urinaria um valor positivo no ponto de vista do diagnostico da séde da occlusão.

Seria aqui occasião de mencionar a presença de phenol na urina dos individuos attingidos de occlusão intestinal, assim como a existencia de indicano, que para alguns traduziria um volvulo ao nivel do intestino delgado. Esta questão de chimica physiologica é porém muito obscura ainda para nos poder fornecer indicações aproveitaveis.

*Phenomenos geraes* — Os symptomas geraes que apparecem na occlusão intestinal, traduzindo uma depressão das grandes funcções da economia, formam um conjuncto pathologico notavel, cuja expressão clinica mais grave, descripta por Malgaigne, sob o nome de *cholera herniaria,* consiste em algidez, cyanose, pequenez do pulso, alteração da face, aphonia, suppressão das urinas e por vezes producção de caimbras. Ainda que não exclusivos a occlusões localisadas em determinadas porções do canal intestinal, admitte-se geralmente que são mais energicos e precoces para estrangulamentos do intestino delgado. E de facto, sendo estes symptomas, como desde ha muito o demonstrou Le Fort, essencialmente ligados a uma perturbação do systema ner-

voso, cujo ponto de partida está na irritação dos nervos mesenterico-intestinaes, a anatomia explica-nos perfeitamente a differença, mostrando no intestino delgado uma ampla rede nervosa dependente do plexo solar, cuja sensibilidade é ainda augmentada pela presença dos ganglios semi-lunares, solares e mesentericos em numero consideravel, emquanto que o intestino grosso recebe apenas do plexo lombo-aortico raizes relativamente magras e os ganglios que d'ahi dependem são pequenos e pouco abundantes. Não deve, pois, passar despercebida a apreciação d'estes phenomenos, quando se tem em vista descobrir a parte do canal compromettida.

Diversas explorações permittem frequentes vezes completar os conhecimentos adquiridos pela analyse dos symptomas precedentemente estudados. Seguindo a ordem porque foram já enunciadas, diremos muito de passagem o que o clinico poderá colher para o diagnostico em questão.

*Inspecção do anus* — Para muitos observadores seria de grande valôr o exame das modificações exteriores, experimentadas pelo anus. Sabe-se, com effeito, que em alguns casos de invaginação do intestino grosso se tem encontrado elevado este orificio; mas ordinariamente acha-se relaxado nas mesmas circumstancias, pouco resistente e mesmo aberto.

Faucon, d'uma observação propria e de communicações anteriores, deduziu um facto interessante, sob o ponto de vista que nos occupa, que merece ser retido: o tenesmo rectal coincidindo com constipação e vacuidade do recto seria um signal precoce d'um obs-

taculo, localisado na parte superior do recto, ou mesmo no fim do *S* iliaco.

*Toque rectal* — Esfe meio de exploração, que jámais deve ser desprezado em presença d'um syndroma clinico, semelhante ao da occlusão intestinal, fornece por vezes preciosas indicações. A existencia d'um obstaculo, principalmente d'um tumor de consistencia especial que fórma o intestino invaginado, fixará sem duvida o juizo do clinico sobre o diagnostico que pretende elucidar.

*Exploração do intestino pelo methodo de Simon* — E' bem conhecido o methodo de exploração dos orgãos pelvicos e abdominaes, practicado pela introducção da mão pelo recto, preconizado por Simon n'estes ultimos annos.

Ao introduzil-o no grupo dos meios capazes de fornecer alguma noção sobre a séde do estrangulamento, tivemos principalmente em vista mostrar a nosssa repugnancia para o emprego d'este processo, espalhado na Allemanha. A introducção da mão até á ampolla rectal é talvez isenta de sérios perigos, mas não são de certo para imitar os que, procurando por este meio apreciar as lesões das partes superiores do intestino, dos rins, do baço e do figado, com perigo e quasi certeza de dilaceração das tunicas intestinaes, acceitam sem reparo um meio de exploração que de per si constitue uma grave e perigosa operação. Na occlusão intestinal, além do perigo se achar augmentado pela distensão das ansas intestinaes, os esclarecimentos que d'ahi poderiam advir não teem uma importancia tal, que justifiquem o seu emprego; por isso não hesitamos em o

proscrever formalmente, como elemento de diagnose da séde da occlusão.

*Exame do intestino por meio de sondas* — Esta exploração, isenta de perigos, quando feita com prudencia, póde fornecer indicações de certo valor, ainda que muito limitadas. Acreditou-se por muito tempo que uma sonda elastica introduzida pelo recto podia elucidar sobre o estado do intestino grosso até á valvula ileo-cecal.

De facto, quando se procede a esta exploração com certa insistencia, reconhece-se, atravéz das paredes abdominaes, que a sonda corresponde successivamente a differentes pontos do trajecto intestinal, o que levou a admittir que o instrumento percorria realmente outras tantas porções da cavidade do intestino. Mas, como muito bem o demonstrou Simon, pela experiencia repetida no cadaver e pelo confronto do comprimento da sonda introduzida com a extensão do trajecto supposto percorrido, o facto depende unicamente do *S* iliaco se deixar transportar a regiões diversas. Seria pois uma illusão pedir a este meio de exploração indicações além do recto e talvez da primeira porção iliaca.

Restam finalmente as *injecções d'agua* que Amussat tinha já recommendado e que constituem um meio de investigação innocente e de certo alcance. E' possivel, com effeito, attendendo á quantidade de liquido alojado no intestino, apreciar n'uma certa medida a parte do canal obliterada; assim, se se consegue injectar $1\,^1/_2$ a 2 litros d'agua, é provavel que o intestino grosso não

seja a séde da occlusão, pois que é essa a sua capacidade normal.

*
* *

Combinando os resultados d'estes differentes processos de exploração com os symptomas physicos e funccionaes precedentemente enumerados, será possivel frequentes vezes precisar com exactidão a séde do obstaculo; e este primeiro dado, relacionado com o conhecimento prévio da existencia relativamente mais frequente de certas variedades anatomicas da occlusão, em porções determinadas do canal intestinal, fornecerá probabilidades sobre a verdadeira natureza do mal. E' assim que os estrangulamentos pelo appendice cecal, pelos diverticulos do intestino, pelas bridas peritoneas, occupam na maioria dos casos o intestino delgado e principalmente a parte inferior do ileon. O volvulo reside ordinariamente sobre o intestino grosso e de preferencia no *S* iliaco. A invaginação aguda tem por séde habitual o flanco direito e a fossa iliaca do mesmo lado.

Independentemente da noção pathogenica, a que a determinação prévia da séde da occlusão tenha induzido, o clinico colherá na exploração methodica do doente um certo numero de elementos que, se lhe não permittem muitas vezes affirmar uma determinada pathogenia, o levam todavia a suspeitar, pelo menos em muitos casos, esta ou aquella variedade de occlusão intestinal.

