

2

A. P. Monteiro da Cruz

**Tratamento**  
DA  
**PERITONITE TUBERCULOSA**

PELA  
**LAPARATOMIA**

---

*DISSERTAÇÃO INAUGURAL*

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO  
**TYPOGRAPHIA PENINSULAR**

18, RUA DE S. CHRISPIM, 20

1894

73/2 EMC

# Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

## CONSELHEIRO WENCESLAU DE LIMA

Secretario o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

RICARDO D'ALMEIDA JORJE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTEs CATHEDRATICOS

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral .....	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia .....	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica .....	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa .....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria .....	Pedro Augusto Dias.
6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos .....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna .....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica .....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica .....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica .....	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia .....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica .....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia .....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

### LENTEs JUBILADOS

Secção medica .....	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica .....	Visconde d'Oliveira.

### LENTEs SUBSTITUTOS

Secção medica .....	{ Maximiano A. d'Oliveira Lemos. Vago.
Secção cirurgica .....	{ Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto Correia de Pinho.

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica .....	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
------------------------	--------------------------------------

A escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enun-  
ciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 153.º).

A MEUS PAES

—•••••—

A meus irmãos

A meus tios



AOS MEUS PARENTES

AO EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Antonio Augusto Soares de Souza Eiene



## AOS MEUS INTIMOS

*Annibal Lopes Brou*  
*Eduardo de Souza Monteiro Maia*  
*José Caetano de Souza e Lacerda*

---

## AOS MEUS AMIGOS E EM ESPECIAL A

*Accacio Umbelino Pereira da Silva*  
*Adriano de Sá Moreira Pinto*  
*Dr. Alberto Augusto Gomes d'Almeida*  
*Armando da Cunha Azevedo*  
*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*  
*Eduardo Gonçalves de Mattos*  
*Henrique Carlos Rodrigues*  
*Dr. João A. da Cunha Sampaio Maia*  
*João Machado d'Araujo*  
*Joaquim Arantes Pereira*  
*Joaquim José Pinto*  
*José Augusto de Sá Couto Moreira*  
*José Baptista Gonçalves Dias Junior*  
*Julio de Carvalho Baptista*  
*Julio da Mouta Sardinha*  
*Narciso da Silva Guimarães*  
*Pedro Alexandrino de Souza*

---

## AOS MEUS CONDIPCULOS

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EX.<sup>mo</sup> SNR. DR.

Agostinho Antonio do Souto

## INTRODUÇÃO



N'um tempo, que não vae longe, um grande numero de doenças eram exclusivamente tratadas por meios puramente medicos. Graças porém, aos meios antisepticos e asepticos, muitas d'estas doenças, rompendo as prisões que as acorrentavam ao dominio da medecina, passaram a ser tratadas por meios cirurgicos.

Entre estas novas conquistas da cirurgia moderna, uma, não menos importante nem menos brilhante que qualquer das outras, é a da tuberculose do peritoneu.

Não será, pois, cremos, trabalho completamente inútil dizer algumas palavras sobre a cura da peritonite tuberculosa pela simples laparotomia, tanto mais que o clinico tem de reconhecer a impotencia de qualquer tratamento medico empregado n'esta doença, que, ainda não ha muitos annos, era d'um prognostico absolutamente fatal.

O tratamento cirurgico da peritonite tuberculosa tem sido, n'este ultimo tempo, uma das questões mais em evidencia.

Até ha pouco conheciam-se apenas alguns casos fortuitamente tratados pela incisão abdominal e devidos a felizes erros de diagnostico.

Uma serie de casos n'estas condições constitue effectivamente o primeiro periodo da historia do tratamento da peritonite tuberculosa pela laparotomia, cujo inicio é o caso classico de Spencer Wells. A intervenção cirurgica, consecutiva, como dissemos, a erros de diagnostico, tinha ordinariamente por fim tratar suppostos kystos do ovario. Reconhecida a presença de granulações tuberculosas no peritoneu, a cavidade abdominal era immediatamente fechada. A marcha, porém, da doença modificava-se de modo sensivel e alguns doentes curaram-se completamente. Racional era, pois, propor a laparotomia para tratamento da tuberculose do peritoneu. Assim se fez, tendo sido a descoberta d'este methodo therapeutico, como tantas outras da sciencia, puramente casual.

O segundo periodo começa em 1884. N'este

anno Koenig propoz, em casos devidamente diagnosticados, a laparotomia como o meio mais effizaz de combater a doença. Este autor, n'uma primeira memoria, publicou tres casos de peritonites tuberculosas, deliberadamente tratadas pela incisão abdominal; n'um segundo trabalho, muito mais importante, lido no Congresso de Berlim de 1890 e em que reuniu 131 casos, insistiu ainda sobre os bons resultados do novo methodo therapeutico, esboçou-lhe as indicações e descreveu o processo operatorio.

No intervallo d'estas duas publicações, varios trabalhos chamaram a attenção dos operadores para o assumpto e o numero de intervenções augmentou rapidamente. E, para provar quanto este methodo therapeutico interessava a cirurgia, basta citar, entre outros trabalhos, a these de Truc (1886), as 28 observações de Kümmler apresentadas ao 26.º Congresso da Sociedade de Cirurgia allemã (1887), a these de Maurange (1889), as 86 observações apresentadas na 6.ª reunião da Sociedade de Cirurgia italiana por Ceccherelli (1889). Em outubro d'este mesmo anno o assumpto foi muito discutido no Congresso de Cirurgia de Paris, e ulteriormente vieram os trabalhos de Pribram, de Viérordt, de Czerny, de Osler, de Pic e de Jalaguier.

Em 1892 reuniu Aldibert, n'um importante trabalho, 308 casos de laparotomias para o tratamento do peritoneu tuberculoso, e em 1893 apparecia na *Revue de Chirurgie* um artigo de Roersch em que

se apresentavam 50 observações novas. Na *Riforma medica* de fevereiro do actual anno lê-se um outro de Filiberto Casinari onde este cirurgião italiano dá conta de 9 casos ineditos.

O que é sobretudo notavel, é que, analysando os casos por estes autores publicados, somos levados a concluir que a operação, ao contrario do que poderia á primeira vista suppor-se, é d'uma benignidade relativamente grande.

Reunindo á estatistica de Aldibert as observações publicadas ultimamente por Roersch e Casinari achamos um total de 365 casos. Este deve ser o numero que servirá para julgar do valor therapeutico da laparotomia, e não 840, como, por um erro de interpretação da estatistica de Aldibert, propõe Casinari. (*La Riforma Medica*—1894, pag. 580).

Para que, n'uma dada doença, se imponha o principio da intervenção cirurgica, é necessario provar préviamente que a operação não é de per si extremamente perigosa e que os resultados ulteriores sejam de natureza a animar novas tentativas.

As observações sobre o nosso assumpto, algumas relativamente antigas, são sufficientemente numerosas para d'ellas podermos tirar conclusões bem fundamentadas.

Dos 365 casos que nos servirão de base deveremos subtrahir 24, sobre cujos resultados operatórios não ha noticia alguma; o numero de observações reduz-se, pois, a 341.

Eis o resultado das intervenções operatorias: 84 doentes morreram—32 (9,3 %) pouco tempo depois da operação e em virtude d'esta ou das suas consequencias (peritonite septica, collapse, esgotamento)—51, passado um tempo mais ou menos longo que oscillou entre algumas semanas e dois annos e durante o qual alguns melhoraram sensivelmente, attribuindo-se a morte a doenças concomitantes ou intercorrentes. Assim, 12 falleceram de tuberculose generalizada, 2 dos progressos da doença primitiva, 5 de tuberculose intestinal, 5 de meningite tuberculosa e 12 de marasmo 8 dos quaes com fistula intestinal post-operatoria; nos casos restantes a causa da morte não é mencionada.

