

1087

1902

BREVE ESTUDO

SOBRE A

Oclusão Intestinal

110/10 EMC

JOSÉ DELFIM DE SOUZA LAMY



BREVE ESTUDO

SOBRE A

OCCLUSÃO INTESTINAL

— 10 —

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



110/10 EMC

PORTO

Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão

66 — Largo de S. Domingos — 67

—
1902

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedratcos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica.	Illydio Ayres Peceira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa.	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica.	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira — Hygiene publica e privada	João Lopes da Silva Martins Junior.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	} José d'Andrade Gramaxo.
	} Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	} Pedro Augusto Dias.
	} Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	} José Dias d'Almeida Junior.
	} José Alfredo Mendes de Magalhães.
Secção cirurgica	} Luiz de Freitas Viegas.
	} Vaga.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A Meus Paes

e

A Minha Mulher

Na mesma pagina, de todas a mais
valiosa, vos reuno, porque o mesmo affecto
vos dedico.



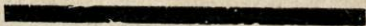
À Memória

de

minha irmã

Afra

Saudade.



A Meu Filho

José Eduardo

Um beijo.

A Minhas Filhas

Laura

Aurora

e

Alice

Um abraço.

A Meu Filho

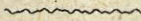
Augusto

Anceio pelo dia em que te
possa ser util.

A MEU PADRINHO

Dr. José Duarte Pereira do Amaral

Reconhecimento.



Aos Meus Condiscipulos

Tenho saudades da vossa leal
camaradagem.



Aos Meus Contemporaneos


Ao Meu Ilustre e Dignissimo Presidente

O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SNR.

Dr. Carlos Alberto de Lima



Antes de lêr

 MA lei organica d'esta Escola obriga-me a apresentar um trabalho escripto sobre qualquer assumpto das vastas sciencias medico-cirurgicas, escolhido *ad libitum*, sem o que não posso obter o diploma que me dá fôros de medico n'um concurso documental.

Obedecendo a esta lei, a cuja severidade não posso esquivar-me, embrenhei-me no inextricavel labyrintho d'essas sciencias, á procura d'um assumpto que por mim podesse ser abordado.

Depois de hesitações varias, forçado a tomar uma resolução, resolvi escrever sobre occlusão do intestino.

N'esta escolha influiu poderosamente um interessante caso d'occlusão que durante o anno lectivo tive ensejo d'observar na enfermaria de clinica medica.

Não posso invocar a insufficiencia de tempo para desculpar a pobreza do meu trabalho; mas outro tanto não digo da insufficiencia das minhas aptidões, alliada á escassez dos meus conhecimentos scientificos.

O assumpto que me mereceu a preferencia tem sido objecto, desde os tempos mais remotos da medicina, de numerosos trabalhos scientificos, cujo conjuncto constitue, na actualidade, um enorme monumento bibliographico.

Não quero com isto dizer que o complexo problema da occlusão intestinal esteja completamente resolvido. Longe d'isso. Tanto assim que, emquanto o tratamento tem realisado, n'estes ultimos vinte annos, grandes progressos, o diagnostico, se bem que enriquecido de novos e valiosos signaes, resta ainda obscuro.

Ao desenvolvimento da minha dissertação consagrarei os capitulos seguintes: etiologia e pathogenia, anatomia pathologica, symptomatologia, diagnostico e tratamento.

E' evidente que não poderei dar a todas estas partes o desenvolvimento que requeriam; por isso, demorar-me-hei sómente nos pontos que, sob o ponto de vista clinico, me parecerem essenciaes.

Para absolver este trabalho, que nada tem d'original, pois não posso produzir sciencia, resta-me appellar para a generosa e nunca desmentida benevolencia do distinctissimo jury a cuja apreciação vae ser submettido.

CAPITULO I

Etiologia e pathogenia

A oclusão intestinal é um estado morbido caracterizado por um conjuncto d'accidentes que a suppressão completa das evacuações alvinas póde determinar.

Aos termos *volvulo*, *estrangulamento interno*, *vomito estercoral*, *colica de miserere* e outros, empregados outr'ora como synonymos, prefere-se actualmente o termo *occlusão*, por abranger a generalidade dos casos de obliteração intestinal.

Multiplas e variadas são as causas que podem originar a oclusão do intestino. Numerosas são tambem as classificações que d'ellas fazem os auctores; mas por me parecer a mais simples, adoptarei a que reparte as causas em dois grupos fundamentaes: oclusões verdadeiras ou mecanicas e oclusões falsas ou dy-

namicas. N'estas intervém uma perturbação d'innervação do intestino — paralyisia ou contractura — contra a qual os meios medicos são quasi sempre efficazes; n'aquellas existe um obstaculo material que quasi sempre reclama uma intervenção operatoria. Cada um d'estes grupos comprehende numerosas variedades que vou passar ligeiramente em revista.

Occlusões verdadeiras ou mecanicas

A causa material que dá nascimento a estas occlusões póde ser extraparietal, intraparietal ou cavitaria, conforme residir fóra das paredes do intestino, na espessura das suas paredes ou na sua cavidade. A causa extraparietal é realisada por uma abertura natural ou accidental na qual uma ansa se introduz e se estrangula; por adherencias, determinando flexões anormaes; por uma brida mais ou menos tensa apertando o intestino; por uma viscera ou um tumor visinhos actuando por compressão. A causa intraparietal é constituida por apertos do intestino, pela sua invaginação e pela sua torsão (volvulo). As causas cavitarias são representadas pelos corpos estranhos existentes no interior do intestino.

Estrangulamento n'uma abertura. — As aberturas intra-abdominaes nas quaes o in-

testino póde a principio introduzir-se e mais tarde estrangular-se, originando assim as *hernias internas*, são normaes ou anormaes. Entre as normaes citarei, além dos anneis por onde se fazem as hernias retroparietaes ou intersticiaes, o hiato de Winslow, as fossetas pericecal, duodenal e sigmoideia por onde se fazem as hernias retroperitoneaes, tão bem descriptas por Jonnesco ⁽¹⁾; entre as anormaes referirei as perfurações do mesenterio, do epiploon, do mesocolon, os saccos herniarios deshabitados e, ainda que raras, as soluções de continuidade do diaphragma e do utero. O mecanismo da oclusão é exactamente o do estrangulamento herniario commum.

Estrangulamento por bridas. — As bridas são cordas fibrosas, massiças ou ôcas, estendidas como uma ponte entre dois pontos das paredes abdominaes ou entre um ponto d'estas paredes e uma viscera. Se o intestino passa por baixo da ponte assim formada, está arriscado, mais tarde ou mais cedo, a estrangular-se; se passa por cima póde ficar suspenso e dobrar. A brida póde ainda ficar livre n'uma das extremidades e apertar como n'um laço uma ou mais ansas intestinaes.

Parise ⁽²⁾ descreve duas variedades de nós

(1) *Progrès médical*, 1891.

(2) *Bulletin de l'Academie de Médecine*, t. XVI. 1851.

assim formados : nó d'ansa simples e nó d'ansa dupla.

No nó d'ansa simples a brida diverticular contorna a porção do intestino que se lhe segue immediatamente e a sua extremidade dilatada em ampôla, insinuando-se entre o intestino e o seu ponto d'origem, fixa-se n'esta posição. A brida diverticular constitue d'este modo um verdadeiro liame que abraça a ansa intestinal. Puxando pelo topo do intestino opposto á origem do diverticulo, a ansa estrangulada pôde soltar-se. O nó diverticular d'ansa dupla abraça duas ansas intestinaes, uma superior, outra inferior ao diverticulo. A primeira, *ansa nodal*, offerece os mesmos caracteres que no nó d'ansa simples ; a segunda, *ansa rotatoria*, executa uma rotação completa sobre o seu pediculo antes que o diverticulo tenha apertado a ansa nodal.

As bridas massiças são constituídas por appendices epiploicos progressivamente alongados e por vestigios de peritonites antigas ; as ôcas são restos d'orgãos embryonarios, como o diverticulo de Meckel, ou orgãos normaes alongados, como o appendice ileo-cecal e a trompa de Fallopio.

Adherencias peritoneaes.—Sob a influencia da menor irritação local, o peritoneo é susceptivel de fabricar adherencias que unem as ansas quer entre si quer aos orgãos vizinhos. Emquanto as circumvoluções intestinaes con-

servam as suas curvas normaes nenhuma perturbação se produz; mas desde que flexões anormaes se realisem, a circulação das materias estercoraes no interior do intestino fica mais ou menos prejudicada consoante o grau da flexão. Lejars ⁽¹⁾ diz que é sobretudo na peritonite tuberculosa que taes adherencias se realisam.

Compressões largas por tumores ou visceras abdominaes. — Esta variedade d'occlusão é assaz rara, porque, devido a uma mobilidade constante, o intestino foge diante do obstaculo e adapta-se ao seu desenvolvimento progressivo. Isto que deixo dito tem uma plena confirmação nos rarissimos casos d'occlusão intestinal observados durante a gravidez. Quando se dá a compressão, é principalmente no ceco e no recto que ella se manifesta, por serem as partes menos moveis do intestino grosso.

Volvulo. — Resulta da torsão ou da rotação d'uma ansa intestinal em volta do seu proprio eixo ou d'um eixo formado pelo mesenterio ou pelo mesocolon.

O enrolamento póde ainda dar-se em volta d'uma ansa ou mesmo d'um grupo d'ansas intestinaes.

A distensão do intestino e dos mesos reali-

(1) *Gazette des Hopitaux*, decembre 1891.

sa a condição mais favoravel para a sua produção. Este modo d'occlusão, que se observa principalmente na ansa omega, é temivel por causa de nós inextricaveis que ás vezes se formam.

E' mais frequente no homem que na mulher: em 20 casos, Trèves (1) menciona 16 homens e 4 mulheres.

Invaginação. — Consiste na penetração d'uma parte do intestino na parte adjacente. O tubo intestinal recebe na sua cavidade a ansa visinha invertida como um dedo de luva. Em regra a invaginação faz-se no sentido das evacuações alvinas, sendo então directa ou progressiva; mas, excepcionalmente, faz-se no sentido opposto, sendo n'este caso retrograda.