Não devemos entretanto dissimular as difficuldades, muitas vezes insuperaveis, que este diagnostico pathogenico offerece; e, se procuramos ir mais longe n'este estudo do que exigia o ponto de vista a que mira o nosso trabalho, é porque não encontramos razão para rejeitar conhecimentos, cuja acquisição conduz necessariamente a uma mais justa comprehensão dos factos. Antes de entrar na apreciação dos symptomas, que deverão levar ao espirito do clinico a certeza ou a hesitação sobre a natureza do estrangulamento que o acaso lhe tenha deparado, julgamos dever nosso fazer uma synthese rapida das condições anatomicas determinantes da occlusão.

Se nos quizessemos collocar n'um ponto de vista menos descriptivo talvez, mas mais de harmonia com as necessidades da therapeutica cirurgica, que particularmente nos preoccupa, poderiamos, seguindo o exemplo de Peyrot, classificar as causas mecanicas da occlusão intestinal em quatro grupos, segundo que o intestino apresenta:

Vicios de posição. . . . . { Invaginação / Torsão / Flexão

Compressões. . { Estreitas. . { Bridas; Diverticulos; Anneis accidentaes; Hernias internas } Largas . . { Tumores diversos; Adherencias extensas. }

Obstrucção — Corpos estranhos diversos, polypos, massas fecaes, etc.

Apertos diversos.

Esta classificação está, effectivamente, de harmonia com certas indicações therapeuticas.

Assim, suppondo a laparotomia practicada e o cirurgião em presença d'uma occlusão que tenta fazer desapparecer, o seu procedimento será differente, segundo a classe a que pertencer o obstaculo em questão.

Para as occlusões do primeiro grupo bastará uma simples manobra do intestino para lhe restituir a direcção primitiva. Para as occlusões dos tres ultimos grupos tornar-se-ha necessario, segundo os casos, a secção d'uma brida, d'um diverticulo, o desbridamento d'um annel, o deslocamento ou extirpação d'um tumor, e incisão do intestino para extrahir o corpo estranho, a excisão d'uma porção mais ou menos extensa do canal intestinal etc. etc.

Longe de nós porém a idéa de reputar sempre legitima esta therapeutica radical; uma operação qualquer tem indicações e contra-indicações que devem ser cuidadosamente ponderadas, para que a conducta do clinico seja isenta de reprehensão.

Bastará um rapido exame das condições anatomicas precedentes para separar *á priori* os casos em que as materias intestinaes devem ser subitamente retidas .A's occlusões *agudas*, que exclusivamente estudamos, corresponderão evidentemente:

*Certas invaginações:* as que se estrangularem immediatamente á sua formação;

*As torções e flexões* que se estabelecem subitamente;

*Os estrangulamentos ou compressões estreitas* por bridas, diverticulos, anneis accidentaes e collos de hernia interna.

Mas não se pense que esta anatomia pathologica representa exactamente a traducção do que se encontra na practica; porque, d'uma parte, occlusões verdadeiramente agudas não deixaram vêr pela autopsia obstaculo material, d'outra parte, accidentes igualmente agudos poderam ser observados consecutivamente a alterações que deveriam antes comportar uma symptomatologia opposta. Os cancros do intestino, os corpos estranhos, nomeadamente os calculos biliares e as massas fecaes que habitualmente occasionam obstrucções chronicas, determinaram em alguns casos o desenvolvimento de accidentes subitos. Ora os casos d'este genero são extremamente raros; portanto podemos affirmar sem grande receio de erro que o desenvolvimento

d'uma *occlusão intestinal aguda* depende de uma maneira quasi certa, quer d'uma invaginação com estrangulamento, quer d'um volvulo, quer d'um estrangulamento interno por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna. E' bem evidente que exceptuamos as imperfurações congenitas do anus e do recto, cujo diagnostico não offerece difficuldade, e igualmente as occlusões de marcha aguda consecutivas á reducção em massa, espontanea ou provocada, d'uma hernia ordinaria.

Será possivel penetrar mais n'este diagnostico pathogenico e distinguir clinicamente os factos relativos a cada variedade anatomo-pathologica?

O que é certo é que só a invaginação poderá ser exactamente diagnosticada em razão dos seus symptomas peculiares: os phenomenos de occlusão são geralmente incompletos, o meteorismo pouco pronunciado, as dejecções, longe de serem supprimidas, são frequentes e apresentam caracteres especiaes; são diarrheicas, mucosanguinolentas, muitas vezes acompanhadas de tenesmo e conteem n'um periodo mais avançado detritos do intestino esphacelado. A palpação do abdomen permittirá na maioria dos casos reconhecer uma tumefacção cylindrica, flaccida, occupando ordinariamente o trajecto do intestino grosso, dolorosa á pressão e mais ou menos movel. Finalmente nas invaginações complexas do ileon e do colon ascendente no colon descendente reconhecer-se-ha a ausencia do cecum e do colon na fossa iliaca e flanco direitos, o que dará logar a uma depressão d'estas regiões, emquanto que do lado opposto se

observa uma saliencia longitudinal, formada pela massa da invaginação. Um facto que merece ser apontado a proposito d'esta lesão é que ella constitue nas crianças a causa quasi unica da occlusão intestinal; em toda a criança que apresentar os symptomas d'esta affecção deve *á priori* suspeitar-se uma invaginação. Resumindo: diagnosticar-se-ha com segurança uma invaginação intestinal aguda, quando se encontrar, com os principaes symptomas da occlusão do intestino, uma tumefacção cylindrica, flaccida, n'um ponto qualquer do abdomen, e dejecções sanguinolentas acompanhadas de tenesmo.

Pelo que diz respeito ao diagnostico dos factos relativos ao volvulo e ás diversas variedades de estrangulamento interno por brida, diverticulo etc., o problema não comporta actualmente uma solução positiva. Para as bridas e diverticulos o diagnostico poderá ser provavel, para as outras variedades de occlusão interna dominará a incerteza.

A existencia d'um *estrangulamento por brida* será objecto d'um diagnostico de probabilidades n'um doente que anteriormente tiver apresentado signaes de peritonite; será mesmo possivel em alguns casos reconhecer pela palpação abdominal a brida que determinou o estrangulamento; finalmente um caracter que não deve esquecer, posto que pertença igualmente aos diverticulos e ao appendice vermiforme, é que o ponto do canal obstruido occupa de preferencia a fossa iliaca direita.

O *estrangulamento por nó diverticular* tornar-se-ha igualmente provavel, se a occlusão se caracterisar pela invasão brusca dos accidentes, por uma dôr fixa no la-

do direito do abdomen, entre o umbigo e o cecum, e se o doente apresentar vicio de conformação em alguma parte do corpo. As occlusões d'esta natureza são realmente mais frequentes nos individuos affectados de vicios de conformação.