Lançando ao passivo da operação todos os casos fataes, a sua mortalidade é, apesar d'isso, de 24,6 %. Estes algarismos provam sufficientemente a benignidade da operação.

Se quizessemos levar ainda mais longe a apreciação d'esta percentagem, não poderíamos deixar de dizer que no numero dos casos em que a operação deu mau resultado estão incluidos aquelles em que ella foi praticada indevidamente, ou pelo entusiasmo que desperta em geral a pratica d'uma operação nova, ou pelo incompleto conhecimento das suas indicações.

Legueu divide judiciosamente em tres cathogorias os doentes que sahem dos hospitaes após a operação: uns morrem passado pouco tempo, e já vimos em que proporção; outros melhoram e assim

vivem alguns annos; outros, emfim, curam-se completamente. Comprehende-se com facilidade a importancia de estabelecer a proporção exacta dos doentes que pertencem ás duas ultimas cathogorias; imagina-se bem, comtudo, quão difficil isto é. Póde muitas vezes um doente experimentar melhoras sensiveis após a operação, porque em virtude d'ella houve uma paragem no desenvolvimento das lesões; isto, porém, póde não ser uma cura, e, passado mais ou menos tempo, a doença retomar a sua evolução e o doente morrer. Para se affirmar, portanto, que um doente está curado, é preciso observal-o durante annos; observação por vezes impossivel, o que sobre modo difficulta a determinação exacta do numero de curas.

Feitas estas considerações, vejamos o que nos dá a estatistica:

Dos 341 casos, 257, ou seja 75,3 %, sahiram dos hospitaes com a designação de *curados*. Mas 124, isto é 36,3 %, apenas foram observados durante seis mezes. A observação prolongou-se por mais d'um anno em 79 casos (23,1 %), e por mais de dois em 54 (15,5 %). Reunindo estes dois ultimos grupos, em que as curas parecem definitivas, temos uma percentagem de 40,7: isto sem contar com muitos casos que provavelmente viriam do primeiro grupo.

Maurange (*De l'intervention chirurgicale dans la peritonite tuberculéuse — Paris, 1889*) chega á conclusão de que metade dos casos podem ser con-

siderados como verdadeiras curas; Koenig chega a resultados analogos: de 131 casos considera como perfeitamente curados 84.

Nas sessões de 11 e 18 de outubro de 1893 da *Société de Chirurgie* (Vid. *Semaine medicale*—1893) Berger, Bouilly, Routier, Bazy e Picqué citaram varios casos de curas definitivas cuja observação era já de longa data.

Não é licito pôr em duvida o valor dos factos que acabamos de mencionar. Mas, se no espirito de alguém restasse ainda qualquer duvida sobre o que póde conseguir-se pela laparotomia na tuberculose do peritoneu, bastaria a verificação anatomica, a mais demonstrativa, para que toda a hesitação desaparecesse. Effectivamente Hofmohl, Ahlfeld, Hirschberg e outros, autopsiando individuos victimas de affecções diversas e nos quaes tinham em tempo praticado a laparotomia como tratamento da peritonite tuberculosa, verificaram o desaparecimento das lesões existentes ao tempo da operação, encontrando o peritoneu completamente liso. Outros, abrindo segunda vez o ventre para curar diferentes doenças, encontraram o peritoneu absolutamente isento de lesões tuberculosas. Um caso devido a Richelot (*Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie*—Junho, 1892) é, sobre este ponto de vista, particularmente interessante. Uma rapariga de 20 annos, atacada de peritonite tuberculosa, soffre a laparotomia seguida de lavagem e parece curada; mais tarde a doença volta e o ventre é se-

gunda vez aberto por Labbé que, julgando tratar-se d'um caso de carcinose, o fecha novamente. Dezoito mezes depois, Richelot, operando-a de novo para curar uma hernia consecutiva á segunda laparotomia, verifica que o peritoneu está completamente liso, polido, de córação normal, sem adherencias e sem vestigio algum de granulações.

Estes resultados, apesar de tão nitidos e convincentes, têm sido combatidos por diversos autores que consideram os casos de cura, simples peritonites chronicas não bacillares. Löhlein, Spaeth, Terrier e Henoch são d'esta opinião e exigem que para cada caso se faça o exame bacteriologico do exsudato e a inoculação em animaes. Ninguém duvida que é da maxima importancia, para uma boa interpretação dos resultados operatorios, demonstrar a natureza bacillar da doença por todos os meios conhecidos. Isto tem-se feito em alguns casos, como adiante veremos; muito mais utilidade teria, porém, se podesse fazer-se antes da intervenção, o que é muitas vezes impossivel. E' um elemento valioso de diagnostico mas que só pôde recahir sobre o exsudato obtido pela punção, e, n'estas condições, o exame é muitas vezes negativo, ainda mesmo que se trate de peritonites que outros caracteres demonstram manifestamente serem tuberculosas. Nas formas seccas este exame prévio é evidentemente impossivel.

O exame histo-bacteriologico demonstrou a na-

tureza bacillar da doença em 51 casos reunidos por Aldibert, 40 dos quaes se curaram.

As observações foram feitas durante mais d'um anno em 6 doentes, e por mais de dois em 7; isto é, 35 % de curas definitivas.

Estes factos, ainda que pouco numerosos, auctorizam-nos a concluir que a laparotomia tem um valor importantissimo no tratamento da peritonite tuberculosa, incomparavelmente superior ao do tratamento medico.

Os resultados porém, não são identicos para cada forma da doença, e a operação, como todas, tem indicações especiaes a cada uma d'estas modalidades. Devemos pois estabelecer a sua classificação para em seguida traçar as indicações operatorias.

# CAPITULO I

## Formas da peritonite tuberculosa

Não é por um exame em globo, como o que até agora fizemos, que bem se póde julgar o valor d'um methodo de therapeutica cirurgica. E' necessario levar a analyse mais longe, reunir os casos identicos, agrupar as observações semelhantes e inferir d'ahi os resultados para cada cathegoria de casos similares. Só por este processo, tambem, poderemos estabelecer as indicações e contra-indicações da operação.

Com este fim varias classificações se tem proposto para ás diferentes formas de tuberculose peritoneal.

Boulland (*De la tuberculose du p ritoine et des pl vres—Paris, 1885*) admite, sob o ponto de vista medico, e baseando-se na propria evolu o do tuberculo, tres formas de peritonites tuberculosas. Com effeito o tuberculo p de ficar no estado de granula o cinzenta (*forma miliar*), soffrer a transforma o caseosa (*forma ulcerosa*), ou desaparecer por transforma o fibrosa (*forma fibrosa*).

Daremos aqui um rapido esboço anatomico e clinico d'estas diversas formas.

A forma miliar   caracterisada anatomicamente pela existencia de granula es cinzentas confluentes e superficiaes, ascite abundante, citrina, por vezes hemorragica e mais raramente purulenta; n o ha falsas membranas. Clinicamente apresenta symptomas geraes analogos aos da granulie: tristeza, cephalalgia, irregularidade do pulso, movimentos febris, emagrecimento rapido, etc. Estes symptomas geraes s o em breve offuscados pelos symptomas locaes: abaulamento e sensibilidade do ventre, vomitos alimentares e biliosos, constipa o, ascite livre e temperatura elevada. Esta forma   aguda, de marcha rapida, completando-se, em geral, n'um mez a sua evolu o. E' quasi sempre mortal e os raros casos de cura s o devidos   transforma o fibrosa.

Com a peritonite tuberculosa miliar p de coexistir uma dissemina o de les es bacillares em toda a economia; n'este ultimo caso constitue apenas uma parte do quadro clinico e anatomico da tuberculose

generalizada (granulía), que em nada nos interessa, pois nenhuma intervenção pôde ser tentada com exito.