Em toda a invaginação ha pois a considerar tres cylindros: um externo ou peripherico, um mediano ou intermediario e um central. As duas superficies mucosas dos cylindros peripherico e medio correspondem-se, emquanto as superficies serosas dos cylindros central e medio acham-se em contacto.

A invaginação póde ser dupla e mesmo tripla; isto é no canal d'uma ansa invaginada póde introduzir-se uma nova ansa, n'esta ainda uma terceira, de sorte que n'um córte transversal, ver-se-hão tres, cinco ou sete cylindros

(1) *Intestinal obstructions*. Londres, 1884.

encaixados como os d'um oculo d'alcance. O calibre do segmento invaginado póde ficar permeavel, sobretudo se o ileon penetra no intestino grosso; então a oclusão é incompleta e affecta a fórma chronica. Mas, na grande maioria dos casos, a parte embainhada comprimida pela parte embainhante, que faz o papel d'um *annel constrictor*, congestiona-se, tumefaz-se e inflamma-se. Accidentes d'estrangulamento não tardam a estalar, acompanhando-se de consequencias qual d'ellas mais para temer. Assim, umas vezes o cylindro invaginado gangrena, destaca-se e elimina-se pelas vias inferiores, o que dá em resultado a perfuração do intestino se uma soldadura providencial entre os dois topos não tiver assegurado a continuidade das paredes; outras vezes, em volta do segmento invaginado, desenvolve-se uma peritonite parcial, sub-aguda, cuja gravidade é inutil encarecer ou produz-se uma perfuração seguida d'uma peritonite rapidamente mortal.

Relativamente á pathogenia, admitte-se actualmente que as contracções intestinaes, exaltadas por causas d'irritação diversas, representam o elemento etiologico preponderante da invaginação.

As estatisticas de Trèves mostram que a infancia é a epocha da vida em que de preferencia se manifesta este modo d'occlusão, e que a sua séde habitual é a região ileo-cecal.

Apertos. — São cicatriciaes ou produzidos por alterações organicas das tunicas intestinaes. Os primeiros, formados de tecido fibroso retractil, desenvolvem-se consecutivamente a lesões traumaticas ou a ulcerações da dysenteria, da dothienenteria e das enterites, sobretudo da tuberculosa. Os segundos são produzidos por neoplasmas do intestino e pela hypertrophia das tunicas muscular ou cellular. Na maioria dos casos, constituem um anel ou cylindro rigido que reduz o calibre do tubo intestinal a proporções tão exiguas que a mais pequena causa determina uma oclusão completa.

Dos neoplasmas do intestino o cancro é o mais commum encontrando-se de preferencia na região ano-rectal, na ansa omega e na valvula ileo-cecal.

Resta ainda mencionar os apertos congenitaes, tão bem estudados por Ducros, e que resultam d'um vicio de conformação, d'uma suspensão de desenvolvimento do canal digestivo.

Obturação por corpos estranhos. — Estes corpos são exogenicos ou endogenicos.

Os exogenicos proveem do exterior. São substancias refractarias á acção dos succos digestivos, introduzidas pelo anus ou engulidos por accidente ou por aberração.

Os endogenicos formam-se no interior do intestino. São materias fecaes endurecidas e

accumuladas, calculos intestinaes, calculos biliare e novos d'ascarides lombricoides. E' raro que os calculos biliare cheguem ao duodeno pela ampôla de Vater. Quasi sempre a presença do calculo determina entre a vesicula e a ansa visinha um trabalho adhesivo a principio, mais tarde ulcerativo que dá em resultado a penetração do calculo no intestino.

Occlusões falsas ou dynamicas

N'este grupo d'occlusões, o principal elemento pathogenico é representado, como disse, por uma perturbação das funcções dynamicas do intestino.

Ou os movimentos peristalticos estão exaggerados, ha espasmo ; ou estão diminuidos, ha paralyisia. Em qualquer dos casos, a retenção estercoral, que é a consequencia, póde ser levada a um grau extremo. Se isto se dá, o que não é muito raro, a estase prolongada das materias fecaes provoca a principio ligeiras perturbações d'infecção geral ; mais tarde, porém, as paredes intestinaes, irritadas pelo contacto das materias, revoltam-se, e como a insufficia ou a perversão das suas contracções não lhes permite expulsar o bolo fecal, que é muito duro e muito volumoso, sobreveem ac-

cidentes, por vezes tão agudos, que fazem pensar n'um estrangulamento interno.

A exploração rectal dissipa todas as duvidas. Comtudo, ha casos primitivamente assignalados por Henrot, em que os accidentes d'occlusão se manifestam com intensidade sem que nem obstaculo mecanico nem accumulção de materias existam nas vias intestinaes.

Na interpretação pathogenica d'estes casos incriminam-se phenomenos paralyticos, d'origem reflexa, provocados por um estado pathologico mais ou menos directamente em relação com o intestino. Assim é que a peritonite generalisada ou localisada, a colica hepatica ou nephritica, a contusão do abdomen, as lesões uterinas e annexiaes e certas affecções do tubo digestivo se manifestam por reacções funcionaes diversas, entre as quaes predominam os vomitos e a constipação. Que estas perturbações persistam, e eis constituida a falsa occlusão symptomatica.

Estas perturbações paralyticas não bastam, porém, para explicar o mecanismo dos pseudo-estrangulamentos.

Na sua producção ainda se deve fazer intervir os phenomenos espasmodicos reflexos. Dil-o Heidenheim ao assignalar que n'uma laparatomia encontrou escalonados ao longo do intestino alguns apertos espasmodicos que o obliteravam mais ou menos completamente.

CAPITULO II

Anatomia pathologica

Ao passo que nas oclusões dynamicas as lesões intestinaes e peritoneaes são insignificantes, o mesmo não succede nas mecanicas em que essas lesões se accentuam muitas vezes a ponto de terem sob a sua dependencia o successo d'uma intervenção operatoria.

Rapidamente exporei essas lesões assim como o papel importante que os agentes infectuosos desempenham no seu mecanismo.

Lesões do intestino

Estas lesões variam d'intensidade com a natureza da oclusão, a sua séde, a intensidade e a duração da sua acção.

Ao nivel do obstaculo encontram-se as lesões mais graves e mais precoces.

No estrangulamento interno por bridas, volvulo ou introducção do intestino n'uma abertura intra-abdominal, as alterações organicas são comparaveis ás que se observam nas hernias estranguladas.

O intestino fortemente congestionado ao nivel da constricção, passa por graduações de côr que terminam na côr de folha morta; n'alguns pontos não tardam a sobrevir perfurações, que podem determinar uma secção completa do tubo intestinal.

Na invaginação os phenomenos congestivos, provocados pela estase venosa, e uma tumefacção inflammatoria consideravel predominam a principio; adherencias entre as superficies peritoneaes do duplo cylindro interior depressa se formam; e, estrangulada pelo collo, isto é pela dobra de reflexão, a ansa invaginada não tarda a entrar em esphacelo.

Os apertos, quando supprimem as evacuações alvinas, são susceptiveis de produzirem desordens analogas ás que se podem encontrar na retenção estercoral prolongada: ulcerações, placas d'esphacelo e por vezes mesmo perfurações.

Os corpos estranhos volumosos ulceram a principio a tunica mucosa, em seguida a musculosa; casos se têm observado em que perfuram completamente a parede intestinal e fa-

zem irrupção no peritoneu, se uma barreira defensiva, constituída por adherencias prévias, se não tiver formado.

Em resumo, póde dizer-se que a perfuração e a gangrena são a terminação habitual das lesões intestinaes nas fórmias agudas da oclusão.

D'aqui se deduz uma indicação d'uma grande importancia pratica: a necessidade de intervir pelos meios cirurgicos o mais cedo possivel.

Acima do obstaculo os phenomenos inflammatorios diminuem d'intensidade a partir do fóco inicial; mas, em compensação, observa-se a distensão excessiva do intestino pelas materias accumuladas e pelos gazes. O meteorismo resultante é consideravel, sobretudo no volvulo, o que prejudica a investigação do obstaculo no decurso da laparatomia.

Abaixo do obstaculo as lesões encontradas contrastam absolutamente com as observadas acima. As ansas intestinaes, de côr pallida, vasia e abatidas, tornam-se um guia precioso na descoberta da séde da oclusão.

Lesões do peritoneu

A congestão intensa que se faz ao nivel do obstaculo e acima d'elle provoca á super-

ficie das ansas dilatadas a apparição de exsudatos sero-fibrinosos.

Taes exsudatos eminentemente plasticos formam falsas membranas que agglutinam as ansas entre si; são susceptiveis d'organisar-se e constituir adherencias solidas que, no caso de perfuração, preservam algumas vezes o peritoneu d'um derramamento estercoral.

Os mesos tambem participam dos mesmos phenomenos congestivos.

Os vasos sanguineos e lymphaticos estão obstruidos e ás vezes cheios de coagulos; os ganglios tumefazem-se, podendo mesmo formar abcessos; e os folhetos inflammam-se, tornam-se espessos e retrahem-se.

A peritonite diffusa, accidente sempre para reccer no decurso da oclusão intestinal, póde succeder á perfuração do intestino ou fazer-se sem perfuração.

N'este ultimo caso a peritonite resulta da propagação á serosa das lesões existentes á superficie do intestino. A inflammação do peritoneu revela-se então por uma injeção mais ou menos intensa, por algumas adherencias e por derramamentos sero-sanguineos ou sero-purulentos.

Quando consecutiva a uma perfuração, constata-se na cavidade peritoneal um derramamento mais ou menos consideravel de gazes e materias fecaes quasi sempre liquidas, banhando as ansas deprimidas. No caso d'oc-

clusão por corpo estranho, pôde ainda encontrar-se este corpo entre as materias derramadas.

Lesões a distancia

Além das lesões intestinaes e peritoneaes, não é raro produzir-se alterações materiaes em órgãos distantes, particularmente nos pulmões, no baço e nos rins. Em geral, consistem em congestões recentes, mas ás vezes encontram-se fócios d'embolia, infarctos com degenerescencia mais ou menos profunda, lóbos inteiros attingidos de pneumonia massiça.