*Os estrangulamentos por aberturas anormaes* no mesenterio e epiploon occupam na maioria dos casos o intestino delgado. Esta circumstancia junta á estreiteza por vezes consideravel do annel accidental dá algumas vezes aos phenomenos geraes uma intensidade notavel devida, não á retenção das materias, mas ao facto do estrangulamento, da lucta que se estabelece entre os movimentos peristalticos que se exageram e a impossibilidade da sua execução ao nivel do aperto, á reacção da irritação partida dos nervos intestinaes para o systema ganglionar abdominal, á dôr especial, horrivel, syncopal, semelhante á que acompanha as colicas hepaticas e nephriticas. Mas se notarmos, por outro lado, que a intensidade dos accidentes póde não exceder a das outras variedades de estrangulamento interno, como acontece na generalidade dos casos, teremos razão sufficiente para qualificar os factos d'esta natureza de occlusões de diagnostico incerto.

O estrangulamento que reconhece por causa as hernias internas não admitte igualmente uma solução diagnostica mais favoravel.

*As hernias diaphragmaticas* poderão suspeitar-se, se o doente tiver recebido precedentemente, n'uma época mais ou menos afastada, uma ferida na região esquerda do diaphragma.

*As hernias mesentericas, mesocolicas, retro-peritoneaes*, lesões raras, assignalar-se-iam especialmente por congestões hemorrhoidarias, devidas á compressão da veia mesenterica inferior.

N'uma palavra, a maior parte das hernias internas, seja qual fôr a sua variedade, poderão apenas ser suspeitadas, não obstante o cuidado que tenha o clinico de explorar o abdomen e a pelve por todos os meios ao seu alcance. Poderá mesmo dizer-se sem exagero que a descoberta d'uma hernia interna foi sempre uma surpresa para os operadores.

Resta finalmente o diagnostico do *volvulo*, cujas difficuldades não são inferiores, visto que só a existencia da lesão na fossa iliaca esquerda, séde de predilecção d'esta occlusão, poderá fazer suspeitar esta variedade anatomica.

Depois do estudo que temos feito, poderemos pretender que estamos em condições de affirmar sem hesitação a natureza da occlusão aguda em presença da qual o acaso nos vá collocar? A não ser para algumas invaginações, cuja symptomatologia revela sufficientemente a origem dos accidentes, só o acaso poderá fazer cair o clinico sobre um obstaculo exactamente predicto. Mas o prejuizo não é grande, porque, como mais tarde veremos, todos os casos comportam uma therapeutica cirurgica uniforme.

Depois de colhidos minuciosamente todos os elementos de diagnose e de submettidos a uma elaboração intellectual methodica, o juizo do clinico, fixo ou

vacillante, segundo os casos, poderá muito bem traduzir-se por termos analogos a estes:

— Ha uma *occlusão intestinal aguda*;

— Depende d'uma *invaginação*;

— E' provavelmente o resultado d'uma *brida*, d'um *diverticulo*;

— A sua natureza é incerta (*anneis accidentaes hernias internas, volvulo*).

Vejamos agora qual deverá ser o seu procedimento, sob o ponto de vista cirurgico, em presença de condições tão diversas. Será este o assumpto do capitulo seguinte.

---

CAPITULO III

# THERAPEUTICA DA OCCLUSÃO INTESTINAL AGUDA

---

## Indicações da laparotomia

Qual deverá ser o procedimento do clinico em presença d'um doente atacado d'uma *occlusão intestinal aguda*?

Se nos pudessemos conformar com a practica ordinariamente seguida, encontrariamos facilmente uma res-

posta decisiva nas palavras de Trousseau: — (1) empregar os diversos meios preconizados no tratamento medico e, se estes ficarem sem exito, bem como as puncções abdominaes, se a doença tiver alguns dias de duração e o tympanismo do ventre não diminuir ou se reproduzir rapidamente, se os vomitos de materias estercoraes forem frequentes e abundantes e o pulso se enfraquecer, se, n'uma palavra, o perigo fôr imminente, então um só recurso se offerecerá ao espirito do medico, recurso grave, mas extremo, é — *a intervenção cirurgica*.

Partindo do principio incontestavel que uma occlusão intestinal de marcha aguda conduz na quasi totalidade dos casos a uma terminação fatal não demorada, quando se não recorre opportunamente a uma intervenção efficaz, este procedimento ordinario seria apenas illegitimo, se a enorme responsabilidade que se levanta para o clinico em não intervir convenientemente o não tornasse flagrantemente criminoso.

E na verdade, *á priori* não podemos considerar isento de bem merecida reprehensão o emprego d'um certo numero de meios preconizados no tratamento medico e, porque assim seja, o clinico não se furtará, por certo, a uma critica severa, posto que invoque a practica geral. Por outro lado, um certo numero de occlusões agudas difficilmente comportam um tratamento medico; e, se para outras uma therapeutica medica

(1) Clinique médicale de l'Hotel-Dieu, t., 1.º pag. 219.

racionalmente escolhida póde ser legitimamente prescripta, o seu emprego prolongado é formalmente condemnado pelos bons resultados d'uma intervenção cirurgica apropriada, quando tem logar em tempo opportuno, e pelos resultados desastrosos d'uma longa temporização.

Mas explanemos um pouco mais as idéas precedentes, e esbocemos a linha de conducta a seguir no tratamento da occlusão intestinal aguda.

Não será necessario grande esforço para rejeitar desde logo o emprego dos meios medicos violentos do tratamento d'esta fórma clinica da occlusão, porque o confronto dos seus effeitos com a pathogenia da doença levará facilmente a essa conclusão. Que resultados ha effectivamente a esperar dos purgantes, das injecções forçadas de gazes e liquidos pelo recto, da ingestão de corpos pesados e outros meios violentos? Seria apenas o caso de repetir o—*dubia spes*—de Celso, se uma semelhante therapeutica não devesse ser totalmente proscripta. Vejamos.

*Os purgantes*, tendo por effeitos immediatos augmentar a contractilidade e a secreção do intestino, poderão ser vantajosos para occlusões occasionadas por massas fecaes, corpos estranhos, e ainda apertos organicos, um cancro, por exemplo. Não são raros os casos de cura obtidos por este meio; mas como poderão luctar vantajosamente contra qualquer das variedades de estrangulamento interno por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna? Não poderão, como diz Leroy de Etiolles, provocar uma inva-

ginação, ou aggravar uma invaginação já existente? Demais, favorecendo a inflammação das tunicas intestinaes e a accumulação dos productos de secreção que não podem ser expellidos, o seu emprego expôrá evidentemente á peritonite e á aggravação dos accidentes. Com estes precedentes não poderá certamente o clinico pretender que institue uma therapeutica racional, recorrendo aos purgantes com o fim de debellar os accidentes n'uma occlusão aguda.

*A insufflacção do intestino* em que Hyppocrates já insistia, e na msema ordem de idéas as *injecções* forçadas de liquidos pelo recto, são evidentemente inadmissiveis. Como esperar combater por estes meios uma occlusão do intestino delgado, quando a physiologia não admitte a inversão da valvula de Bauhin, e portanto a passagem de gazes ou liquidos introduzidos pelo recto?