Na forma ulcerosa as lesões são mais profundas: o tuberculo, seguindo a sua evolução natural, caesifica-se, amollece e ulcera-se. Abrindo o abdomen encontra-se um magma informe constituido por ansas intestinaes adherentes entre si e á parede abdominal, cobertas por falsas membranas amareladas, espessas e infiltradas de tuberculos. Entre as adherencias formam-se cavidades, mais ou menos amplas, contendo umas um liquido citrino, outras pus ou derrame côr de chocolate (hemorrhagico), outras, emfim, materias caseosas de aspecto bituminoso; todas estas cavidades são limitadas por falsas membranas cobertas, como a propria serosa, por tuberculos opacos, amarellados e profundos. Os órgãos infra-peritoneaes são mais ou menos invadidos pela infiltração tuberculosa, podendo, pela ulceração, fazer communicar duas ansas intestinaes, ás vezes bastante affastadas. A parede abdominal pôde ser atacada e perfurada, produzindo-se assim fistulas, sobretudo frequentes em creanças. Os doentes emagrecem rapidamente, a temperatura vespereal eleva-se a 38° ou 40°, os vomitos alimentares, os suores profusos, a diarrhêa serosa ou sanguinolenta, enfracquecem-os profundamente. O abdomen é volumoso, com a circulação collateral anormalmente desenvolvida, apresenta zonas de som baço e claro entremeadas, não tendo correspondencia al-

guma com os pontos de maior declive; á palpação sentem-se massas duras, fluctuantes, irregulares. A morte sobrevem rapidamente, tanto pela peritonite como pela phtysica pulmonar que nunca falta, podendo uma complicação, como uma fistula intestinal, vir apressar a terminação d'este estado.

Na forma fibrosa o tuberculo evolue espontaneamente para a cura, soffrendo os elementos que o constituem a transformação fibrosa. As lesões inflammatorias da serosa são attenuadas, pouco nitidas. A ascite, que se desenvolve lentamente, é consideravel e o liquido, seroso e transparente, torna-se por vezes sero-purulento. Este estado póde persistir durante muito tempo sem modificações notaveis. Se, porém, o trabalho reparador prosegue, a ascite reabsorve-se, as falsas membranas estendem-se por sobre os intestinos fazendo-os adherir entre si e á parede abdominal, as granulações tuberculosas tornam-se fibrosas e inertes (tuberculo de cura de Cruveilhier). Esta forma, tendo um principio mais ou menos agudo, é insidiosa e caracteriza-se por febre moderada, ausencia de vomito, alternativa de constipação e diarrhêa e persistencia de bom estado geral. Localmente existe a principio tympanismo que é depois substituido por ascite abundante, livre ou enkystada, a qual desapparece a seu turno; encontra-se então uma massa constituida por ansas intestinaes adherentes. Gradualmente a saude melhora e o doente readquire vigor; esta evolução, porém, é lenta, durando em média tres mezes. No decor-

rer d'este periodo podem apparecer um ou mais accessos agudos, signal de que a doença não está extincta e que é capaz de despertar sob a influencia d'uma causa qualquer. N'um d'estes accessos o quadro clinico pôde mudar e apparecer então a forma ulcerosa. Mesmo depois de curada espontaneamente, a peritonite fibrosa continua a constituir um perigo para o organismo, pelos obstaculos functionaes que as adherencias podem mais tarde produzir.

Estas tres formas existem tanto no adulto como na creança, mas a frequencia relativa differe d'um para o outro. Effectivamente a forma ulcerosa apparece com mais frequencia nas creanças ao passo que a miliar é n'ellas bastante rara.

E' esta a classificação adoptada por Courtois Suffit (*Traité de Médecine publié sous la direction de Charcot, Bouchard e Brissaud—1892*).

A classificação de Boulland, que acabamos de expôr satisfaz plenamente, é mesmo muito boa, sob o ponto de vista medico; cirurgicamente porém é insufficiente porque o modo de intervenção differe segundo o periodo da doença ou segundo o symptoma predominante. Na forma fibrosa o *modus faciendi* não é o mesmo quando se opera no periodo ascitico, de adherencia ou de tumor; do mesmo modo na forma ulcerosa o processo de intervenção pôde divergir, conforme se está em presença d'uma collecção suppurada ou d'uma agglomeração de ansas intestinaes reunidas por falsas membranas caseosas.

Os cirurgiões tem tentado classificar as diferentes formas baseando-se, não só na evolução clinica, mas tambem no estado do abdomen em cada uma d'ellas.

Na Allemanha, a maior parte dos operadores admittem apenas, como formas de peritonites tuberculosas, as ascites generalisadas e enkystadas e as peritonites fibrinoplasticas. Esta divisão é adoptada por Münsterman e Schalmack que estudaram o assumpto sob o ponto de vista anatomo-pathologico. Para elles a ulceração, com todas as suas consequencias, não é mais do que uma complicação que pôde modificar esta ou aquella forma; deve porém notar-se que a complicação altera por tal forma os resultados obtidos, modifica tão profundamente a natureza da intervenção, que é absolutamente necessario fazer uma classe á parte, dos casos em que ella existe.

Elliot admitte formas com ascite livre ou enkystada, e com massas tuberculosas circumscriptas.

Alexandroff acceita esta classificação, acrescentando que cada uma das formas pôde ser aguda, sub-aguda, ou chronica.

Elder propõe a divisão das peritonites tuberculosas em tres grupos: 1.º ascites generalisadas ou enkystadas, serosas ou suppuradas; 2.º peritonites fibrinoplasticas; 3.º peritonites com obstrucção.

Osler adopta a classificação anatomica de Boulland.

Pic (*Essai sua la valeur de l'intervention chi-*

*rurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et enkystées*), desenvolvendo a classificação de Boulland, apresentou uma outra mais aceitavel. Distingue tres grupos: 1.º forma miliar; 2.º forma fibrosa, sub-dividida em forma secca, ascite generalizada e ascite enkystada; 3.º forma ulcerosa, subdividida em forma secca (adherencia de massas intestinaes com agglomerações caseosas disseminadas) e forma suppurada (desenvolvimento de collecções purulentas n'uma ou mais cavidades das que se encontram em grande numero n'esta forma).

O grande inconveniente da classificação de Pic provém da inclusão de todas as formas asciticas na forma fibrosa. Se, com effeito, a forma fibrosa é quasi sempre ascitica, principalmente no principio, é tambem certo que este symptoma é commum a todas as formas, longe de ser exclusivo a esta. N'uma forma de cura como esta é, deveremos incluir as ascites de marcha aguda, quasi sempre mortaes?

O syndroma *ascite* imprime um cunho tão especial á intervenção, que justo é fazer um só grupo exclusivamente constituido pelos casos asciticos. Foi o que fez Aldibert, cuja classificação é a seguinte:

- |                              |  |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
|------------------------------|--|--|-----------------------------|---------------|--------------|----------------|--|---|---------------|--|---|---------------|---|------------|
| I Formas ulcerosas           | <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">1.º agudas</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">2.º sub-agudas</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">3.º chronicas</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="vertical-align: middle;">generalizadas</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">enkystadas</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | }  | 1.º agudas                  |               | }            | 2.º sub-agudas |  | } | 3.º chronicas | <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="vertical-align: middle;">generalizadas</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">enkystadas</td> </tr> </table> | { | generalizadas | } | enkystadas |
| }                            | 1.º agudas   |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| }                            | 2.º sub-agudas   |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| }                            | 3.º chronicas  | <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="vertical-align: middle;">generalizadas</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">enkystadas</td> </tr> </table> | {                           | generalizadas | }            | enkystadas     |  |   |               |  |   |               |   |            |
| {                            | generalizadas  |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| }                            | enkystadas   |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| II Formas fibrosas<br>seccas | <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">1.º secca propriamente dita</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">2.º adhesiva</td> </tr> </table>   | }  | 1.º secca propriamente dita | }             | 2.º adhesiva |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| }                            | 1.º secca propriamente dita  |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |
| }                            | 2.º adhesiva   |  |                             |               |              |                |  |   |               |  |   |               |   |            |

III Formas ulcerosas { 1.º secca  
 { 2.º suppurada { generalisada  
 { enkystada { unilocular  
 { multilocular

Esta classificação, posto que preste valiosos serviços a Aldibert na apreciação dos resultados operatorios, tem o inconveniente de ser muito complexa; e o seu principal defeito é fazer grupos que, se realmente existem, são comtudo impossiveis de diagnosticar antes da intervenção. Assim, julgamos desnecessarias as sub-divisões que elle faz da forma ulcerosa, pois que o proprio Aldibert, n'um trabalho posterior diz o seguinte: «il faut faire remarquer encore la *difficulté et même l'impossibilité*, dans la quelle ou se trouve, de poser le diagnostic d'une *péritonite suppurée.*» (Aldibert et Hartmann—*Annales de gynecologie*—Junho de 1892).