A pathogenia d'estas lesões visceraes, independentes do fóco morbido inicial, tem sido diversamente interpretada conforme as doutrinas reinantes.

Verneuil invocava a acção reflexa exercida pelo estrangulamento do intestino sobre o grande sympathico, a medulla e o pneumogastico. Alguns attribuiam as perturbações pulmonares á passagem das materias fecaloides para as vias respiratorias, durante os vomitos. Outros ainda admittiam uma intoxicação do organismo causada pela retenção das materias intestinaes.

Actualmente a theoria microbiana veio esclarecer d'um modo plausivel o mecanismo d'essas lesões.

Segundo esta theoria, o tubo digestivo é um viveiro de microbios, que, no estado normal, ficam inoffensivos, porque não só as vias intestinaes estão largamente abertas, como tambem o epithelio da mucosa oppõe uma barreira absoluta á penetração d'esses germens através das paredes. Na oclusão, bem como em certos estados pathologicos, a virulencia dos microbios exalta-se pelo facto da retenção, e, se uma erosão da mucosa se produz, uma porta de sahida é aberta á migração dos germens infecciosos, que, levados na corrente circulatoria, vão inocular as grandes visceras, os rins, os pulmões, o systema nervoso.

Investigações recentes mostram bem o papel dos microbios na marcha rapida das alterações organicas locaes ou afastadas. Sem elles, o esphacelo das paredes seria menos precoce e menos temivel, as lesões do mesenterio não pôdem explicar-se senão graças ao transporte dos germens pelos vasos sanguineos ou lymphaticos, são elles que, na ausencia da perfuração, inoculam o peritoneu; elles emfim que determinam pela sua presença ou pelos seus productos toxicos os phenomenos geraes de alta gravidade bem conhecidos desde os trabalhos de Verchère ⁽¹⁾ sob o nome de septicemia intestino-peritoneal.

(1) *Revue de chirurgie*, 1888, p. 559.

A invasão do organismo por esta legião de microbios explica a apparição de pneumonias, de erupções infecciosas, mesmo depois do restabelecimento das evacuações.

Em apoio d'esta theoria, tão clara como attrahente, veem a bacteriologia e a medicina experimental. Assim é que no liquido peritoneal, á superficie das ansas estranguladas, nas visceras congestionadas, nos infarctos, nas embolias, no sangue do baço e da veia-porta, os exames bacteriologicos teem verificado a presença d'esses agentes infecciosos. Demais, Klechi, estrangulando o intestino do cão com aneis de caoutchouc, determinou a pullulação dos microbios, a exaltação da sua virulencia e a sua migração.

Possner e Lewin ⁽¹⁾, fazendo nos animaes a oclusão mecanica do recto, observaram a invasão de todos os orgãos pelos microbios, principalmente pelo coli-bacillo.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 710.

CAPITULO III

Symptomatologia

Duas fórmulas clinicas bem distinctas póde revestir a oclusão intestinal: a fórmula aguda, em que os accidentes estalam bruscamente e se precipitam com uma gravidade extrema; a fórmula chronica, em que as manifestações symptomaticas apparecem lenta e progressivamente sem o character alarmante da primeira fórmula.

Forma aguda

Os symptomas d'esta modalidade clinica apresentam grandes analogias com os da hernia estrangulada. De repente, sem causa apreciavel, uma dôr violenta, por vezes dilacerante, manifesta-se n'um ponto fixo do abdomen,

generalizando-se depressa; quasi immediatamente sobreveem nauseas, depois vomitos a principio alimentares, bem depressa biliosos, e por fim fecaloides. O ventre a principio retrahido, não tarda a inchar consideravelmente e as ansas intestinaes desenham-se em relevo mais ou menos saliente. A constipação é absoluta logo desde o começo, ou depois d'uma ou duas evacuações; a emissão de gazes pelo anus supprime-se por completo. Em breve os phenomenos depressivos accentuam-se; a angustia é inexprimivel; o pulso é pequeno e irregular; o rosto empallidece e altera-se; a voz extingue-se; os olhos excavam-se; um soluço persistente ajunta-se aos vomitos; a temperatura baixa; a respiração é difficil; a pelle cobre-se de suores frios e o doente succumbe, conservando, na maioria dos casos, as faculdades intellectuaes intactas até ao fim.

Este quadro classico da oclusão intestinal offerece, comtudo, muitas nuances, como é facil de vêr ao passar rapidamente em revista, pela ordem por que apparecem, cada um dos phenomenos morbidos.

A *dôr*, muito viva, mesmo intoleravel, é quasi sempre o phenomeno inicial; pôde comtudo faltar, o que é muito raro observar-se na forma aguda da oclusão.

A principio localisada n'um ponto fixo, não tarda a irradiar por todo o abdomen; o doente sente algumas vezes que o maximo da

dôr reside n'um ponto em relação com a séde do obstaculo; as mais das vezes, porém, é sobretudo nos arredores do umbigo que ella mais se faz sentir, o que seria devido, segundo Trèves, a que o centro do plexo solar corresponde a esta região.

A dôr muitas vezes é continua; outras vezes apresenta exacerbações ou so-brevem por crises, no intervallo das quaes é nulla.

A dôr continua é causada pela estriatura permanente do intestino ou do mesenterio; os paroxysmos e as crises são devidas a contracções peristalticas e antiperistalticas, que são intermittentes.

Nas pessoas corajosas e intelligentes, o caracter subjectivo dos soffrimentos locais pôde prestar indicações de grande utilidade. Assim é que um official, operado por causa d'um volvulo, accusava nitidamente n'um ponto fixo, que se reconheceu corresponder á séde do volvulo, uma sensação d'estrangulamento, de constricção intestinal.

Na invaginação do intestino grosso, no adulto, é uma especie de esforço doloroso d'expulsão a sensação percebida.

A persistencia do mesmo ponto doloroso fixo no intestino é para Besnier ⁽¹⁾ o signal

(1) *Des étranglements internes de l'intestin*, 1860.

pathognomonic da oclusão verdadeira ou mecânica.

A cessação brusca da dôr, seguida d'allivio, sem evacuação pelas vias naturaes, annuncia a gangrena ou a perfuração, ao mesmo tempo que o aniquilamento de todas as potencias reaccionaes do organismo.

Os *vômitos* são phenomenos precoces e constantes em todas as variedades d'occlusão, porque dependem da mesma causa — a contracção antiperistaltica reflexa do estomago e do intestino. A principio as materias vomitadas são alimentares, em seguida muco-biliosas, e por fim fecaloides, isto é tem o aspecto e o cheirô das dejecções diarrheicas. Ha grandes bizarrias na maneira como os vômitos se manifestam.

Muito abundantes e incoerciveis em certos casos, podem outras vezes espaçarem-se muito. Alguns doentes vomitam uma ou duas vezes a principio, depois os vômitos cessam inteiramente ou tornam-se raros; outros ha em que os vômitos só apparecem vinte e quatro ou trinta e seis horas depois do começo da oclusão; outros ainda apenas tem um ou dois vômitos insignificantes durante os dois ou tres primeiros dias. Para muitos estas differenças estão em relação com a natureza da oclusão e a séde do obstaculo. Com effeito, os vômitos são mais precoces e mais rebeldes no estrangulamento interno (hernias, bri-

das, volvulo) do que nas outras variedades d'occlusão. Os esforços anti-peristalticos são tanto mais violentos quanto mais elevado é o ponto do intestino delgado onde tem séde o obstaculo.

A *constipação* é o symptoma por excellencia da oclusão intestinal aguda; mas a suppressão das fezes não é sempre completa desde os primeiros instantes, porque, sob a influencia dos movimentos reflexos do ponto obstruido, o intestino póde exonerar-se das materias situadas abaixo do obstaculo.

A *ausencia d'emissão de gazes* pelo anus é constante na fórma aguda, constituindo um valioso elemento para differenciar esta fórma da chronica. Comtudo, em certos casos d'invaginação aguda, alguns gazes podem passar ao mesmo tempo que um fluxo de materias sanguinolentas e fétidas. Longe de ser tomado por um symptoma favoravel, este fluxo deve ser considerado como prova de lesões congestivas e hemorrhagicas avançadas.

A *inchação do ventre* não apparece immediatamente; em bom numero d'occlusões agudas, encontra-se mesmo o ventre retrahido, o que é um effeito da contractura dos musculos abdominaes provocada pela dôr. O meteorismo é mais ou menos consideravel conforme o ponto em que existe o obstaculo. Se este reside na ansa ómega, o intestino grosso será o primeiro a meteorisar-se e for-

mará o chamado quadro colico, que dá ao ventre um aspecto alargado muito característico. Se tem séde na região ileo-cecal, os gases distenderão o intestino delgado e o abdomen dirigir-se-ha para diante. Em qualquer dos casos, esta fórma particular de abaulamento do ventre é de curta duração; depressa attinge proporções excessivas, mesmo d'um dia para o outro, e, repellindo o diaphragma, prejudica a respiração e a circulação.

Symptomas geraes. — São phenomenos de depressão vital que se desenvolvem sob a influencia de dois factores pathogenicos cujos effeitos independentes ou combinados se traduzem por graus diversos consoante as phases do processo morbido. Estes factores são a reacção nervosa e a anto-intoxicação.

Todos os apparatus da economia são mais ou menos affectados na oclusão intestinal. — Rapida e successivamente passarei em revista: as perturbações circulatorias, respiratorias, urinarias e cerebro-espinhaes.

Perturbações circulatorias. — As contracções cardiacas são fracas e irregulares; o pulso é pequeno, frequente, por vezes filiforme e imperceptível.

Em virtude da depressão cardiaca constata-se o afrouxamento da circulação venosa que se manifesta do lado das visceras por congestões passivas e na periphéria pelo arrefecimento da pelle, a cyanose das extremi-

dades e suores profusos. A temperatura abaixa, o que Bouchard attribue em grande parte á reabsorpção das substancias toxicas das materias fecaes retidas.