Mas a fadiga inutil do doente não é o unico inconveniente d'este processo mecanico, porque não deve reputar-se isento de sérias consequencias, ainda que prudentemente empregado. Herlop insistiu sobre os perigos de ruptura, que estas manobras fazem correr ao intestino. Batteson menciona casos de perfuração do intestino pela extremidade da sonda. Lebec communica alguns casos, observados pelo professor Guyon, nos quaes injecções practicadas por meio d'um siphão d'agua de Seltz determinaram a ruptura do recto e a passagem instantanea para o perineo d'uma grande quantidade de gaz acido carbonico. Poder-se-hia, é verdade, dizer que as occlusões do intestino grosso, nomeadamente o vol-

vulo e a invaginação, seriam favoravelmente modificadas pelo emprego d'estes meios; mas, podendo os mesmos resultados ser abtidos pelo emprego de meios brandos, os clysteres purgativos, sem pôr em risco a vida do doente ninguem estará auctorizado a tentar a insufflacção e as injecções forçadas com o fim de restabelecer o curso normal das materias n'uma occlusão aguda.

Que poderemos esperar dos movimentos bruscos impressos ao corpo, da ingestão de corpos pesados, pelos quaes se tem tentado desembaraçar o intestino?

A falta de tempo não nos permitte uma apreciação mais demorada d'estes e outros meios violêntos que o practico, por vezes menos pensadamente, tem posto ao serviço da clinica; mas do estudo rapido que temos feito, julgamos poder legitimamente deduzir a seguinte conclusão: em presença d'uma occlusão intestinal aguda deve renunciar-se ao emprego dos purgantes pela bocca, das injecções forçadas pelo recto de liquidos ou gazes, dos abalos do corpo e outros meios violentos. Estes meios são *inuteis* nos casos de estrangulamento por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna; são *superfluos* nos casos de invaginação e de volvulo, porque, se a collocação normal das ansas intestinaes é possivel, os clysteres purgativos e outros meios brandos provocarão os movimentos necessarios. São finalmente *perigosos*: 1.º quando o estrangulamento tem durado por alguns dias, porque podem determinar a ruptura do intestino ordinariamente alterado pelo agente constrictor; 2.º nos

casos em que adherencias unem as ansas intestinaes entre si ou com um orgão visinho, porque então a ruptura d'essas adherencias, com ou sem hemorrhagia, póde determinar uma inflammação que tem todas as probabilidades de se estender ao peritoneo; 3.º nos casos de peritonite não diagnosticada, o que não é raro.

Feita esta restricção legitima no arsenal da therapeutica medica, temos dado o primeiro passo para traçar uma linha de conducta que, quando não fosse mais fecunda, seria ao menos mais racional.

Mas podemos talvez ir mais longe n'esta via deductiva e precisar as condições em que o emprego dos meios medicos, ainda os não violentos, não será justificado. Supponhamos, com effeito, uma qualquer das variedades de estrangulamento interno por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna; como esperar desencarcerar o intestino por meio dos clysteres, por meio do opio, da belladona, do frio, do tabaco e d'outros meios medicos aconselhados?

Ora, se por um conjuncto feliz de circumstancias o clinico chega a diagnosticar qualquer d'estas variedades de estrangulamento interno, evidentemente só lhe resta um recurso racional, se pretende salvar o doente, esse recurso é a intervenção cirurgica; só ella poderá combater com efficacia a causa dos accidentes, e então, como diz Trélat, será necessario operar immediatamente, porque toda a temporização sobre ser inutil é prejudicial.

E' inutil, porque um estrangulamento por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna

é, póde dizer-se, definitivo. E' prejudicial, porque é hoje bem reconhecido por todos os cirurgiões que as estatisticas das hernias estranguladas são tanto melhores, quanto mais proxima do principio dos accidentes é feita a kélotomia; ora a conducta do clinico em presença d'um estrangulamento interno deve ser absolutamente identica, se quer collocar-se nas condições mais favoraveis ao exito da operação.

E para que se não argumente com a gravidade da operação, vejamos o que a este respeito nos diz a práctica da ovariotomia.

E' certo que se acreditou durante muito tempo, que o contacto do ar com o peritoneo, que todas as lesões traumaticas d'esta membrana eram circumstancias de tal maneira graves e temiveis que era de rigor a abstenção de toda a operação sobre esta serosa, a menos que não fosse de urgencia absoluta. Ora as numerosas ovariotomias, prácticadas com exito desde alguns annos, vieram desmentir formalmente esta maneira de vêr, mostrando a innocuidade quasi absoluta das feridas do peritoneo, quando se tomam as precauções do methodo antiseptico; desde então o argumento tirado da gravidade da operação não póde fazer hesitar na abertura da cavidade abdominal, como meio de tratamento das occlusões do intestino.

Com effeito, curam-se quasi todas as doentes que soffrem a ovariotomia, (1) e não se deverão curar mais

(1) N'uma discussão sobre o penso antiseptico, na qual tomaram parte os cirurgiões mais distinctos de Londres, encontra-se o seguinte:

facilmente ainda os individuos, nos quaes este acto grave—*a ablação d'um kysto*—se acha substituido pela simples secção d'uma brida, ou pelo desbridamento d'um annel? Sendo pois bem estabelecido por factos numerosos que as lesões do peritoneo são muito menos para temer do que se tem julgado, e attendendo por outro lado á inefficacia dos meios medicos, cujo menor inconveniente é fazer perder um tempo precioso, não poderá certamente haver hesitação em seguir decididamente o conselho de Trélat, tanto mais quanto os successos obtidos n'estes ultimos annos por operações immediatas são de natureza a levar os operadores a seguir o exemplo dos que os precederam n'esta via.

Será necessario agora o mesmo rigor para os casos de volvulo e de invaginação? A natureza d'estas occlusões comporta, como se vê, uma therapeutica medica, e não são de todo excepcionaes os casos de cura obtidos por este meio. Mas, se os agentes medicos não conseguem dissipar immediatamente os soffrimentos do doente, ha razão para admittir adherencias ou obstaculos que elles não podem vencer, e então a necessidade d'uma intervenção mais energica impõe-se fatalmente ao espirito do clinico.

Effectivamente, pelo facto d'um certo numero de

---

83 Ovariotomias operadas e cuidadosamente tratadas segundo o mothodo antiseptico Spencer Wells teve apenas 6 mortes. Keyth d'Edimbourgo chegou a resultados ainda mais maravilhosos: operou 306 kystos do ovario, tendo apenas 37 mortes. As 78 ultimas operadas foram tratadas pelo methodo do antiseptico, só duas morreram. (Brit. med. Journ., 1880).

invaginações agudas se curarem espontaneamente, em razão do esphacelo e eliminação da porção do intestino invaginado, estará o clinico auctorisado a rejeitar uma intervenção cirurgica urgente? Não hesitamos em responder negativamente, por isso que a intervenção cirurgica nos dá uma proporção de successos sensivelmente superior á que póde esperar-se dos esforços da natureza. Vejamos.