Quando assim succede para a forma suppurada, que será para as suas sub-divisões?

Se estas apenas são diagnosticaveis depois de aberto o abdomen, não ha utilidade alguma para o cirurgião em consideral-as á parte.

Roersch apresenta uma classificação concisa; mas que, segundo creio, satisfaz a todas as exigencias da clinica e da cirurgia.

A este proposito diz o citado autor:

«A erupção póde fazer-se toda á superficie. Na serosa apparecem granulações superficiaes, mais ou menos numerosas, de volume muito variavel.

Inflamma-se, torna-se aspera, espessa e deixa transudar uma grande quantidade de liquido seroso, ordinariamente turvo, hemorrhagico ou purulento. E' a forma *ascitica generalisada* que póde estabelecer-se d'uma maneira sobre-aguda e matar em poucos dias o doente. A sua evolução, porém, póde ser sub-aguda ou chronica. Quanto mais lenta fôr, mais facilmente permittirá a reacção dos tecidos sãos, a esclerose do tuberculo, a formação de adherencias, que constituirão obstaculos á marcha da affecção. O peritoneu parietal torna-se notavelmente espesso, cobre-se de depositos fibrinosos; o epiploon torna-se carnoso, attinge 5 ou 6 centimetros de espessura, infiltra-se de neoplasias tuberculosas, retrahe-se muitas vezes formando um tubo disposto transversalmente ao nivel do umbigo: o mesenterio soffre modificações analogas, repuxando, pela sua retracção, as ansas intestinaes para a metade direita do abdomen, ao passo que o exsudato se accumula principalmente na parte esquerda.

O peritoneu visceral cobre-se tambem de neo-membranas.

Estabelecem-se adherencias entre as ansas intestinaes, entre estas e a parede, o epiploon ou os outros orgãos intra-abdominaes. Podem englobar o exsudato, isolal-o completamente do resto da cavidade abdominal e constituir-se assim a *forma ascitica enkystada*.

O derrame póde reabsorver-se em grande parte ou ser desde o principio muito pouco abundante;

os depositos fibrinosos, as adherencias, pódem tornar-se cada vez mais numerosos e solidos e conduzir á *forma fibrino-plastica adhesiva*. Esta é caracterizada pela formação de falsas membranas espessas, por vezes realmente fibrosas, ligando entre si todos os órgãos intra-abdominaes, subjugando as granulações tuberculosas. O exsudato falta completamente, ou está enkystado n'uma ou mais cavidades; é a esta forma especialmente que pertencem os pseudo tumores (Schein-Geschwüleste) sobre os quaes Koenig chamou em especial a attenção, e que deram, e dão ainda, logar a tantos erros de diagnostico. Devemos distinguir d'esta forma fibrino-plastica adhesiva, a forma *secca propriamente dita* (1) na qual apenas se vêem tuberculos disseminados em toda a serosa, sem liquido, e sem adherencias. E' talvez uma peritonite ascitica em via de cura na qual o liquido foi reabsorvido, ou uma peritonite evoluindo tão lentamente, tão insidiosa, acompanhando

---

(1) Alguns autores descrevem esta variedade sob o nome de forma miliar, expressão cujo principal defeito é dar logar a confusões. Anatomicamente encontram-se verdadeiros tuberculos miliares; poderá ser uma variedade da forma miliar sob o ponto de vista anatomo-pathologico, mas não o é clinicamente. A forma miliar clinica é aguda, de evolução rapida; a forma secca propriamente dita é lenta, essencialmente chronica, talvez uma forma de transição, que representa o periodo comprehendido entre a reabsorpção da ascite e o apparecimento das falsas membranas na forma adhesiva.



Como se vê, a classificação de Roersch é muito menos complexa do que a de Aldibert, e differe d'ella em reunir n'um só grupo os casos sub-agudos e chronicos e em não admittir sub-divisões na forma ulcerosa.

Já em outro logar exprimimos o nosso modo de vêr sobre este ponto e por isso nos não detemos por mais tempo aqui, passando como dissemos, a tratar das indicações e contra-indicações da laparotomia na doença de que nos occupamos.

## CAPITULO II

### Indicações e contra-indicações

Das considerações que precedentemente fizemos resulta naturalmente a divisão d'este capitulo em duas partes: a primeira consagrada ao estudo das indicações e contra-indicações especiaes a cada forma; a segunda, ás contra-indicações communs a todas ellas.

Ao mesmo tempo que fôrmos estudando, isoladamente para cada forma, as indicações, apresentaremos os resultados operatorios respectivos, fundando assim a conveniencia ou inconveniencia da intervenção, na estatistica.

**A.** — *Forma ascítica aguda.* — Esta forma corresponde exactamente á tuberculose miliar aguda da classificação de Boulland. Não tratamos aqui, como já dissemos, senão dos casos de localização exclusiva no peritoneu, deixando completamente de parte aquelles em que ha disseminação por todo o organismo. N'este caso a questão da intervenção está completamente posta de parte, porque apenas se dirigiria a um dos fócios da doença cuja gravidade poderia ser extremamente augmentada por uma operação d'esta ordem.

Contam-se apenas duas intervenções em casos da forma ascítica aguda: um, de Monnier, teve como consequencia a morte 36 horas após a operação; no outro, de Ross, houve melhoras durante os 15 primeiros dias chegando mesmo a temperatura a voltar á normal, mas o doente succumbiu um mez depois da operação a uma tuberculose generalisada.

Deveremos intervir n'esta forma?

As opiniões dos autores que se têm occupado d'este assumpto são diametralmente oppostas: Truc, Pribram, Routier e Pic votam pela abstenção; Koenig, Jalaguier, Legueu e Aldibert, são, pelo contrario, partidarios da intervenção.

Trata-se d'uma doença cuja terminação é quasi sempre fatal e em que o tratamento medico é absolutamente impotente. A estatistica, posto que insufficiente, é-lhe contraria; a experimentação não lhe é mais favoravel. Com effeito, Nannotti e Baciocchi, de experiencias feitas em cães e coelhos, conclui-

ram, que, se algumas vezes havia melhoras após a laparotomia, os animaes morriam todavia passado pouco tempo pela generalisação da doença. (*L'Italie Medico-chirurgicale*, N.º 11 — Fevereiro a Março, 1894).

Isto parece pleitear a favor da não-intervenção e concorda perfeitamente com o resultado do caso de Röss.

**B.** — *Forma ascitica sub-aguda ou chronica.* —

Ha actualmente registrados 175 casos de intervenção n'esta forma, com o seguinte resultado: 137 curas e 39 casos fataes, ou seja uma mortalidade apenas de 21 %. N'este numero estão contidas 41 observações de creanças e 134 de adultos, e é conveniente separal-as pois os resultados são um pouco diversos. Nas creanças a mortalidade foi de 12 %; 4 casos foram observados durante um anno; 2 durante dois annos e outros dois por mais de 14. As causas da morte foram assim classificadas: collapso (1 caso), tuberculose peritoneal e pulmonar (1 caso), tuberculose generalisada (1 caso), meningite tuberculosa (2 casos).