Perturbações respiratorias. — A dyspnéa, quasi constante, reconhece causas multiplas nas diversas phases da doença. A principio o doente para moderar os soffrimentos reprime a respiração; em breve a pneumatose intestinal repelle o diaphragma e difficulta o desenvolvimento dos pulmões; emfim a congestão pulmonar declara-se mais ou menos depressa, favorecida pela depressão cardiaca. Em consequencia, os movimentos respiratorios são fracos, curtos e precipitados; na physionomia do doente pintam-se o desespero, a angustia e a oppressão.

Perturbações urinarias. — A diminuição da quantidade d'urina é um phenomeno reflexo frequentemente observado desde o principio da oclusão; póde ir até á anuria completa.

Alterações renaes congestivas ou microbianas podem ainda assignalar-se.

Perturbações das funções cerebraes e medullares. — E' sabido quão rapidamente as affecções dos orgãos abdominaes se fazem repercutir no systema nervoso. Os accidentes são tanto mais intensos quanto a irritação nervosa é mais viva. E' sobretudo no estrangulamento interno por bridas, volvulo ou hernias inter-

nas que os phenomenos nervosos mais se accentuam. Logo desde o principio os doentes perdem toda a energia, o enfraquecimento faz rapidos progressos e em breve ficam extenuados; por fim a prostração, o torpor, o coma apoderam-se d'elles. São excepcionaes a excitação e o delirio; só se observam nos alcoolicos. As faculdades intellectuaes e os orgãos dos sentidos ficam intactos até ao fim.

Do lado dos membros, observam-se caimbras musculares, ás vezes espasmos convulsivos e uma emaciação rapida que contrasta com o volume do ventre meteorizado.

Na oclusão aguda a morte sobrevem geralmente do quinto ao setimo dia.

Em certos casos muito graves os doentes são arrebatados em vinte e quatro horas ou quarenta e oito horas por phenomenos nervosos d'uma intensidade assustadora. Muitas vezes, no ultimo periodo, á acceleração pura e simples da respiração ajunta-se uma congestão pulmonar generalizada que precipita o desenlance.

Em muitos casos a doença termina por uma peritonite aguda estabelecida por propagação ou por perfuração. A' hypothernia póde então succeder uma elevação de temperatura até 39° e 40°.

No caso de perfuração, póde observar-se, pela palpação, um ruido hydro-aereo devido á mistura de liquidos e gases. A oclusão aguda é sobretudo privativa do estrangulamento por bridas, volvulo, invaginação aguda e hernias internas. Muitas oclusões chronicas podem terminar por um episodio d'occlusão aguda.

Fórma chronica

N'este typo clinico os symptomas estabelecem-se, em geral, lenta e insidiosamente. A principio manifestam-se perturbações digestivas mal defenidas : lentidão das digestões, flatulencia, constipação persistindo durante muitos dias e terminando por uma evacuação abundante. Mas pouco e pouco, a duração dos periodos da constipação augmenta ; o ventre tende a inchar, e a oclusão parece completa ; entretanto uma medicação purgativa produz ainda uma evacuação abundante.

Por fim os accidentes renovam-se, resistem a toda a therapeutica e a oclusão é constituida. A marcha dos accidentes não é comparavel á da fórma aguda. Muítas vezes fica-se surprehendido da fraca reacção geral determinada pela suppressão das materias.

A *dôr*, que póde faltar, é sempre pouco

pronunciada, diffusa, intermittente, consistindo em colicas sem caracter especial.

A *constipação* não é absoluta; alterna muitas vezes com evacuações diarrheicas, ás vezes misturadas de sangue, e acompanhadas de tenesmo.

Os *vomitos* são raros e só se tornam fecaloides n'um periodo avançado da doença.

A *inchação* do ventre é muito menor que na oclusão aguda; só se accentua quando os phenomenos d'occlusão são muito pronunciados.

Os *symptomas geraes* apparecem tardia-mente e como accidentes ultimos.

Em summa, a fôrma chronica é caracterizada pela successão de duas ordens d'accidentes: symptomas de diminuição progressiva do calibre do intestino, que são os primeiros a apparecer, e symptomas de suppressão completa das materias.

Os estados diversos que originam esta fôrma d'occlusão são: apertos cancerosos; invaginação chronica; compressões por orgãos abdominaes hypertrophiados ou deslocados e por tumores; flexões anormaes; adherencias extensas, resultantes de inflammações chronicas do peritoneu; obstrucções por polypos, corpos estranhos, sobretudo materias feacas accumuladas. O desenlace d'esta fôrma d'occlusão é realisado, as mais das vezes, por uma crise d'occlusão aguda.

CAPITULO IV

Diagnosticco

Uma therapeutica racional só póde ser estabelecida quando assenta n'um diagnostico preciso. Comprehende-se, pois, a attenção que deve merecer ao pratico o diagnostico da occlusão intestinal, que, quando bem feito, não só guia os esforços da therapeutica como tambem evita erros funestos.

E' um problema difficil que se propõe a todo o clinico, não ha duvida; mas não impossivel de resolver como outr'ora era crença geral.

Para corroborar o que deixo dito, basta citar a authoridade scientifica de Kirmisson que, na Sociedade de Cirurgia, declarou recentemente que estudando cuidadosamente os commemorativos, analysando todos os symptomas, póde-se chegar na grande maioria dos

casos a um diagnostico senão absoluto, pelo menos sufficiente para dirigir uma therapeutica racional.

A resolução d'esse complexo problema abrange a resolução das seguintes questões :

- 1.º — Diagnostico da existencia da oclusão intestinal ;
- 2.º — » da sua natureza ;
- 3.º — » da sua variedade ;
- 4.º — » da sua séde.

Rapidamente examinarei cada uma d'estas questões.

Diagnostico da existencia. — Ha doenças que podem simular nas suas manifestações symptomaticas a oclusão intestinal. Vou passal-as em revista.

O *chólera*, certos *envenenamentos*, as *colicas hepaticas* ou *nephriticas* podem apresentar analogias, ainda que grosseiras, com a oclusão. Basta, em geral, conhecer a possibilidade de semelhantes confusões, para evitar commettel-as.

Dysenteria. — Póde confundir-se com a invaginação : nos dois casos, ha evacuações sanguinolentas, dôres com tenesmo e vomitos ; mas os antecedentes, a evolução differente, o exame fazem reconhecer n'um caso o cylindró invaginado, no outro as ulcerações da mucosa.

Hernia externa estrangulada. — Todos os

pontos pelos quaes as visceras podem sahir devem ser cuidadosamente examinados, e sómente depois d'este exame ter fornecido um resultado negativo é que a idéa de hernia estrangulada deve ser excluida.

Peritonites generalisadas. — Actualmente, podendo convir a laparatomia nas duas ordens de doenças, um erro no diagnostico não tem grande importancia.

A peritonite, sempre secundaria, succede a um traumatismo do abdomen com ferida ou lesões internas, a uma operação, a um parto, a uma affecção visceral infecciosa, ulcerosa, neoplasica.

A dôr é mais rapidamente generalisada na peritonite do que na oclusão; é mais superficial, mais delicada, impedindo o menor contacto, mas tambem mais facilmente acalmada pelo opio.

A supressão das fezes e dos gazes é muito relativa, cede geralmente aos meios usuaes. Como a dôr, o meteorismo é sem localisação precisa, sobe rapidamente e occasiona bem depressa a dyspnéa mecanica.

A temperatura é considerada como um signal de primeira ordem. Hypothermia na oclusão, hyperthermia na peritonite, tal é a regra; mas não deixa de haver excepções. Emfim o estado geral é antes deprimido na oclusão e excitado, febril, na inflammação do peritoneu.

Peritonites localizadas. — Ha numerosas variedades conforme a séde e a origem.

Tomemos para typo a que, pela sua frequencia, pelo seu modo d'evolução e pelas suas relações com o intestino se assemelha mais á oclusão intestinal e mais expõe á confusão: a appendicite.

Todas as formas da appendicite aguda podem simular a oclusão intestinal. As crises appendiculares das creanças fazem pensar na invaginação; a appendicite de fóco limitado com ou sem corpos estranhos, apparece de repente, provoca reflexos geraes e um peritonismo intenso como o estrangulamento interno, de sorte que a hesitação é possível.

A appendicite perforante com peritonite sobre-aguda é sobretudo considerada por Jalgulier como difficil de distinguir da oclusão, e da mesma opinião compartilha Broca.

Em muitos casos, entretanto, póde achar-se na fossa iliaca direita os signaes d'um fóco inflammatorio local; um empastamento doloroso differente do cylindro da invaginação e que se apresenta antes sob a fórma d'uma larga placa adherente na profundeza. Ha quasi sempre febre; emfim a suppressão das fezes e dos gazes raramente é absoluta.

Diagnosticó da natureza. — Estabelecido o diagnosticó da existencia da oclusão, é preciso agora saber se esta é dynamica ou mecanica. No caso de retenção estercoral prou-

gada, a diagnóse é facil pois a passagem dos gazes, a constipação chronica, o reconhecimento facil da massa fecal não permitem enganar.

Mas quando se trata d'uma falsa oclusão reflexa, a distincção é difficil de fazer. E' d'esta opinião Tillaux que diz « é tão difficil estabelecer as bases d'uma distincção firme entre o pseudo-estrangulamento e o estrangulamento verdadeiro que o erro será sempre possivel. »

Comtudo, a constatação de certos phenomenos ou de nuances nos symptomas communs é em favor da falsa oclusão.

A ausencia d'um ponto doloroso fixo, a intermittencia das crises, a intensidade paroxystica de certos phenomenos subjectivos contrastando com a benignidade relativa de certos outros, a raridade de vomitos fecaloides, o exagero do meteorismo sem peritonite, são ás vezes elementos dignos de reflexão.

Emfim, resta ainda um recurso no tratamento medico que póde tornar-se uma verdadeira pedra de toque.

Os antispasmodicos são capazes de resolver uma falsa oclusão por contractura; a electricidade tem muitas vezes demonstrado a natureza paralytica da oclusão despertando os movimentos peristalticos. O tratamento explorador impõe-se, pois, todas as vezes que o diagnostico fica indeciso e que o estado geral do doente permite ainda temporisar.