Nas crianças, até á idade de 5 annos, ha já alguma coisa a ganhar, quando se intervem cirurgicamente, porque, sendo a mortalidade para este periodo da vida de mais de 80 por 100 (88 por 100 para os primeiros 6 mezes), nós encontramos nas observações colhidas por Bulteau (1) 11 casos de invaginação nos quaes a laparotomia forneceu 3 successos; ora $^{3}/_{11}$ representa apenas 73 por 100 de mortalidade, proporção mais favoravel já do que a offerecida pela marcha natural da doença. E não se poderá dizer que crianças de alguns mezes de idade succumbiriam á operação, porque os successos precedentes foram justamente obtidos em crianças de 6 mezes, 7 mezes e 2 annos.

Mas o que mais deve animar-nos á practica da operação nas crianças é o podermos terdeterminado as causas reaes do mau successo da intervenção cirurgica nos casos desfavoraveis. As crianças que morreram não tinham, com effeito, soffrido o estrangulamento senão durante um espaço de tempo muito pequeno; nas que

---

(1) Bulteau—Du diagnostic et du traitement de l'occlusion intestinale, these de Paris, 1878.

morreram este existia desde alguns dias. Ahi está pois todo o segredo da cura, segredo penetrado já por Sands e Hutchinson, ambos os quaes attribuiram ao pouco tempo decorrido entre a invasão dos accidentes e o momento da intervenção o exito das suas operações. Ha pois indicação de operar as crianças attingidas de invaginação e esta indiçação é urgente: existe apenas durante as primeiras 24 horas, 48 horas talvez (Sands); mas passado este tempo a occasião é perdida e a criança morrerá a despeito da intervenção.

Para os adultos, se podemos ter confiança nas estatisticas, a indicação é absoluta; aqui a intervenção cirurgica impor-se-hia com o mesmo titulo que a laqueação d'uma arteria. Com effeito, ao passo que os adultos se curam espontaneamente na proporção de 37 por 100 (Leichtenstern), nós encontramos nas observações de Peyrot, (1) ainda que infelizmente colhidas em pequeno numero, 7 casos de invaginação, nos quaes a laparotomia deu apenas um insuccesso; ora $^1/_7$ representa pouco mais de 14 por 100 de mortalidade.

Á vista de resultados tão surprehendentes poderá seguir-se o conselho de Le Dentu, que recommenda a expectação nos adultos, pelo facto d'estes se curarem mais facilmente do que as crianças?

Uma circumstancia feliz é que nos adultos a indicação, se nos podemos assim exprimir, é mais duradoura do que nas crianças. A opportunidade da opera-

---

(1) Op. cit. pag. 56 e seg.

ção não fica restricta a tão estreitos limites; entretanto a regra de intervir com urgencia, sem ter o caracter absoluto que lhe reconhecemos para as crianças, possue ainda aqui muito valor.

Resumindo. Do que fica exposto deprehende-se a necessidade d'uma intervenção cirurgica opportuna no tratamento da occlusão intestinal aguda, necessidade solidamente fundamentada da inefficacia, para alguns casos, do emprego dos meios medicos, no pouco perigo que apresentam as operações practicadas na cavidade abdominal, quando se tomam as precauções do methodo antiseptico, nos bons resultados da intervenção cirurgica, quando tem logar em momento opportuno, nos resultados desastrosos d'uma longa temporização, quer só, quer com tentativas multiplas de desobstrucção do intestino pelo emprego dos meios medicos. Ora, deixando por agora a natureza da operação, que já por momentos temos feito entrever, mas que apuraremos por discussão ulterior, resumiremos as idéas precedentes, formulando com Petit (1) as seguintes conclusões:

A intervenção cirurgica está immediatamente indicada nos casos de estrangulamento interno por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna.

Nos casos recentes de volvulo e invaginação devem ensaiar-se os clysteres purgativos e todos os meios brandos que provoquem movimentos intestinaes; se estes meios não teem exito immediato, é porque ha adherencias ou obstaculos que não podem vencer, e então

(1) Revue des sciences médicales, 1881, pg. 339.

é necessario recorrer, sem perda de tempo, á intervenção cirurgica.

O mesmo procedimento está indicado em todos os casos de occlusão aguda de natureza duvidosa; e então, como diz Trélat, é necessario operar immediatamente, como é de preceito operar toda a hernia estrangulada que não pôde ser reduzida pela taxis.

Tal é o procedimento que, em harmonia com os resultados possiveis do diagnostico pathogenico, se nos afigura mais legitimo, e não nos fallece a convicção de que a lethalidade da occlusão intestinal será consideravelmente diminuida desde o momento em que o clinico adopte estas regras de conducta.

*
* *

Demonstrada a necessidade d'uma intervenção cirurgica urgente ao mesmo immediata no tratamento da occlusão intestinal aguda, vejamos qual o methodo operatorio a que convém dar a preferencia.

Como é bem sabido, o tratamento cirurgico da occlusão intestinal comprehende dois methodos essencialmente differentes pelo fim que se propõem attingir e pelos meios de o conseguir. Um, o mais antigo, propõe-se destruir directamente o obstaculo atravez d'uma larga abertura, practicada na parede abdominal é—*a laparotomia;* o outro, menos radical, não se preoccupando com a natureza da occlusão, procura simplesmente pôr termo aos accidentes, dando sahida

ás materias fecaes por meio d'uma abertura, practicada nas paredes do intestino é — *a enterotomia*.

Não pertence já ao momento actual estabelecer o parallelo entre estes dois methodos operatorios, como ainda ha pouco se fazia, confrontar as difficuldades, os perigos e os resultados, e concluir pelo emprego exclusivo d'um no tratamento de todas as occlusões do intestino. Presentemente cada um readquiriu definitivamente o logar que legitimamente lhe pertencia, e a questão do tratamento cirurgico da occlusão intestinal, não comportando já uma solução uniforme, formula-se actualmente nos termos seguintes: — em que casos se deve practicar a laparotomia, em que casos se deve recorrer á enterotomia? O que equivale a dizer que, tendo cada uma d'estas operações indicações especiaes, o clinico deverá concentrar todos os seus esforços em determinar, tão exactamente quanto possivel, quaes sejam essas indicações.

Mas, seria evidentemente exceder os limites previamente traçados a este trabalho, procurar deduzir estas indicações para todas as variedades de occlusão intestinal; restringindo, pois, a questão á fórma aguda d'esta affecção, que exclusivamente nos preoccupa, vejamos, de harmonia com o raciocinio e os factos, quaes as regras da intervenção cirurgica, em presença dos resultados possiveis do diagnostico pathogenico. Como vimos no capitulo precedente, a natureza da occlusão intestinal aguda póde ser da parte do práctico objecto d'um diagnostico preciso, provavel ou incerto, ou por outra — positivo ou duvidoso. Indaguemos, pois, o me-

thodo operatorio a seguir para cada uma d'estas eventualidades, principiando pelos casos de diagnostico duvidoso que mais frequentes vezes se offerecem á consideração do clinico.

## Indicações operatorias nos casos de occlusão aguda de natureza duvidosa

Como vimos precedentemente, o diagnostico das bridas e diverticulos rarissimas vezes é feito d'uma maneira absolutamente certa; o das hernias internas, anneis accidentaes e volvulo é-o ainda menos.