Nos adultos houve 33 casos fataes (24,6 %) dos quaes apenas 5 devem ser imputados á operação e devidos a choque traumatico, peritonite aguda, septicemia e feridas do intestino. Nos casos curados, 17 vezes reapareceu a ascite que, em 16 casos se curou por simples punção ou por segunda laparotomia. Não devemos, como muito bem faz notar Aldibert, confundir estes casos com a accu-

mullação de liquido que se observa algumas vezes pouco tempo depois da operação; é este um facto sem importancia devido apenas á irritação da serosa.

Os resultados operatorios n'esta forma são ainda mais animadores quando se trata de peritonites enkystadas.

E' isto, talvez, devido á evolução essencialmente lenta e chronica da doença.

Concorre tambem para este resultado a menor frequencia de lesões bacillares em outros pontos do organismo. A intervenção em 65 casos d'esta forma deu apenas 7 mortes (10,7 %). Fazendo, como fizemos para a ascite generalizada, a separação entre as observações em creanças e adultos, vemos o seguinte: em 9 creanças não houve caso algum fatal, o que daria 100 % de curas, cifra provavelmente exaggerada attendendo ao pequeno numero de observações; em 56 adultos houve 7 mortes, 3 doentes voltaram ao mesmo estado, 2 melhoraram e 44 curaram-se.

Conhecidos estes resultados, vejamos quaes as indicações e contra-indicações para esta forma.

Em principio, todos os cirurgiões são partidarios da intervenção, salvo em determinadas condições que vamos examinar.

Pic, apoiado na opinião de Chandelux, dá como contra-indicação a existencia de temperatura elevada, symptoma que póde indicar uma disseminação granulica; n'este caso ha uma contra-indicação

formal á intervenção que não póde ser supportada por um organismo enfraquecido, concorrendo além d'isso para acelerar o processo de disseminação. Quando, porém, a temperatura elevada não fôr symptoma de generalisação não constitue ella de persi contra-indicação.

A confirmar esta asserção ha algumas observações, apresentadas por Aldibert, de casos operados n'estas condições e em que os resultados foram excellentes.

Nos casos de marcha mais lenta sem elevação thermica notavel todos os autores votam pela intervenção; cessa, porém, este accordo quando se trata de fixar a sua opportunidade. Uns, como Pribram, e Audry, entendem que só se deve intervir depois de esgotados todos os outros recursos therapeuticos; Maurange recommenda mesmo esperar o momento em que o estado geral se aggrave, em que a generalisação esteja imminente, depois d'um tratamento medico pacientemente dirigido, e depois de puncções seguidas de injecções modificadoras. Pic, pelo contrario, entende que o apparecimento d'um estado geral grave deve antes deter que forçar a intervenção: esperar a febre, a emaciação, os suores nocturnos, a cachexia, é expôr o doente á morte, é favorecer a generalisação, o que por todos os meios se deve evitar.

Hesitará sómente na intervenção quem acreditar pouco no valor therapeutico da laparotomia.

Esta, sob o ponto de vista operatorio não tem gravidade; sob o ponto de vista da cura, o prognóstico é tanto menos favorável quanto mais extensas e profundas forem as lesões.

Quando a operação é praticada n'uma phase pouco adiantada da doença, n'um individuo forte e ainda resistente, os bons resultados são quasi certos; e é então que o tratamento medico pôde prestar valiosos serviços.

A laparotomia não produz uma cura radical, immediata: fica durante muito tempo no abdomen um foco latente que pôde despertar ao menor enfraquecimento do individuo, se não auxiliarmos a resistencia organica por um regimen tonico e hygienico bem dirigido.

C. — *Forma fibrosa*. — Na primeira phase d'esta forma apparece muitas vezes ascite, que, reabsorvida mais tarde, deixa apenas perceber na serosa tuberculos miliares sem falsas membranas (*forma secca propriamente dita*); na terceira phase apparecem então neo-membranas generalizadas ligando um grande numero de visceras abdominaes entre si e á parede (*forma fibrino-plastica adhesiva*).

a) — *Forma fibrosa secca propriamente dita*. — Apenas duas observações bem descriptas formam o nucleo da estatistica n'esta forma: n'uma, publicada por Aldibert, a cura foi definitiva; na outra, devida a Roersch, a operada, uma mulher de 47 annos, succumbiu ao marasmo dois mezes depois

da operação. O prognostico, fundado n'estas duas observações, ficaria, pois, suspenso. Baseando-nos porém, em rasões d'outra ordem poderemos formular uma opinião sobre este ponto. A maioria dos cirurgiões entendem que se não deve intervir na forma adhesiva por duas rasões principaes: primeira, por que se trata d'uma forma de cura espontanea; segunda porque a operação é difficil e perigosa em virtude, principalmente das adherencias que prendem as ansas intestinaes á parede abdominal.

Ora, como já tivemos occasião de dizer, esta sub-divisão da forma fibrosa representa provavelmente a phase post-oscitica da forma adhesiva, pois que o abdomen tem o mesmo aspecto que na forma ascitica generalisada, differencando-se apenas pela ausencia de liquido; sendo pois uma forma de transição nada prova que, n'um caso dado, ella evolua para a cura; signal algum nos indica que, em vez de se tornar fibrosa adhesiva, se não torne ulcerosa. Apenas podemos affirmar que é uma forma lenta, chronica, mais nada. Isto pelo que respeita ao primeiro argumento.

Com relação ao segundo, já nós vimos, que n'esta sub-divisão não ha adherencias e portanto se não póde invocar a existencias d'ellas como argumento contra a intervenção.

Deveremos, em vista d'isto, esperar que esta forma se torne fibrosa, sem contar com as probabilidades de se transformar em ulcerosa, isto é, muito mais grave e quasi fatalmente mortal?

Julgamos que não: ha muito menor perigo na intervenção e esta está portanto indicada, do mesmo modo que na forma ascitica.

**b)**— *Forma fibrino-plastica adhesiva.* — N'esta forma 31 intervenções deram como resultado 23 curas e 8 mortes, isto é, uma mortalidade de 25,8 %. Em 6 casos a morte teve por causa fistulas stercoraes resultantes da operação.

N'esta forma, por todos considerada como de cura, as difficuldades aperatorias são enormes: as adherencias das ansas intestinaes á parede tornam possivel a lesão do intestino na occasião da abertura do ventre, e as fistulas stercoraes que d'ahi resultam dão o mais importante contingente para a mortalidade.

Esta razão, de bastante valor, é o principal fundamento dos cirurgiões que opinam pela abstenção.

Não lhe sendo porém, a estatistica em demasia desfavoravel julgamos dever traçar indicações mais precisas.

Se o doente apresenta um estado geral mau, se a emaciação e o enfraquecimento augmentam progressivamente, ha todas as probabilidades de que a regressão fibrosa dos tuberculos se não faça e de que estes sigam a sua evolução normal. N'estas condições não se deve hesitar: é preciso intervir, e quanto mais cedo melhor.

A segunda indicação operatoria consiste na existencia de phenomenos dolorosos que impeçam

o doente de trabalhar, condemnando-o a uma immobilitade quasi absoluta.

A terceira será fornecida pela constipação dolorosa e rebelde, que indica o começo d'uma occlusão chronica. Esta obstrucção, a principio incompleta, tem como consequencia a paragem difinitiva do curso das fezes, o que reclama uma intervenção d'urgencia.

**D.** — *Forma ulcerosa.* — Os resultados operatorios n'esta forma são muito menos animadores do que nas precedentes. As lesões profundas, os abcessos, as fistulas que complicam a peritonite, são por vezes inacessiveis ou exigem manobras delicadas e perigosas; para proval-o basta citar o caso bem frisante em que Czerny, querendo destacar as adherencias, produziu 7 feridas intestinaes, fez a costura de 5, ressecou 2 e viu morrer o doente horas depois.