Diagnostico da variedade. — Uma vez conhecida a natureza mecanica da oclusão, é util, para apreciar a oportunidade da intervenção operatoria, conhecer qual a sua variedade.

Uma primeira distincção deve ser feita entre o estrangulamento interno (bridas, volvulo, hernias internas) e as outras variedades. O estrangulamento interno caracteriza-se pela intensidade especial e gravidade precoce do quadro clinico; é o typo fatal da oclusão. Colicas atrozes, vomitos incoerciveis e fecaloides, supressão absoluta das materias depois d'uma primeira evacuação, abatimento, angustia, terror da morte, manifestam-se aqui em toda a sua agudeza e precipitação.

O ponto doloroso maximo é muito nitido no começo para o doente que accusa ás vezes uma sensação especial de estriatura. A' palpação não se nota nenhum tumor. Um elemento importante do diagnostico d'esta variedade d'occlusão é o derramamento intra-peritoneal. A presença d'um derramamento nas regiões declives, nos primeiros dias d'uma oclusão aguda, antes que se tenham produzido complicações, é um phenomeno muito útil de constatar.

Gangolphe ⁽¹⁾ diz que este derramamento

⁽¹⁾ *Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894.

sero-sanguineo, inteiramente comparavel ao que se acha no sacco das hernias estranguladas, é uma prova quasi peremptoria do mecanismo da oclusão por estrangulamento interno, mecanismo este que produz uma difficuldade intensa e rapida na circulação venosa das paredes intestinaes.

A descoberta d'este symptoma deve fazer pensar n'uma hernia interna, na introdução d'uma ansa n'um annel ou sob uma brida, n'um volvulo, circumstancias estas que reclamam uma laparotomia precoce.

Devemos, pois, percutir cuidadosamente as regiões declives, fazendo voltar o doente em diversos sentidos. Na mulher, o toque vaginal permite ás vezes achar a sensação de liquido no fundo de sacco posterior. Não tendo sido constatado o derramamento antes da operação, se á abertura uma serosidade sanguinolenta corre e não ha vestigio de peritonite para explicar a sua origem, devemos crêr no estrangulamento e procural-o com perseverança.

Quando a porção do intestino isolada pelo estrangulamento é consideravel, dilata-se em taes proporções que se reconhece sob as paredes á vista e á palpação — é o signal de Wahl quasi pathognomonic do volvulo.

As flexões anormaes do intestino com adherencias peritoneaes differem do estrangulamento verdadeiro pela agudeza menor

de todos os symptomas. E' bem raro que não se encontrem nos antecedentes crises premonitorias analogas ou phenomenos precursores.

Emfim, e isto poderia distinguir as flexões dos apertos cuja evolução é quasi a mesma, as adherencias peritoneaes formam-se na occasião de causas locais que o interrogatorio póde descobrir. São inflammções visceraes antigas ou recentes, traumatismos do abdomen, operações cirurgicas feitas na região do ventre ou da bacia.

A invaginação é a variedade que suscita menos duvidas; tem por si symptomas muito convincentes e certos mesmo pathognomonicos. A idade a principio; na creança é o mecanismo habitual da oclusão aguda. Em seguida a presença d'um tumor molle, cylindrico e movel, não guardando a impressão dos dedos, doloroso á pressão e ao nivel do qual se sentem movimentos vermiculares. Algumas vezes o toque rectal constata o cylindro invaginado sob a fórma d'uma rolha circular de superficies lisas e molles, separada das paredes por um sulco e apresentando uma abertura no centro. Em terceiro logar, a expulsão pelo anus de fluxos sanguinolentos ou retalhos de tecido esphacelado. Por fim a inchação menos accusada, mais tardia; os vomitos antes biliosos e raramente fecaloides.

Tudo isto deve pensar na invaginação.

Os apertos do intestino quer sejam cica-

triciaes ou organicos, não occasionam occlusão grave senão em seguida a uma série de perturbações anteriores. Quando a marcha dos accidentes é regular e progressiva, explicam-se evidentemente por um aperto que se vae estreitando cada vez mais; mas quando são vagos e intermitentes, o diagnostico é muito delicado. Os apertos neoplasticos podem mesmo ficar ignorados até á crise ultima. Foi o que succedeu com um homem de 72 annos que veio morrer ao hospital com symptomas d'occlusão aguda; era a sua primeira doença; na autopsia, encontrou-se um cancro na valvula ileo-cecal.

Quando o doente é um velho, e se acha o seu tumor no ventre ou, pela exploração rectal, se encontra um ponto retrahido, não ha que hesitar: é um cancro. Quando é uma pessoa nova e não se descobre nenhum vestigio de neoplasma como pensar n'esta causa excepcional d'occlusão aguda?

A occlusão pela compressão do intestino por tumores é de facil diagnostico.

A existencia do tumor, a apparição dos accidentes consecutivamente ao seu desenvolvimento fornecerão indicações sufficientemente precisas.

Para os corpos estranhos, que vindos do exterior, entraram pelas vias naturaes, os commemorativos estabelecem facilmente a

diagnóse. Quando introduzidos pelo anus o toque rectal permite attingil-os.

Os calculos biliares podem ser reconhecidos depois das crises anteriores de colicas hepaticas e dos symptomas de cholecystite que annunciaram a passagem directa do calculo da vesicula para o intestino delgado n'uma epocha mais ou menos approximada da epocha da oclusão.

No diagnostico dos corpos estranhos o catheterismo do intestino e a radiographia podem ser de grande utilidade.

Diagnostico da séde. — A intervenção cirurgica seria mais restricta, evitar-se-iam muitas pesquisas longas e dolorosas se se podesse ir direito á séde do obstaculo. Para que este diagnostico fosse completo, deveria precisar a principio o logar do ventre em que se acha a causa material da oclusão; em seguida o ponto suspeito em toda a extensão do intestino. E' o que se designa pelos termos de: séde topographica e séde anatomica.

O diagnostico da séde topographica, talvez mais importante que o outro, é tambem mais possivel, com a condição de vêr os doentes muito cedo.

Faz-se sobretudo pelo exame local superficial que nos esclarece sobre o ponto maximo das dôres, das contracções e do meteorismo, sobre o signal de Wahl, sobre a presença d'um tumor na massa intestinal.

No entanto as impressões dolorosas subjectivas devem ser verificadas cuidadosamente; muitas vezes o doente localisa no estomago ou no umbigo soffrimentos que veem da fossa iliaca. O diagnostico da séde anatomica conclue-se do exame directo do doente e da interpretação dos symptomas funcionaes.

Recordemo-nos dos elementos preciosos fornecidos pelos diversos modos d'exploração: a fórma variavel do tympanismo abdominal segundo dilata a principio o quadro colico ou as ansas delgadas; os resultados do toque rectal, do catheterismo intestinal, da insufflação, da enteroclyse e d'outros processos semeologicos recommendados por Trèves, Bouveret, Reclus, etc.

A' *priori* podemos estabelecer que a intensidade dos symptomas e a rapidez da evolução morbida são tanto maiores quanto a séde do obstaculo é mais approximada do estomago. As perturbações reflexas são tambem mais pronunciadas nas oclusões altas do que nas oclusões baixas; assim, para certos auctores, a anuria completa significaria obstaculo visinho do estomago.

Como symptomas funcionaes susceptiveis de nos indicar a séde anatomica, devemos considerar em particular os vomitos e a supressão das evacuações. Estes dois phenomenos ligados á mesma causa são inversamente proporcionaes: quanto mais proximo está o obsta-

culo do pyloro, menos materias fecaloides ha a regorgitar, emquanto que a porção inferior do intestino leva algum tempo a esvasiar-se; pelo contrario, quanto mais afastado está o obstaculo do pyloro, mais materias fecaloides ha a expellir, emquanto que a extremidade inferior rapidamente se esvasia.

CAPITULO V

Tratamento

Os meios empregados para combater a
occlusão intestinal são medicos ou cirurgicos.

Meios medicos

No tratamento da occlusão do intestino tem-se abusado muito dos meios medicos. Felizmente que os praticos começam a reconhecer não só a inutilidade, mas ainda os perigos da maior parte d'esses agentes therapeuticos, dos quaes o menor dos inconvenientes é fazer perder um tempo precioso. Na grande maioria dos casos, o cirurgião só é chamado a intervir quando se esgottaram em vão medicamentos que não tiveram outro resultado senão

tornar mais intensas as desordens locais e gerais.

O insuccesso da operação, em taes casos, está previsto.

E' de crer que a lethalidade da oclusão diminuirá consideravelmente a partir do dia em que os praticos tiverem adoptado como regra de conducta uma intervenção cirurgica prompta quando os meios medicos se mallograrem ou quando a natureza da oclusão contraindique o seu emprego.

Entre os meios medicos vejamos quaes são os mais recommendaveis e quaes os que se devem evitar.

Purgantes. — Koenig, cirurgião allemão, condemna os purgantes. Diz elle: «o meio mais proprio para favorecer a libertação espontanea d'uma ansa intestinal estrangulada consiste em limitar o mais possivel os movimentos do intestino acima da séde do estrangulamento e em reduzir ao minimo a introdução de substancias no estomago que não fariam senão augmentar a pressão intestinal.»

Com effeito, os purgantes no caso de oclusão por retenção estercoral podem algumas vezes ser uteis; mas nas oclusões verdadeiras, a excitação dos movimentos peristalticos e a accumulção de liquido acima do obstaculo, não fazem mais do que augmentar as dôres e as perturbações circulatorias. Demais, na falsa oclusão por contractura, os

purgantes exageram o espasmo do intestino.

Antispasmodicos e opiaceos.—Estão sempre indicados. Acalmam as dôres, moderam os vomitos, diminuem a intensidade dos movimentos peristalticos e mantem o doente n'um estado geral e local mais satisfatorio.

Outro tanto se pôde dizer do gelo usado internamente ou externamente.

Não são, porém, agentes curativos, são apenas adjuvantes de que o proprio cirurgiação poderá tirar proveito.

Clysteres.—São uteis não só para esvaziar a extremidade inferior do intestino e confirmar um diagnostico, mas como meios ás vezes curativos.

Podem ser ordinarios, purgativos, oleosos e gazogenicos. Estes ultimos contem cada um 20 gr. de bi-carbonato de soda e 10 gr. d'acido tartrico.