Que fazer, reconhecida a necessidade d'uma intervenção cirurgica? Abrir uma via artificial para a rejeição das materias, ou antes tentar levantar o obstaculo por meio da laparotomia?

Digamos primeiro que tudo que contra estes diversos obstaculos a enterotomia constitue apenas um meio palliativo, ao passo que a laparotomia póde tornar-se uma operação curativa. O cirurgião abrindo largamente o ventre ássegurar-se-ha *de visu* da natureza do estrangulamento e fal-o-ha desapparecer, quer manobrando sobre o intestino torcido no volvulo, quer seccionando o agente do estrangulamento, se se trata d'uma brida, d'um diverticulo, d'um annel accidental, ou d'um sacco herniario intra-abdominal. Esta ultima operação será, pois, a unica verdadeiramente indicada.

E na verdade, não só os resultados practicos confirmam a sua superioridade, como elemento therapeutico das occlusões agudas precedentes, mas ainda é neces-

sario reconhecer que é á laparotomia exploradora que deve dar-se a preferencia em todos os casos de occlusão aguda de natureza duvidosa.

Menosprezando o positivismo actual, que, não querendo intervir ás cegas, abre largamente o ventre para examinar de perto a causa do estrangulamento, os adversarios da laparotomia exploradora, encontrando porém na tolerancia do peritoneo um argumento que lhes é desfavoravel, procuram atacar a indicação d'esta exploração franca do abdomen apresentando asserções a que a practica não dá completo assentimento.

Tal é o caso de procurar escurecer as vantagens da laparotomia pelas difficuldades operatorias, e principalmente pela pretenção de haver impossibilidade frequente em descobrir e levantar o obstaculo ao curso das materias. E' certo que se não póde negar d'uma maneira absoluta a possibilidade de cahir sobre um obstaculo incapaz de ser levantado pela laparotomia, mas, além do facto ser excepcional para as occlusões agudas, a objecção não poderá ter valor sem previamente se demonstrar que a abertura da cavidade abdominal influe funestamente nos resultados da enterotomia ulterior, que n'estes casos especiaes deverá terminar a operacão. Não se demonstrando, pois, esta circumstancia, e fazendo-se ver, por outro lado, o pouco fundamento das objecções tiradas da difficuldade da operação e da impossibilidade de encontrar o obstaculo, ficarão completamente destruidos os argumentos principaes levantadas contra a laparotomia exploradora.

E' o que passamos a examinar.

Evidentemente a laparotomia não póde, sob o ponto de vista da difficuldade, sustentar o confronto com a enterotomia que é d'uma facilidade extrema; mas o que não pode dizer-se é que seja uma operação pouco exequivel. É certo que immediatamente á abertura da cavidade peritoneal a massa intestinal, dilatada pelos gazes, tende a fazer hernia atravez da ferida abdominal, conseguindo por vezes sahir em grande quantidade, incidente invocado como uma verdadeira complicação pelas difficuldades que acompanham a reducção do intestino.

Mas, como muito bem pensa Lucas Championnière, todas estas difficuldades devem ser attribuidas á estreiteza da abertura abdominal, d'onde conclue este auctor que abrindo largamente o ventre sobre a linha mediana se evita seguramente esta complicação; pelo menos L. Championnière, procedendo assim, não teve a luctar com ella nas operações que practicou. Vê-se, pois, que as difficuldades operatorias, deante das quaes ninguem por certo recuará, não são de natureza a fazer rejeitar uma operação que presta incontestavelmente os melhores serviços.

Será mais fundamentado o pretendido receio de não descobrir o obstaculo?

É verdade que na grande maioria dos casos o cirurgião que practica a laparotomia na occlusão aguda vae em procura do desconhecido; mas as difficuldades d'esta indagação serão realmente tão grandes que a laparotomia esteja fatalmente condemnada ao ostracismo?

Assim poderia acontecer, se a laparotomia fosse

uma operação sem regras particulares, na qual o cirurgião procurasse ás cegas no interior da cavidade abdominal; mas, desde o momento que regras fixas e precisas o guiam n'esta indagação, a objecção precedente perde todo o seu valor. Com effeito, o cecum constitue um ponto de reparo seguro que orientará immediatamente a exploração; o seu estado de repleção ou vacuidade indicará a direcção a tomar, de sorte que sem ter, por assim dizer, tocado a massa intestinal, poderá já o operador precisar a porção do canal que é a séde do estrangulamento. Desde então basta seguir com algum cuidado o intestino na direcção indicada para chegar rapida e fatalmente á sede da occlusão. E tanto isto é verdade que de 102 observações de laparotomia colhidas por Peyrot, nas quaes a natureza e séde da lesão não tinham sido préviamente bem determinadas, sómente 3 indicam a impossibilidade de encontrar o obstaculo real ao curso das materias. Dupuytren desconheceu uma brida enorme constituida pelo epiploon torcido, mas póde dizer-se tambem que a sua operação foi mal dirigida. A abertura do abdomen era apenas de 3 pollegadas, o operador introduziu sómente um dedo na cavidade abdominal, e, assustado por vêr sahir uma grande quantidade de liquido purulento, cessou rapidamente a exploração. Cruveilhier defrontou com um diverticulo do intestino delgado; este diverticulo era porém tão semelhante ao proprio intestino que o operador não o reconheceu. Maunder finalmente destruiu uma brida que lhe parecia comprimir o intestino e desconheceu um volvulo, licção que

deve ser aproveitada. Segue-se pois que com uma incisão sufficientemente extensa, como os cirurgiões não temem hoje fazer, e seguindo as regras aconselhadas no manual operatorio difficilmente escapará um obstaculo qualquer ao curso das materias no interior da cavidade abdominal.

Ora, dando-nos a laparotomia, d'uma maneira sufficiente, o poder de encontrar o obstaculo, não poderá legitimamente pretender-se que deva ser preferida á enterotomia em todos os casos de occlusão aguda de natureza duvidosa?

Não hesitamos em responder affirmativamente por esta dupla razão: se o obstaculo poder ser levantado, como deverá acontecer na quasi totalidade dos casos, tendo em vista a natureza das lesões que ordinariamente occasionam a occlusão aguda, a laparotomia nos dará com maior vantagem o poder do o fazer desapparecer; se por uma excepção a lesão realmente existente não fôr supposta e o obstaculo não poder ser levantado, o doente ficará ainda em condições que permittirão practicar a enterotomia ulterior com tantas probabilidades de exito, como antes da abertura do ventre.

Effectivamente, como pôr em duvida esta ultima asserção hoje que os cirurgiões estão singularmente familiarisados com as grandes aberturas do peritoneo, que muitos, baseados sem duvida na sua diminuta gravidade, aconselham a laparotomia todas as vezes que se torna necessario explorar com um intento qualquer a cavidade abdominal? E não se pense que esta affirmação é puramente especulativa, porque, se consi-

derarmos os casos de laparotomia, nos quaes esta operação não permittiu encontrar ou levantar o obstaculo, vemos que a abertura do ventre não exerceu influencia funesta. Com effeito, nas 102 observações de Peyrot, quer por não se descobrir o obstaculo, quer por ser impossivel a sua ablação, 13 doentes soffreram a enterotomia ulterior; 6 curaram-se, o que fornece, coisa curiosa, uma proporção de successos sensivelmente superior á da enterotomia immediata (46 por 100 em vez de 41).