Não são comtudo completamente desanimadores os resultados da intervenção. De 22 laparotomias praticadas n'esta forma 9 foram mortaes, e a cura foi apenas bem observada em 3, nas quaes se manteve por mais de dois annos. N'esta, mais que em qualquer outra forma, a observação deve prolongar-se pois que não poderemos ter a certeza da cura completa senão depois de nos termos assegurado do desaparecimento das fistulas stercoraes creadas pela operação ou sobrevindas a ella.

Se os resultados porém, da laparotomia são duvidosos, não ha n'estes casos, outro meio a tentar.

Quando ha uma só collecção purulenta enkystada, a operação é, em geral, facil e os seus resultados bons. Seria isto uma indicação, se fosse sempre possível determinar préviamente se ha ou não collecções multiplas e disseminação de lesões. Já vimos porém, que só depois de aberto o ventre é que, na maioria dos casos, poderemos formar tal diagnostico.

Em resumo: n'esta forma ha a contra-indicação da gravidade operatoria e a indicação da gravidade da doença junta á falibilidade dos outros methodos therapeuticos.

\* \* \*

Do que temos dito n'este capitulo concluímos o seguinte:

A operação raras vezes é nociva; na maioria dos casos mal succedidos apenas se aggravou uma situação já muito perigosa e que terminaria fatalmente pela morte.

A sua utilidade é, pelo contrario, bem manifesta, mormente nos casos em que as lesões são pouco profundas e extensas e em que o estado geral está pouco alterado.

Nas formas chronicas o beneficio da operação é incontestavel; nas formas agudas só observações futuras poderão tornar bem seguro o prognostico operatorio.

Mesmo, porém, nos casos seguidos de morte

obtem-se em geral pela operação melhora notaveis, tendo portanto jus a ser considerada, n'estes casos, como palliativa.

\* \* \*

### Contra-indicações communs a todas as formas de peritonites tuberculosas

Estas contra-indicações resultam principalmente da coexistencia de lesões tuberculosas em outros pontos do organismo. A sua disseminação torna o prognostico muito pouco favoravel sendo para reccar que os beneficios da operação sejam nullos.

Praticada em doentes profundamente affectados, esta, pelo abalo que naturalmente imprime ao organismo, apenas poderá apressar o apparecimento da granulia.

A contra-indicação está pois na generalisação das lesões: a sua multiplicidade, indicio de infecção profunda, deve deter a mão do operador que não poderá contar com reacção da parte d'um organismo debil e cuja resistencia está quasi extincta.

Se em vez, porém, de estar disseminada, a tuberculose está apenas localisada n'um outro ponto além do peritoneu, a questão apresenta-se-nos com outro aspecto e deve ser mais detalhadamente estudada.

D'estas localisações extra-peritoneaes as mais

frequentes são as ganglionares, osseas, pleuraes, pulmonares e intestinaes.

Quando o processo tuberculoso se manifesta nos *ganglios* ou nos *ossos*, ainda mesmo que com suppuração, a laparotomia não está contra-indicada, o que se prova por numerosas curas obtidas n'estas condições. Exceptuam-se porém, os casos em que haja disseminação ou grande extensão do processo.

Nos casos de *tuberculose pleural* pôde a pleurite não ter derrame ou tel-o muito pequeno, e pôde ter um derrame consideravel.

No primeiro caso a operação não está contra-indicada, e assim o attestam as observações de Pic, Vierordt e Aldibert.

Outro tanto não succede já no segundo caso. Pic, que foi o primeiro a apontar, como contra-indicação formal da intervenção, a existencia d'um derrame consideravel da pleura, viu a sua opinião confirmada pelas observações de Aldibert. Um tal derrame, não só diminue a resistencia do individuo pelos obstaculos que oppõe á hematose, mas indica além d'isso que a tuberculose, mais virulenta, ou evoluindo n'um terreno mais apropriado, invadiu profundamente a economia e tende a generalisar-se.

A *tuberculose pulmonar*, quando as lesões são ainda pouco consideraveis não constitue para alguns autores (Maurange, Pic) uma contra-indicação; tem sido mesmo apresentada como indicação, (Kümmel, Pribram e sobretudo Parker Sims):

«Il est établi que la tuberculose pulmonaire est

une indication pour et non contre l'operation, car l'amelioration, rend le malade capable de mieux resister á la phtisie; et si celle-ci est au début, la guérison peut se produire.»

A estatística de Aldibert autorisa-nos as conclusões seguintes:

A tuberculose pulmonar não constitue sempre contra-indicação á laparotomia; pôde mesmo pleitear a seu favor em certas condições. Estas devem ser procuradas, não tanto no grau de desenvolvimento das lesões, como na sua localização e marcha. Se são limitadas, se tem uma evolução lenta e chronica, quer sejam constituídas por infiltração, quer sejam tuberculos em via de amolecimento,— não contra-indicam a incisão do peritoneu. Se, pelo contrario, se encontram os dois vertices invadidos, se a invasão progride rapidamente, mesmo sem haver signaes de amolecimento,— devemos recear que os beneficios da laparotomia sejam frustrados.

A *tuberculose intestinal*, complicação não menos frequente e grave que a tuberculose pulmonar, tem sido julgada por uns como secundaria á tuberculose peritoneal e por outros como primitiva. Estes ultimos fundam a sua opinião sobre numerosas observações em que as duas localizações eram concomitantes.

Divergem os autores quando pretendem determinar o valor contra-indicante d'esta complicação. Para aquelles que, como Koenig, consideram as lesões peritoneaes como secundarias ás do intestino,

a enterite não é contra-indicação. A grande maioria dos autores é, porém, de opinião contraria. Para Pic as lesões do intestino constituem contra-indicação formal. Aldibert considera separadamente os casos em que as lesões intestinaes são limitadas, e aquelles em que são extensas: os primeiros sendo, como realmente são, susceptiveis de cura pela resecção da parte lesada não constituem contra-indicação; quando, pelo contrario, as lesões abrangem grande parte do intestino, a intervenção deve ser banida.

Posto que a opinião de Aldibert nos pareça muito accetavel, julgamos comtudo que, a não ser em casos muito especiaes, deve ser muito difficil, e talvez impossivel, diagnosticar préviamente a extensão da lesão intestinal.

\* \* \*

Resumindo, concluiremos que as contra-indicações residem especialmente na existencia de fócios bacillares em outros pontos do organismo. Não tanto a extensão d'estas complicações, como a rapidez da sua marcha, devem aconselhar ao operador a abstenção. A extrema fraqueza e debilidade do portador d'uma tuberculose peritoneal complicada, deverão fazer reccar que a laparatomia, longe de lhe proporcionar beneficios, lhe vá aggravar uma situação já de si melindrosa.

## CAPITULO III

### Modo de intervenção

Não é intento nosso descrever aqui minuciosamente a operação. A sua technica é, no primeiro tempo, identica para todas as formas; o mesmo não succede, porém, depois de aberta a cavidade peritoneal. Então o modo de proceder do operador varia segundo a forma da peritonite e a extensão das lesões encontradas.

Parece-nos inutil insistir na necessidade absoluta d'uma antisepsia rigorosa de tudo o que deve tocar na ferida. E' igualmente indispensavel fazer uma des-

infecção cuidadosa da parede abdominal, e uma boa antiseptia intestinal, pelo salicylato de bismutho, betol ou benzo-naphtol, é da maxima utilidade.

A incisão deverá ser feita com extrema prudencia para evitar as feridas do epiploon e do intestino os quaes tantas vezes estão adherentes á parede; esta prudencia é ainda mais necessaria em virtude das modificações que apresentam os diversos planos da parede abdominal, frequentemente difficeis de reconhecer. A vascularisação anormal é assignalada n'um grande numero de observações e, segundo Edebohls, permittiria mesmo, nos casos duvidosos, o diagnostico da tuberculose do peritoneu antes da abertura da serosa. E' geralmente mais accentuada no plano retro-muscular e para dar uma idéa do desenvolvimento que os vasos pódem ter n'este ponto, bastará citar o caso de Schmidt em que existia uma rêde de veias chegando algumas a ter o calibre d'uma penna de corvo.