Injecções forçadas d'ar ou de liquido.— Só podem ser uteis em certos casos d'occlusão intestinal tendo séde no intestino grosso; porque comprehende-se que este meio mecanico não poderia ter nenhum effeito nas occlusões do intestino delgado, em virtude da valvula de Bauhin se oppôr á passagem dos gazes ou dos liquidos injectados de baixo para cima.

As injecções d'ar podem ser feitas com um folle ordinario adaptado a uma sonda eso-

phagiana profundamente introduzida no recto; as injeções liquidas são d'ordinario feitas por um irrigador, collocado mais ou menos alto, communicando com a sonda por meio d'um tubo de caoutchouc.

Algumas vezes faz-se uso d'agua carregada d'acido carbonico, e n'estes casos póde empregar-se o syphão d'agua de Seltz que se adapta directamente á sonda rectal.

As injeções forçadas d'ar ou de liquido teem dado alguns bons resultados ⁽¹⁾ no volvulo pouco complicado, na invaginação, nos apertos, nas flexões anormaes, mas na maior parte dos casos ficam inefficazes e o seu emprego não é isento de perigos e de inconvenientes. Assim, na invaginação, em que este processo parece seductor na apparencia, nunca se sabe se o intestino está em estado de supportar a pressão gazosa, podendo a ruptura produzir-se sem grande esforço, porque o esphacelo é ás vezes precoce.

Demais, sendo necessario recorrer á intervenção operatoria no caso das injeções gazogenicas se frustrarem, o intestino acha-se distendido egualmente acima e abaixo do obstaculo, motivo porque a descoberta d'este é mais difficil.

Electricidade. — Tem fornecido um gran-

(1) *Medical Record*, 1889.

de numero de successos, devendo ser tentada todas as vezes que não exista um estrangulamento verdadeiro do intestino. As mais das vezes empregam-se as correntes induzidas que são d'applicação mais facil e d'acção mais immediata.

Quanto ao modo d'applicação, ora collocam-se os dois polos sobre a parede abdominal, um de cada lado, na região dos colons; ora um dos polos é collocado sobre a parede e o outro introduzido profundamente no recto depois d'uma injeção prévia d'uma certa quantidade d'agua salgada.

No pseudo-estrangulamento paralytico e na obstrucção por fezes accumuladas e endurecidas a acção da electricidade é manifesta.

Puncções capillares. — Alguns auctores teem aconselhado, antes de chegar ao tratamento cirurgico, praticar com o trocarte mais fino do apparelho aspirador puncções capillares multiplas para evacuar os gazes do intestino. Tal pratica deve ser abandonada attentos os perigos de que se póde acompanhar.

Em resumo, podemos dizer que o tratamento medico só dá resultados positivos nas oclusões falsas ou dynamicas; nas verdadeiras deve ser rapidamente abandonado e substituido pelo tratamento cirurgico que terá tantas mais probabilidades de triumphar quanto mais prompto fôr.

Meios cirurgicos

O tratamento cirurgico da oclusão intestinal comprehende dois methodos operatorios essencialmente differentes — a laparatomia e a enterotomia.

Na laparatomia, tratamento curativo, procuramos a causa da oclusão apoz a abertura mais ou menos larga da cavidade abdominal, depois, uma vez conhecido o obstaculo, fazemos desaparecer este e restabelecemos assim o curso das materias. Na enterotomia, tratamento palliativo, não nos preocupamos com a natureza do obstaculo e limitamo-nos a remediar os accidentes da oclusão dando sahida ás materias por uma abertura artificial feita no intestino n'um ponto situado acima do obstaculo.

Vejamos rapidamente os prós e contras d'estes dois methodos.

Enterotomia

Vantagens.—E' uma operação muito mais simples que a laparotomia, facil d'executar, mesmo sem ajudantes e de consequencias menos perigosas. Como diz Forgue, é uma operação d'urgencia «que todo o pratico deve saber fazer com os instrumentos da sua cartei-

ra, qualquer que seja a circumstancia d'instalação e d'illuminação».

A anesthesia local basta, e quasi não ha hemorrhagia.

Desvantagens. — E' uma operação *cega* porque o operador não tem sob os olhos a lesão material, como succede na laparotomia; procede ás cegas, sendo por tal motivo a abertura artificial feita, as mais das vezes, n'um mau logar — abaixo do obstaculo ou n'um ponto elevado do intestino delgado que prejudique ou torne mesmo impossivel a nutrição. E' além d'isso *insufficiente* porque deixa subsistir a causa da oclusão.

Ainda que o anus artificial dê evacuação ás materias, as perturbações geraes d'origem reflexa e as lesões locaes continuam a sua evolução, e a gangrena, a peritonite, a perfuração, o choque ou o esgotamento nervoso acabam por arrebatat o doente.

Laparotomia

Vantagens. — E' uma operação *precisa* não só porque pondo a lesão material diante dos olhos do operador, este opera com perfeito conhecimento de causa, mas tambem porque necessitando cada variedade d'occlusão de ma-

nobras especiaes só a laparatomia permite applicar o tratamento adequado.

E' uma operação *methodica*, porque abrindo-se o ventre faz-se, em primeiro logar, uma operação exploradora e resolve-se o problema do diagnostico.

E' uma operação *radical e completa* porque só ella depois de ter descoberto a natureza da oclusão permite fazer desaparecer o obstaculo, tirar para fóra a ansa estrangulada ou obstruida, tratá-la conforme o seu estado, restabelecer a livre e normal circulação das materias no intestino. E', emfim, uma operação que não trata de combater os effeitos, pois dirige-se directamente á causa.

Desvantagens. — Na oclusão a laparotomia apresenta difficuldades particulares. Além de não poder ser realisada em quaesquer condições, exige um operador habil e experimentado, ajudantès experientes e disciplinados e uma instrumentação especial.

Offerece ainda um caracter d'alta gravidade na oclusão. Mostram-n'o as estatisticas. Em 1880, Peyrot cita 125 observações com uma mortalidade de 65 %. Em 1884, Schramm apresenta 195 casos com 64 % de mortalidade. Em 1888, Farquhar Curtis em 328 observações dá a mortalidade de 68 %.

Presentemente, com os progressos da technica e da antisepsia, a proporção da mortalidade diminuiu muito.

Broca (1) é d'opinião que a mortalidade deve descer a 25 %.

Mas para se conseguir este resultado, a operação deve ser feita o mais cedo possível.

Actualmente, a enterotomia tende a desaparecer como methodo de tratamento da oclusão intestinal, prestando apenas serviços em certos casos de neoplasmas do intestino cuja ablação é impossivel e nas raras circumstancias em que a laparotomia tiver sido impotente.

Nos demais casos a laparotomia é o tratamento cirurgico ecletico.

Eis porque passo a descrever o seu

Processo operatorio

Cuidados preliminares. — Se as circumstancias o permittem deve lavar-se o estomago para diminuir a tensão abdominal e prevenir os vomitos durante a operação. Evacua-se o recto e a bexiga, depois procede-se á *toilette* larga do abdomen, dos flancos e das coxas, segundo as regras ordinarias.

E' preferivel que a anesthesia geral seja feita com o ether por causa da sua acção estimulante, a não ser que exista contra-indicação

(1) Societé de Chirurgie, nov. 1897.

pulmonar. A temperatura ambiente deve ser pelo menos de 20°.

O acto operatorio decompõe-se em quatro tempos.

1.º tempo: *Abertura do abdomen.* — Faz-se uma incisão na linha mediana, sufficientemente grande para que o cirurgião possa explorar bem toda a cavidade abdominal e fazer desaparecer o obstaculo em qualquer ponto que se encontre.

Os tecidos são divididos lentamente, tendo cuidado de sustar todo o corrimento sanguineo com pinças hemostaticas, e sómente quando a ferida está exangue é que o peritoneu é aberto sobre uma sonda cannelada, em toda a extensão da incisão.

2.º tempo: *Procura do obstaculo.* — Immediatamente apoz a abertura do ventre as ansas distendidas tendem a precipitar-se para fóra, mas um dos ajudantes detem-n'as com as mãos emquanto o operador insinua rapidamente a mão direita na ferida para fazer a exploração minuciosa.

Antes, porém, de emprehender esta exploração, convem examinar o aspecto geral da serosa e das visceras, verificar se existe uma peritonite suppurada com adherencias intestinaes; n'este caso é preciso, antes de tudo, lavar o peritoneu e separar as superficies reuni-

das; alguns mesmo aconselham não prolongar mais a intervenção e abrir um anus n'uma ansa distendida.

Uma vez posta de lado a questão prévia da peritonite, se antecipadamente é conhecida a séde do mal, vae-se logo direito a ella; se não é conhecida, é preciso descobri-la. Para isso, começa-se por explorar com a mão a face interna da parede abdominal para saber se em qualquer ponto uma ansa é retida por uma adherencia parietal ou por uma brida.

Se esta exploração fôr improficua, explora-se o intestino conforme os preceitos de Trèves. Toma-se para ponto de partida o ceco. Se este está cheio de gazes, a oclusão tem séde no intestino grosso; se está vasio, tem séde no intestino delgado. No primeiro caso, percorre-se o quadro colico ou melhor vae-se logo direito ao colon descendente, porque o seu estado de plenitude ou de vacuidade permittirá limitar as investigações acima ou abaixo d'elle. No segundo caso, percorre-se, a partir do ceco, o ileon e o jejuno, attrahindo á incisão abdominal e repellindo successivamente as circumvoluções intestinaes. D'este modo chega-se a reconhecer o nivel e a causa do mal.

Entretanto, casos ha em que a exploração é singularmente prejudicada ou mesmo tornada impossivel pela distensão da massa intestinal. E' preciso então tomar promptamente um partido: a evacuação ou a evisceração.

Na evacuação, Madelung esvasia o intestino por uma incisão transversal situada o mais baixo possível e logo fechada; depois, se o obstaculo não póde ser supprimido, faz no logar da incisão um anus artificial. Trèves faz a evacuação por meio d'um trocarre grosso e fecha a picada por alguns pontos de Lembert.