Como interpretar este singular resultado? Seria simplesmente o acaso que influiria na cifra dos successos obtidos? O que é certo é que em alguns dos casos precedentes os operadores, depois de terem aberto o ventre e notado a impossibilidade de fazer desapparecer o obstaculo, reconheceram entretanto poder estabelecer com segurança um anus contra natura sobre o cecum ou o colon; ora abrir o grosso intestino n'estas condições, em logar de practicar ás cegas um anus artificial sobre o intestino delgado, muda seguramente as condições da operação. Póde pois ter acontecido que nos casos em que a laparotomia foi practicada a somma das vantagens devidas ao conhecimento exacto do mal tenha excedido a somma dos inconvenientes inherentes á operação.

Resolvida a questão d'um modo favoravel para a laparotomia na hypothese de haver, por excepção, um obstaculo incapaz de ser levantado, o raciocinio e os factos demonstram sobejamente a sua superioridade real para os casos ordinarios em que a occlusão aguda

depende d'um volvulo, ou d'uma qualquer das variedades de estrangulamento interno por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna.

Na impossibilidade, quer de reunir o numero exacto dos casos até hoje publicados, quer de apreciar directamente os resultados fornecidos pela enterotomia nas variedades anatomicas da occlusão aguda que actualmente nos proeccupam, soccorrer-nos-hemos ainda das observações de Peyrot com as devidas correcções.

Percorrendo o quadro das enterotomias por affecções não cancerosas e differentes da invaginação offerecido por este auctor, e onde implicitamente estão reunidas as variedades de occlusão em questão, cujos resultados convem indagar, encontra-se o seguinte: de 36 doentes, nos quaes muitas vezes se operou sem ter feito diagnostico, unicamente para dar sahida ás materias intestinaes, 21 morreram n'um espaço de tempo approximado da operação, 15 curaram-se e d'estes, 5 completamente, mesmo do anus contra natureza, ao fim de muito pouco tempo. Teriamos pois em massa para a enterotomia uma proporção de successos de 41 por 100 approximadamente. Mas é certo que esta cifra não pode evidentemente acceitar-se sem correctivo para as variedades de occlusão intestinal aguda de que se trata, porque nenhum dos 5 casos extremamente favoraveis, em que a desapparição dos accidentes foi brevemente seguida da cura do anus artificial, era provavelmente um estrangulamento por brida, diverticulo, annel accidental, ou collo de hernia interna. E comprehen-

de-se bem a razão d'esta asserção: que uma ansa tenha podido uma vez por acaso desencarcerar-se d'um annel, que uma brida tenha sido destruida por ulceração, não poderia rigorosamente contestar-se, mas são, por certo, factos de tal maneira excepcionaes, que auctorisam a suspeita precedente. Diminuindo pois 5 successos do numero dos casos favoraveis reduzir-se-ha a media d'estes resultados nas occlusões intestinaes agudas por estrangulamentos internos propriamente dictos e volvulos á proporção de 32 por 100; e ainda esta cifra é provavelmente exagerada.

Ora 72 laparotomias motivadas por bridas, diverticulos, anneis accidentaes, hernias internas e volvulos forneceram 25 curas e 47 mortes, isto é, uma media de 34 por 100 de successos.

Mas este resultado, que é já superior ao da enterotomia, está todavia ainda muito longe da cifra verdadeira que a laparotomia póde attingir. Já fizemos, com effeito, conhecer a influencia que exercia sobre os seus resultados o momento em que era posta em práctica; assim os doentes curados apresentavam uma media de 4 dias de soffrimento, os que morreram soffriam desde ha 6 dias; podemos pois estar seguros que para o futuro, quando a utilidade de operar com urgencia fôr melhor comprehendida, a laparotomia dará tambem resultados infinitamente superiores aos da enterotomia. Nem admira que assim seja.

Como poderá, effectivamente, um anus contra natura oppor-se aos progressos d'uma peritonite á eliminação d'uma eschara intestinal, a um derrame esterco-

ral ulterior? E a morte não sobrevirá muitas vezes em consequencia da gangrena e perfuração do intestino ao nivel do estrangulamento?

Mas ainda não é tudo.

A anatomia pathologica faz-nos ver que é o intestino delgado a séde ordinaria das occlusões precedentes, e o estudo attento da doença confirma por vezes este dado. Desde então não se póde pensar em practicar a enterotomia sobre o intestino grosso; expôr-se-hia o practico a não obter o resultado desejado. Sendo pois a enterotomia sobre o intestino delgado a unica que convem nos casos de diagnostico incerto, não poderá a incisão do intestino cahir muito perto do estomago e a alimentação do doente tornar-se insufficiente?

N'uma palavra, o menor numero de successos obtidos pela enterotomia, os perigos que resultam da persistencia do obstaculo, o receio de abrir o intestino muito perto do estomago, os inconvenientes d'uma cura que se não obtem senão á custa d'uma enfermidade destinada a persistir ordinariamente por toda a vida, são razões que devem levar decididamente os operadores á practica da laparotomia exploradora nos casos de occlusão aguda de natureza duvidosa.

## Indicações operatorias nos casos de diagnostico positivo

Invaginações. — São effectivamente as occlusões d'esta natureza que, em razão da sua symptomatologia especial, mais vezes comportam a solução diagnostica

precedente. Reconhecida a inefficacia dos meios medicos, e demonstrada a utilidade d'uma intervenção cirurgica urgente, a qual dos dois methodos operatorios dar a preferencia?

Hesita-se geralmente e com razão em traçar uma linha de conducta definitiva no tratamento cirurgico d'esta affecção desde que ha motivo para suspeitar phenomenos inflammatorios graves da parte do intestino, ou mesmo ameaça de perfuração; mas outro tanto não acontece para as phases iniciaes em que uma determinada intervenção está claramente indicada.

Que dizer, com effeito, da enterotomia na invaginação aguda? *Á priori* não podemos considerar racional a criação de um anus contra natura n'uma affecção como esta, pois que o intestino invaginado, ficando ainda estrangulado depois da operação, exporá o doente a probabilidades de morte multiplas. Mas não é unicamente no campo puramente especulativo que a laparotomia está indicada, porque os resultados practicos confirmam tambem a sua superioridade. Com effeito, a enterotomia para remediar a invaginação é mencionada 6 vezes no quadro das enterotomias, apresentado por Peyrot, com o seguinte resultado: um dos operados, criança de 16 mezes, succumbiu. Os outros eram adultos; tres morreram, dois sobreviveram. Teriamos pois uma proporção de successos de 33 por 100 approximadamente. A laparotomia para combater a invaginação é mencionada 23 vezes pelo mesmo auctor e fornece 9 curas e 14 mortes, o que dá 39 por 100 de

successos, proporção sensivelmente superior á da enterotomia.