O folheto parietal do peritoneu é sempre muito espesso podendo attingir 4 a 5 millímetros e mesmo mais; devemos pois estar prevenidos contra qualquer confusão que possa resultar d'este augmento de espessura.

Postas estas considerações geraes, vejamos as variantes para cada forma.

**A.**—*Forma ascitica.*— O modo de intervenção é differente segundo a ascite é generalisada ou enkystada.

**a).**—*Forma generalisada.*— A incisão será

feita na linha branca e abaixo do umbigo: é esta a via mais commoda e mais directa para entrar no abdomen e tambem a que mais facilmente dará sahida ao liquido ascitico.

Aberto o peritoneu, augmentar-se-ha a incisão com a tezoura, depois de ter verificado com o dedo que não existe nas proximidades da ferida nenhuma adherencia do epiploon ou do intestino. Assim se evitará a creação de fistulas, complicação que tem succedido a muitos cirurgiões e que muito contribue para o mau resultado da operação. Completada que seja a incisão auxiliar-se-ha a sahida do liquido por compressões methodicas sobre os flancos.

E' inutil e perigoso, a menos que não haja indicação particular, explorar toda a cavidade abdominal e romper as adherencias: inutil, porque estas se formarão de novo; perigoso, porque, quando são extensas, a sua ruptura pôde dar logar a hemorragias por vezes abundantes ou perfurações do intestino, se se trata de neo-membranas peri-intestinaes. Em taes condições mais vale pois respeitar as adherencias.

Se o epiploon não está adherente ao intestino, e contém, como quasi sempre succede, fòcos tuberculosos de consideravel extensão, convém fazer a ablação da parte mais affectada, contando todavia com a grande friabilidade e exaggerada vascularisação, o que torna muito difficil suster a hemorragia. Tentaremos comtudo a hemostase multiplica-

do as laqueações e apertando moderadamente os fios para que estes não cortem os tecidos pouco consistentes, ou então fazendo entrar o epiploon na costura da serosa. Esta ultima pratica tem contra si a possibilidade d'uma inoculação directa da ferida onde consecutivamente se desenvolve uma ulceração especifica.

Tem sido muito discutido o emprego da lavagem do peritoneu. Esta, feita com liquidos anti-septicos (agua borica, agua phenica, soluto de sublimado, de acido phosphorico, chloreto de zinco) ou simplesmente asepticos (agua esterilisada, solução physiologica de chloreto de sodio), parece não ser absolutamente indispensavel para a cura da peritonite tuberculosa. Para apreciarmos o seu valor na forma de que nos estamos occupando, recorreremos mais uma vez á estatistica de Aldibert. Este autor reuniu 149 observações de formas asciticas. Nos casos em que se empregou a lavagem, houve 72,5 % de curas; nos casos em que se não recorreu a ella, a percentagem de curas elevou-se a 74,3 %.

Esta proporção não será talvez muito exacta: n'algumas observações não se indica claramente se se fez a lavagem, sendo assim erradamente collocadas na segunda cathegoria. Apesar d'esta causa d'erros, julgamos que os numeros precedentemente citados são sufficientemente demonstrativos de que a lavagem não exerce papel notavel como adjuvante da laparotomia. E' esta tambem a opinião de Koenig. Não queremos, porém, com isto condemnal-a

em absoluto: se não concorre preponderantemente para a cura, presta comtudo bons serviços auxiliando a completa evacuação da ascite e a sahida das falsas membranas pouco adherentes. Póde ainda em alguns casos, quando empregada a temperatura conveniente, servir de hemostatico.

Tem-se pretendido substituir as lavagens por insuflações de iodoformio em pó fino nos pontos mais atacados. Parece-nos um pouco perigosa esta pratica, principalmente nas creanças, posto que a serosa chronicamente inflammada esteja em más condições de absorpção. Outrotanto não podemos já dizer da *toilette* do peritoneu feita com esponjas ou compressas embebidas em soluções antisepticas, o que é sobretudo util, quando se destacam adherencias ou se resecca o epiploon.

Discussões analogas tem sido travadas a proposito da drenagem. Os que defendem o seu emprego fundam-se na possibilidade de recahidas por não poder o liquido que de novo se accumula, sahir para o exterior. A drenagem porém não obsta a este inconveniente: em tres observações publicadas por Aldibert e nas quaes se fez a drenagem, o liquido accumulou-se de novo na cavidade abdominal. Intervindo segunda vez n'um d'estes casos encontrou-se o dreño envolvido por falsas membranas que limitavam uma cavidade fechada. Isto auctorisa-nos a concluir que a drenagem será sempre incompleta nas formas asciticas generalisadas. A drenagem tem além d'isso inconvenientes dos

quaes o principal é a criação de fistulas que ás vezes duram largo tempo.

A unica indicação pois, para o emprego da drenagem n'esta forma é o receio de hemorragias abundantes e a composição sero-purulenta do derrame.

b). — *Formas enkystadas.* — N'este caso, ao contrario do que se faz na forma generalisada, a incisão vae cahir sobre a cavidade kystica onde quer que ella esteja localisada e não exclusivamente sobre a linha media. Assim se evitará a infecção do resto da serosa. Aberta a cavidade kystica proceder-se-ha á sua lavagem com o fim de destacar as neo-membranas, o que não deve fazer-se por outro processo pelas razões que deixamos apontadas quando tratamos das formas generalisadas. Abster-nos-hemos comtudo de proceder a tal lavagem quando, não sendo a bolsa kystica completamente fechada, possa haver receio de que alguns elementos infecciosos sejam arrastados para o resto da cavidade abdominal.

Fechar-se-ha depois d'isto a cavidade kystica, salvo se a rigidez das suas paredes e o seu conteúdo purulento, exigirem a costura dos bordos aos da ferida externa.

Podemos ainda drenar a cavidade, o que se deve principalmente fazer nos dois seguintes casos: primeiro, quando a espessura da parede fôr tal que o seu afrontamento seja difficil, ou se receie nova accumulção de liquido, circumstancias estas que re-

tardarão a adherencia das paredes da bolsa; segundo, quando haja receio de hemorragias abundantes consecutivas a rupturas de adherencias ou resecções do peritoneu.

*Complicações das formas asciticas.* — E' pouco frequente haver complicações post-operatorias n'esta forma; referir-nos-hemos, porém, a algumas que, pela sua importancia, merecem especial menção.

A ruptura da cicatriz consecutiva á reaccumulação de liquido, sobre não ser vulgar, não reclama tratamento algum além da applicação d'um penso bem feito.

Menos rara e mais séria pela gravidade, é a ulceração tuberculosa da cicatriz, resultado da inoculação directa da ferida. Evitaremos, quanto possível, esta complicação não comprehendendo na costura o epiploon, a não ser nos casos de extrema necessidade, pois já dissemos quanto esta pratica pôde concorrer para tal resultado.

Entre as complicações tardias limitar-nos-hemos a citar as fistulas intestinaes secundarias.

Temos finalmente as reincidencias cuja frequencia já indicamos.

No caso em que uma nova accumulção de liquido se faça na cavidade abdominal devemos observar attentamente a marcha da doença. Um tratamento medico ou simplesmente o decorrer de algum tempo basta muitas vezes para fazer desapparecer esta ascite. Se porém, tal não succede, é preciso intervir praticando segunda laparotomia, salvo

se houver contra-indicação especial fornecida pelo estado das visceras.

**B.**—*Formas fibrosas.*—Aqui, como nas formas asciticas, o modo de intervenção varia segundo se trata de uma outra das sub-divisões que fizemos d'estas formas.