Chaput é d'opinião que a evacuação é muitas vezes uma complicação inutil porque não esvasia sufficientemente o intestino, e perigosa porque arrasta quasi fatalmente a infecção do campo operatorio. Na evisceração, Kummel, depois de ter aberto o abdomen desde o pubis até ao appendice xyphoideu, deixa sahir o intestino, recolhe-o n'uma larga compressa humida e quente, e depois examina-o methodicamente em toda a sua extensão até encontrar o obstaculo. A evisceração tem a vantagem de expôr á vista a séde d'obstaculos que ao toque passaram desapercebidos. Em summa, a principal difficuldade no segundo tempo, resulta do meteorismo.

3.º tempo: *Tratamento da lesão*. — A procura methodica do obstaculo póde terminar n'um resultado muito variavel e, por conseguinte, dar logar a indicações multiplas.

1.º. — Constata-se um erro de diagnostico. Em logar d'uma oclusão, é uma peritonite, uma appendicite, uma salpingite, uma cholecystite.

Deve então proceder-se segundo o caso.

2.º — Não se encontra obstaculo material. Trata-se, provavelmente, d'uma oclusão dinamica. Sem duvida, poder-se-hia tel-a curado pelos meios medicos; mas visto que o ventre está aberto toma-se bem depressa no intestino grosso uma ansa dilatada e abre-se um pequeno anus temporario, que se dispõe na fossa iliaca, e que, mais tarde, se fechará depois da cura. E' uma especie de valvula de segurança aconselhada por Péan e por Terrier (1).

3.º — Encontra-se alguma coisa, mas não parece bastante. São bridas laxas, adherencias com flexões pouco accentuadas; depois da sua suppressão não se produz modificação notavel, de modo que é difficil estabelecer a relação pathogenica. Evidentemente é preciso supprimir a principio estes obstaculos, em seguida fazer mais pesquisas e se nada mais se encontra, fazer como precedentemente, abrir um anus de precaução. Tal é o sabio conselho dado por Verneuil.

4.º — No decurso das suas pesquisas, o cirurgião supprime o obstaculo. Umas vezes, tem a noção nitida de ter libertado uma ansa, de ter rompido uma brida; outras vezes a impressão recebida é vaga, indecisa. Assim, é uma adherencia que se desvia á passagem da mão, um intestino que sóbe, um ruido de gaz

(1) *Société de Chirurgie*, 1887.

que circula. A cura pôde mesmo fazer-se d'uma maneira inconsciente, mas é sempre demonstrada pela intumescencia das partes abatidas ou mesmo tornada mais manifesta por uma evacuação instantanea. E' claro que em taes circumstancias, depois de se ter assegurado que não ha esphacelo, ruptura ou hemorragia, fecha-se o ventre.

Chega-se emfim á séde da oclusão e reconhece-se a causa mecanica. A conducta a seguir varia então segundo as circumstancias que dependem, quer da natureza do obstaculo, quer da gravidade das lesões.

Hernias internas. — Se o intestino está pouco apertado, uma doce tracção solta-o; se resiste, desvia-se a massa visceral, que se tira fóra se tanto fôr necessario, e desbrida-se o collo com um bisturi botonado.

Este desbridamento, sempre muito delicado, é muitas vezes difficil e por vezes impossivel. Assim, se a hernia é feita atravez do mesenterio ou n'uma das fossetas peri-cecal, duodenal, sigmoideia, o desbridamento é perigoso por causa dos vasos que guarnecem o anel; se é feita atravez do hiato de Winslow, ha a recear o contacto com orgãos importantes (canal choledoco, arteria hepatica, veia porta; veia cava).

Se o intestino está gangrenado, a excisão parietal parcial seguida d'alguns pontos da sutura de Lembert pôde bastar; mas, as mais

das vezes, a resecção total, n'uma extensão mais ou menos grande, é necessaria, e então reúnem-se os dois topos intestinaes abandonando-os no abdomen, ou fixam-se á parede abdominal para estabelecer um anus artificial. Isto applica-se, é claro, a todas as variedades d'occlusão.

Estrangulamento por bridas. — A conducta do cirurgião varia segundo a brida é masiça ou ôca. Uma brida peritoneal ou epiploica será presa em cada uma das extremidades por pinças hemostaticas e cortada rente.

Um diverticulo de Meckel exige outras precauções para o separar do ponto em que communica com o intestino; é uma verdadeira enterotomia que deve ser fechada por uma enterorrhaphia lateral.

Se o agente d'estrangulamento é o appendice ileo-cecal, a sua superficie de secção deve ser cuidadosamente desinfectada, porque a sua cavidade é septica.

Adherencias determinando flexões. — Ora são falsas membranas pouco consistentes e faceis de separar, mas que, em geral, sangram, e tendem sempre a reproduzir-se; por isso, é preciso dividil-as com o thermocauterio.

Ora são mais resistentes e como as paredes intestinaes são frageis, por pouco forte que seja a adherencia, a separação torna-se delicada e perigosa; o menor esforço provoca uma hemorrhagia e, em certos casos, a ruptu-

ra com derramamento estercoral, E' então uma situação embaraçosa para o cirurgião.

Compressão por tumores ou órgãos visinhos. — Se o tumor é inextirpavel, estabelece-se um anus artificial ou uma entero-anastomose; se é operavel, procede-se á sua extirpação.

Volvulo. — Convém distinguir as torsões do intestino grosso dos nós, ás vezes inextricaveis, do intestino delgado.

As primeiras destorcem-se, as mais das vezes, sem grande custo; os segundos, pelo contrario, offerecem difficuldades grandes e ás vezes invenciveis.

E' esta a variedade d'occlusão que tem dado resultados operatorios pouco animadores. Quando se consegue reduzir o volvulo, é conveniente, para prevenir a sua recidiva, ou encurtar o meso por uma prega transversal retida por alguns pontos, ou fixar, a exemplo de Villemin ⁽¹⁾, a ansa á parede abdominal.

Invaginação. — Se esta é recente, tenta-se libertar a principio os dois cylindros por tracções bipolares, isto é feitas em sentido inverso, emquanto que com o dedo ou um instrumento rombo se descollam as superficies serosas em contacto. Antes de tratar a redução, Hutchin-son ⁽²⁾ recommenda uma manobra excellente:

(1) *Société de Chirurgie*, 1897.

(2) *The Lancet*, 1888.

é comprimir forte e gradualmente entre as mãos o tumor formado pela invaginação, indo da sua extremidade livre para o collo; esta compressão é uma especie de taxis que diminue consideravelmente o edema e facilita a redução.

Reconhecida impossivel a desinvaginação sem abertura do intestino, muitos processos se offerecem ao operador. Um dos mais simples consiste em fender o collo e a bainha exterior para supprimir o estrangulamento, expôr a parte invaginada, reduzil-a se estiver sã e, segundo as circumstancias, fechar a incisão ou fazer um anus provisorio. Mas a conducta mais seguida consiste em reseccar a porção do intestino que constitue a invaginação, e ou reunir os dois topos intestinaes com um botão de Murphy ou de Chaput, ou fixal-os á parede abdominal para estabelecer um anus artificial.

Para prevenir a recidiva, no caso de desinvaginação, procede-se como para o volvulo.

Apertos. — Quando cicatriciaes ou congenitae tratam-se pela enteroplastia ou pela reseccão. Na enteroplastia, uma incisão longitudinal reunida em seguida transversalmente, modifica completamente o calibre do intestino.

Em 1890, Péan empregou este methodo na

região ileo-cecal. Chaput é d'opinião que tal processo só convém nos apertos não cancerosos de pequena extensão. Se o aperto é canceroso e assaz limitado recorre-se á reseccão; se é extenso pratica-se a enterotomia ou a entero-anastomose.

Quando o cancro está situado no fim do intestino grosso, a enterotomia é o processo d'escolha.

Boiffin diz que ás vezes é possível dilatar o aperto com o dedo, quer atravez das paredes sem abrir o intestino, quer directamente por uma pequena botoeira.

Corpos estranhos. — Tomemos para typo os calculos biliares, por serem os mais frequentes. Tem-se proposto o seu esmagamento atravez das paredes intestinaes, a sua fragmentação por meio de pinças introduzidas por uma pequena abertura; mas tudo isto é incerto e quasi tão grave como a talha intestinal com enucleação defenitiva. E' pois a esta que se deve recorrer. Faz-se a incisão ao nivel do calculo se a parede intestinal está sã, se parece suspeita, conduz-se a pedra um pouco mais longe, ou abre-se a parede um pouco mais abaixo.

Apoz a extirpação do corpo estranho resta fazer a sutura de Lembert, quer longitudinalmente, quer transversalmente se se receia um aperto. Emfim quando as paredes estão muito adelgaçadas ou esphaceladas e ameaçam per-

furar-se, supprime-se a porção doente e re-unem-se os dois topos.

E' conveniente operar fóra do ventre isolando a ansa obstruída para evitar a infecção do peritoneu.

4.º tempo: *Sutura do ventre.*— Effectuado o tratamento da lesão, aconselham alguns cirurgiões lavar os intestinos e o peritoneu com agua esterilizada quente. Depois tenta-se reduzir no abdomen a massa intestinal, o que muitas vezes é tarefa ardua. Se as paredes do abdomen estão distendidas por gravidezes ou doenças anteriores, se o intestino não está distendido por gazes, consegue-se a redução com facilidade. Mas se o intestino está distendido, se as paredes abdominaes estão rígidas e quasi retrahidas, a redução é difficil. O que então ha a fazer é punccionar o intestino a principio, depois, a exemplo de Kummel, envolver a massa intestinal n'uma grande toalha aseptica cujo contorno se introduz sob os labios da ferida abdominal. Ao tempo que se exerce uma compressão efficaz, approximam-se os bordos e faz-se a sutura por cima da compressa, que é retirada no fim. Os cuidados consecutivos são os de toda a laparotomia acompanhada d'uma extrema prostração: injeções sub-cutaneas d'ether, de cafeina ou de sôro physiologico, calefacção por todos os meios, etc.