Se agora o cirurgião, chegando muito tarde, se achasse em presença d'um doente, cujo intestino parecesse dever estar inflammado, ameaçado de perfuração, que deveria fazer? Duplay, não se pronunciando definitivamente sobre este ponto, deixa a cada um, segundo o seu temperamento, o cuidado de escolher entre a laparotomia e a enterotomia; entretanto nenhuma das duas operações é talvez indicada. Todos os casos, nos quaes depois da abertura do ventre a desinvaginação foi impossivel, terminaram pela morte, não obstante as precauções tomadas pelos operadores de deixarem passagem ás materias fecaes: anus artificial, resecção da porção do intestino invaginado e sutura consecutiva dos dois tôpos ao nivel das partes normaes.

A' vista d'estes resultados não seria muito para aconselhar uma intervenção cirurgica qualquer e o melhor seria ficar na expectação.

## Contra-indicações á laparotomia

Não ha outras contra-indicações a esta operação nas occlusões agudas, senão o estado de fraqueza extrema do doente e a certeza de que lesões graves inflammatorias ou gangrenosas existem já da parte do intestino; e ainda estas lesões, que contraindicariam absolu-

tamente a laparotomia na invaginação, não teem talvez a mesma importancia no estrangulamento interno propriamente dicto, onde a laparotomia parece dever ainda ser preferida á enterotomia. A razão é obvia: com a enterotomia o obstaculo persistindo, o mal tenderá a estender-se, depois da laparotomia póde, pelo contrario, esperar-se a sua extincção. Entretanto os factos são pouco numerosos para nos darem o direito de insistir mais.

Quanto á peritonite preexistente pareceu por muito tempo constituir uma contra-indicação formal ao successo das operações practicadas na cavidade abdominal; hoje porém os cirurgiões practicam a laparotomia não obstante a existencia da inflammação do peritoneo.

Um successo obtido por M. Terrier parece ter sido o ponto de partida d'esta nova conducta, a qual os factos ulteriores acceitaram como legitima. Spencer Wells chegou mesmo a affirmar que eram os casos de ovariotomia por kystos complicados de peritonite que se curavam melhor; e Desprès emitte a este proposito a opinião de que a abertura da cavidade abdominal tornar-se-ha talvez um dia um modo de tratamento da inflammação do peritoneo.

O que é certo porém é que em muitos casos se tem operado em plena peritonite, como no caso de Julliard em que as ansas eram vermelhas, distendidas e agglutinadas entre si, o que não impediu de se effectuar a cura. O mesmo se póde dizer do esphacelo do intestino, que igualmente não impediu Kocher de tirar exito d'uma laparotomia emprehendida contra uma

hernia reduzida em massa. Entretanto, e comprehende-se bem a razão, ás probabilidades de cura são na razão inversa da duração do peritonite.

*

* *

Não temos aqui a entrar na apreciação dos differentes processos da laparotomia, nem tão pouco a insistir sobre as indicações secundarias que se encontram depois da abertura do ventre, e que dependem das circumstancias em que fôr feita a operação. Deixando pois ao bom senso do clinico o cuidado de regular a sua conducta pelo que tiver descoberto, resumiremos as idéas expendidas nas paginas precedentes nas seguintes conclusões practicas:

A laparotomia para indagar o obstaculo ao curso das materias e para o levantar deve ser tentada em todas as *occlusões agudas*.

Ella permitte muitas vezes chegar ao resultado que se tem em vista attingir.

Se não dá o resultado desejado, não cria perigos consideraveis, nem se oppõe á criação d'um anus artificial.

A operação deve ser feita tão rapidamente, quanto possivel, depois da invasão dos accidentes.

Contra-indicada só está na invaginação aguda desde que phenomenos inflammatorios serios se teem declarado e principalmente desde que se suppõe imminente a perfuração do intestino.

Ao escrever a ultima palavra d'este trabalho não podemos occultar a profunda satisfação que sentimos, tendo assim definido perante o nosso espirito de alumno, a quem se pede uma ultima prova de aproveitamento, as condições de apreciação clinica, a cuja disciplina o practico terá de submetter o seu juizo, n'um assumpto eriçado de difficuldades, contornado de obstaculos, e, ainda para mais, notavelmente modificado no que tinha de classico e tradicional pelas conquistas da cirurgia moderna. Procurámos formar convicções, e para isso percorremos, tão completamente quanto nos era possivel, a área exploravel do assumpto, sob a conducta de modernos e auctorisados tratadistas, e portanto sem pretenções a originalidade e muito mais ainda sem vaidades de erudição. Realizámos finalmente a ultima prova de alumno, a quem na maior parte dos casos só é permittido assentar as bases essenciaes d'uma educação, a que a practica pessoal mais tarde definirá nitidamente os contornos. Que a bôa vontade de que nos parece ter dado prova seja tomada pelo illustrado jury á conta das deficiencias e lacunas, das imperfeições e incorrecções, que com certeza nos escaparam, e para as quaes pedimos mais uma vez o conselho dos nossos mestres, e a benevolencia dos nossos juizes.

# PROPOSIÇÕES

**ANATOMIA** — Nos cornos anteriores as cellulas motrizes estão dispostas em grupos distinctos.

**PHYSIOLOGIA**—A lei de uniformidade do rythmo é uma propriedade do apparelho nervoso cardiaco.

**MATERIA MEDICA** — A dieta pelas uvas tem um valor importante no tratamento das doenças chronicas do apparelho digestivo.

**PATHOLOGIA EXTERNA**—No tratamento do hydrocele vaginal ha motivos para dar a preferencia á injecção da mistura iodada na proporção de $^1/_2$ para os individuos idosos, de $^1/_3$ para os individuos novos.

**MEDICINA OPERATORIA**—Quando n'uma occlusão intestinal aguda estiver indicada a intervenção cirurgica, deve praticar-se a laparotomia.

**PATHOLOGIA INTERNA** —O abcesso do figado nem sempre se prende com a ulcera dysenterica.

**ANATOMIA PATHOLOGICA** — Na formação do callo osseo o periosseo desempenha um papel secundario.

**PARTOS** – Os vicios de conformação da bacia encontram muitas vezes explicação n'uma educação physica viciosa.

**PATHOLOGIA GERAL** – A reinoculação não é um meio seguro de diagnose da infecção syphilitica.

**HYGIENE**—O meio mais seguro de luctar contra o alcoolismo é melhorar as condições das classes pobres.

Approvada
**Azevedo Maia.**
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se.
O conselheiro-director,
**Costa Leite.**

# ERRATAS

| PAG. | ONDE SE LÊ | LEIA-SE |
|---|---|---|
| 58 | abtidos . | obtidos |
| 61 | methodo do antiseptico | methodo antiseptico |
| 65 | ao | ou |
| 68 | levantadas | levantados |
| 71 | fôr supposta | fôr a supposta |
| 79 | ás | as |