Por esta rapida descripção, vê-se quão erriçado d'escolhos é o tratamento cirurgico

da oclusão intestinal. Para os evitar quanto possível, além d'um cirurgião habil e experimentado, torna-se necessaria uma intervenção prompta, que ande mais prestes que o mal.

Observações

Observação I (Pessoal)

Manoel Martins dos Santos, de 29 annos, solteiro, creado, natural de Gueifães, concelho de Bouças; morador na rua Central, Foz do Douro, deu entrada na enfermaria 3 do hospital de Santo Antonio, no dia 31 de janeiro de 1902.

Motivou a entrada uma oclusão intestinal diagnosticada pelo seu medico assistente, o ex.^{mo} professor Candido de Pinho.

Quanto á historia da doença apenas se pôde apurar que ha 8 ou 10 dias o doente não tinha a menor evacuação, nem de gazes nem de fezes, havendo ao mesmo tempo grande tympanismo e abaulamento de ventre; e como todo este cortejo symptomatico não cedesse ao tratamento medico, resolveu então o ex.^{mo} professor Pinho, mandal-o para o hospital afim de

ser operado pelo illustre operador o ex.^{mo} professor Azevedo Maia.

Effectivamente no dia 1 de fevereiro de 1902, á hora da aula da clinica medica, o ex.^{mo} professor Maia auxiliado pelo dr. Forbes Costa e alguns quintanistas, procedeu á laparatomia. Só n'esta occasião em que estivemos com o doente é que se poderiam ter colhido elementos para que esta observação fosse um pouco regular, mas o momento não era opportuno para investigações de qualquer ordem.

Antes de ser dado o primeiro golpe lembrou-se o ex.^{mo} professor Maia de que todo o estado pathologico poderia provir d'alguma appendicite ou d'algumas das suas complicações, e por isso explorou rapidamente a região do appendice.

Como n'esta região não encontrasse coisa alguma de suspeito, procedeu rapidamente á incisão da parede abdominal, incisão que partia um ou dois centimetros abaixo do umbigo e que tinha 8 a 10 centimetros de comprimento.

Incisada d'um golpe a parede, entrou-se rapidamente na cavidade abdominal. Ao abril-a, sentiu-se um cheiro esquisito, parecendo fecaloide, o que fez pensar n'uma ruptura intestinal; verificou-se no entanto que o cheiro não era fecaloide, pondo-se de parte a idéa de ruptura. Era de notar tambem a existencia na mesma cavidade d'um pouco de

liquido escuro e tambem de cheiro repugnante. Tratou o ex.^{mo} professor de encontrar a causa da oclusão e começou por querer puxar as ansas intestinaes, o que não pôde conseguir, pois que á minima tracção descamisava-se a sua serosa. Tal facto não era para admirar visto que as ansas estavam profundamente compromettidas na sua vitalidade, o que facilmente se conhecia pela sua côr de folha morta.

Depois de repetidas e infructiferas tentativas de pesquisa da causa d'occlusão, acabou-se a operação suturando a parede abdominal. Desde logo ficou lavrada, é claro, a sentença de morte.

Effectivamente ás 11 da manhã o doente expirou.

Já durante a operação o estado do pulso era tão miseravel que se deu ao doente uma injeccão quente de sôro physiologico.

No pouco tempo que esteve no hospital a temperatura foi no dia 31 — 36°,4 de manhã e 36°,5 á tarde; no dia 1 — 36°,2 de manhã. Na manhã do dia 2 de fevereiro, manhã frigidissima por signal, procedeu-se ao

Exame necropsico

Examinou-se a cavidade abdominal que era para onde se dirigiam todas as atencões. Deu-se um golpe partindo pouco mais ou me-

nos das falsas costellas d'um lado, descendo quasi até ás espinhas iliacas anteriores do mesmo lado, passando 4 a 5 centímetros acima do pubis e tornando a seguir as espinhas iliacas anteriores e falsas costellas do lado opposto, formando assim um grande U.

Era para admirar a grande espessura dos musculos do abdomen. Levantada esta espessa tampa musculo-cutanea, salientavam-se desde logo duas côres differentes na massa intestinal.

Se suppuzessemos uma linha transversal passando pouco mais ou menos pelo umbigo, a região supra-umbilical tinha uma côr pôde dizer-se normal, emquanto a massa intestinal da região infra-umbilical tinha a côr de folha morta.

Tratou-se logo d'encontrar a causa d'occlusão. Viu-se primeiro o appendice, que estava absolutamente são.

Correu-se todo o intestino a vêr se se encontrava alguma brida, algum agente compressor, alguma invaginação, etc. Nada d'isso se encontrou.

Notou-se no emtanto que n'um dado ponto uma prega do mesenterio estrangulava uma porção do intestino.

Estava, pois, descoberta a causa d'occlusão, de resto aqui facilmente explicavel, attenta a extensão anormal do mesenterio, facto este bem posto em evidencia pelo ex.^{mo} professor Maia.

N'estas condições, comprehendia-se que um movimento de lateralidade ou de rotação do tronco, por exemplo, fizesse com que o mesenterio, graças á sua grande extensão, formasse uma especie d'annel onde se mettesse uma ansa intestinal que poderia libertar-se (quantas vezes teria isto acontecido) do seu annel mesenterico. Mas n'esta occasião não poudesoltar-se, o que, como muito bem disse o illustre professor de clinica medica, foi evidentemente a unica causa de oclusão.

Esta observação foi para mim d'um duplo aproveitamento, não só porque me indicou uma causa rara de oclusão intestinal, como tambem porque mais uma vez me ensinou que os casos nitidos d'occlusão intestinal devem ser promptamente operados.

Se esse homem tivesse sido operado mais cedo, bastava o simples repuxamento manual dos intestinos para tirar a ansa intestinal do annel constrictor e para que seguidamente tudo entrasse em ordem.

Observação II (Pessoal)

A. J. M., de 56 annos, residente no Porto, deu entrada na enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio, no dia 25 de julho de 1902, ás duas horas da noite, apresentando sympto-

mas evidentes d'occlusão intestinal. Tinha vomitos fecaloides, dôres vivas generalizadas por todo o abdomen, constipação absoluta, anuria e ausencia completa de gazes emittidos pelo anus. O ventre, consideravelmente intumescido, apresentava n'uma grande extensão, sobretudo na região do ceco, um som baço bem pronunciado. A palpação abdominal combinada com o toque vaginal dava a perceber uma massa tumoral, dependente do utero, dura e de difficil delimitação. A temperatura era normal — 37°,5, o pulso regular, o fácies um tanto alterado, os phenomenos depressivos ainda pouco accentuados.

Feita immediatamente a laparotomia pelo dr. Andrade, auxiliado pelos seus collegas drs. Ramos Pereira e José Guedes (que tinham observado a doente), foi extrahido um volumoso myoma uterino, fortemente congestionado, que comprimia o ceco e uma parte do colon ascendente a ponto de supprimir por completo a circulação das materias fecaes.

O tumor tinha apenas algumas adherencias laxas ao peritoneu, que foram facilmente destacadas.

O intestino não apresentava lesão alguma; estava absolutamente são.

Apoz a intervenção operatoria, os vomitos cessaram, as dôres desappareceram e o estado geral melhorou.

Melhoras ephemerass estas, pois na tarde

do dia 29 a doente succumbiu a uma syncope cardiaca. Não havia manifestação alguma de peritonite.

Devido á amabilidade d'um dos medicos assistentes, consegui saber que os phenomenos morbidos haviam começado na tarde do dia 21 por nauseas e dôres surdas irradiadas por todo o abdomen. Havia tambem constipação.

No dia 22 sobrevieram vomitos allimentares, que se tornaram biliosos no dia 23. As dôres tornaram-se mais vivas e o ventre desenvolveu-se rapidamente n'estes dois dias.

No dia 24 manifestou-se anuria e o ventre mais se abaulou ainda. O pulso era regular e o thermometro marcava 37°.

Os clysteres de senne que foram dados á doente arrastaram a principio algumas materias fecaes; mas depois sahiam tão limpidos como entravam.

Em vista da inefficacia dos meios medicos, a doente recolheu ao hospital para se submeter á intervenção operatoria que decorreu sem incidente digno de nota. Na historia da doente havia a assignalar que ha oito annos se queixava d'um tumor abdominal, de natureza desconhecida, que, além de constipação frequente, lhe causava de quando em quando dôres.

E' de notar que o tumor tendo tido um lento desenvolvimento durante tão largo lapso de tempo, adquiriu em poucos dias um desen-

volvimento tal que impediu a circulação das fezes.

Sem duvida, para isto muito concorreu a congestão intensa que apresentava.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O termo *tacicola* devia ser adoptado em substituição do termo *cupula* do radio.

Physiologia. — Ha analogias entre o trabalho physico e o trabalho intellectual.

Pathologia geral. — A altitude não tem uma acção especifica sobre a tuberculose, mas uma acção reconstituinte sobre o tuberculoso.

Materia medica. — A renitencia da constipação habitual depende quasi sempre do abuso da medicação purgativa.

Anatomia pathologica. — Não são absolutos os caracteres de benignidade e malignidade dos tumores.

Pathologia externa. — Todo o constipado está exposto a tornar-se um hemorrhoidario.

Pathologia interna. — A gastrite hyperpetica não arrasta necessariamente a dilatação do estomago.

Medicina operatoria. — Em face d'um caso nitido d'occlusão intestinal, protelar a intervenção operatoria equivale a afastar as probabilidades da cura.

Partos — Nem tudo são vantagens no balão de Champetier de Ribes.

Hygiene. — A prostituição clandestina deve ser severamente reprimida.

Medicina legal. — A indifferença das authoridades em questões de salubridade publica é um crime que as leis olvidam.

Visto.

O PRESIDENTE,

Carlos de Lima.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Moraes Caldas.

ERRATAS

Pagina	Linha	Onde se lê	Deve lêr-se
30	28	engulidos	engulidas
45	10	reflexos do ponto	reflexos a partir do ponto
58	30	deve pensar	deve fazer pensar
76	3	demonstrado	demonstrado
76	5	instantanea	espontanea
78	3	tumoros	tumores
78	26	tratar	tentar
84	4	da aula da clinica	da aula de clinica