**a).**—*Forma secca propriamente dita.*—Como já dissemos, esta variedade de tuberculose peritoneal, apenas differe da forma ascitica generalisada em não haver derrame. Do mesmo modo que n'esta ultima, abriremos a cavidade abdominal fazendo a incisão sobre a linha branca. Aberto o abdomen lavar-se-ha o peritoneu e faremos o restante da sua *toilette* como nas formas asciticas. Nada n'esta forma justifica o emprego da drenagem.

**b).**—*Forma fibrino-plastica adhesiva.*—A incisão far-se-ha sobre o tumor no caso de existir só um; se porém, houver mais, far-se-ha na linha media, o que permittirá mais facilmente attingil-os a todos.

Na abertura da cavidade abdominal deveremos proceder com extrema lentidão para evitar ferir o intestino adherente á parede. O espessamento consideravel do peritoneu, a sua vascularisação e friabilidade anormaes são circumstancias que tornam sobre modo delicado e difficil este primeiro tempo da operação.

Depois de seccionado o peritoneu o modo de proceder varia segundo as indicações que determinaram a intervenção. Se esta tem por fim sómente

atacar o processo tuberculoso que até então se não manifestara por symptomas dolorosos ou por constipação, respeitaremos as adherencias e faremos a *toilette* do peritoneu, fechando em seguida o abdomen. Se, pelo contrario, existem phenomenos dolorosos que se suppõem devidos ás adherencias ou a um principio de occlusão chronica, tentaremos desatcal-as libertando assim o epiploon e o intestino. Este trabalho deve ser feito com extrema cautella, não esquecendo que é preferivel deixar neo-membranas, a lesar, ainda que ao de leve, o intestino.

Empregaremos a drenagem apenas nos casos em que receiemos uma hemorrhagia ou em que haja alguma ruptura intestinal.

*Complicações das formas fibrosas.* — Têm o primeiro logar as fistulas stercoraes cuja gravidade é extrema, o que depende em grande parte da sua localisação no intestino delgado, algumas vezes muito proximo do pyloro. D'aqui resultam perturbações profundas da nutrição do individuo que, já enfraquecido pela doença, não póde resistir muito tempo.

**C.** — *Formas ulcerosas.* — N'estas formas a incisão deverá ser feita, sempre que seja possivel, sobre a colleccção purulenta; póde portanto deixar de ser mediana. Os cuidados durante a operação devem aqui ser maiores em virtude da grande friabilidade das tunicas intestinaes resultante da infiltração tuberculosa.

Procuraremos chegar á bolsa purulenta, para o que é muitas vezes preciso afastar com os dedos

ansas intestinaes adherentes. Se, porém, este deslocamento se tornar difficil ou perigoso, não hesitaremos em fechar a cavidade e praticar uma incisão n'outro ponto por onde se julgue mais facil o accesso á collecção purulenta.

Ressecar-se-hão, sempre que seja possivel, os órgãos doentes (ganglios mesentericos, trompas, ovarios, etc.). Nos casos de impossibilidade de fazer a extirpação total ou a evacuação completa das collecções purulentas, ainda a operação não foi baldada: o pouco que se fez póde bastar para a cura.

De todas as formas de tuberculose peritoneal é esta a unica que não dispensa a lavagem com liquidos anti-septicos; é mesmo o unico meio de fazer sahir todo o pus, pseudo-membranas e residuos caseosos contidos nas cavidades kysticas. O melhor liquido a empregar será a solução de sublimado a

I  
5000, precedida, como aconselha Delbet, d'uma lavagem com agua salgada para evitar intoxicações; nas creanças empregaremos de preferencia uma solução concentrada de acido borico o que nos põe ao abrigo de qualquer accidente toxico. Poderemos ainda fazer pulverisações iodoformadas.

A drenagem é tambem aqui absolutamente indispensavel, sem o que o pus se accumularia de novo, reapareceriam os accidentes febris, e segunda laparotomia se tornava necessaria. Poderemos empregar tubos de cautchuc ou, quando se receie

que o seu contacto possa lesar o intestino, a drenagem capillar de Mikulig, que Routier preconisa.

*Complicações das formas ulcerosas.* — E' frequente durante a operação romper-se o intestino, o que dá logar á formação de fistulas stercoraes, a complicação mais vulgar d'esta forma. Dada ella deveremos intervir novamente? De 7 casos de fistulas intestinaes consecutivas á intervenção e publicados por Aldibert, dois foram rapidamente seguidos de morte por perturbações nutritivas; 4 curaram-se espontaneamente n'um periodo que variou entre 4 e 10 mezes; o ultimo, finalmente, o caso já citado de Czerny em que uma segunda intervenção foi determinada pela existencia de fistulas intestinaes post-operatorias, teve desastroso resultado. Estas segundas intervenções são sempre muito laboriosas: ha por vezes diverticulos capillares, tractos tortuosos e obliquos conduzindo a uma fistula muito distante do ponto da incisão; além d'isso as adherencias e a friabilidade das tunicas intestinaes difficultam por tal modo a operação que é impossivel procurar a fistula. Quando esta, porém, esteja muito proxima do pyloro só abrindo o abdomen e suturando-a evitaremos a morte rapida.

## CAPITULO IV

### Modo de acção da laparotomia

A peritonite tuberculosa cura-se em seguida á pratica da laparotomia: é um facto demonstrado.

Qual será, porém, o seu modo de acção?

Dizem uns que a laparotomia cura; outros, que apenas auxilia a cura.

Quer-nos parecer que vae aqui um erro de interpretação. Não ha, em verdade, medicações que curem, que tenham em si a virtude de curar; o organismo é como um corpo em equilibrio estavel que as doenças desviam da posição normal, mas que tende sempre a voltar a ella; e os meios therapeuticos, ou diminuindo a intensidade da força que o

desvia ou augmentando-lhe a propria resistencia, deixam-no retomar a posição primitiva. Esta volta ao estado normal, ou melhor os meios de que para a conseguir o organismo se serve, são varios. Na peritonite tuberculosa, como, em geral, em qualquer tuberculose, esse meio é a transformação do tuberculo em tecido fibroso.

Posto isto, a laparatomia pôde actuar por tres formas: augmentando a resistencia do peritoneu, diminuindo a virulencia do bacillo, ou simultaneamente por ambas.

Abrindo o ventre, nós expomos o peritoneu ao ar e á luz. D'aqui resultam dois phenomenos d'alta importancia: diminuimos a vitalidade do bacillo envolvendo-o em ar e luz, quando a sua vida é favorecida pela obscuridade e ausencia do ar; irritamos o peritoneu, estimulamo-lo, esporeamo-lo, permitta-se a expressão, obrigando-o a reagir contra o processo invasor. E o peritoneu reage com mais força contra os ataques d'um inimigo mais enfraquecido; augmentamos a estabilidade do equilibrio e diminuimos as forças que desviavam o organismo da posição normal.

Creemos, portanto, que as opiniões exclusivistas de Lindner, Sãnger, Weinstein, Koenig, Cabot, Ceccherelli, Alexandroff, Pic, etc., não têm rasão de ser, posto que em todas haja uma parcella de verdade; e, desde Lauenstein que attribuia á acção da luz e da seccura sobre os bacillos a cura pela laparatomia, até Mosefig-Moorhof que a julgava in-

timamente ligada á irritação do peritoneu pelo ar, todos os autores que estudaram o assumpto e sobre elle emittiram opinião, forneceram valiosos elementos para a resolução do problema.

Sem adoptar pois exclusivamente uma theoria, parece-nos poder affirmar d'um modo geral que a laparotomia actua sobre a peritonite tuberculosa augmentando a vitalidade do peritoneu e enfraquecendo simultaneamente as causas do seu estado morbido.



# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—A anatomia explica a maior frequência das adenites supra-claviculares esquerdas nos cancros abdominaes.

**Physiologia**—O succo pancreatico é absolutamente indispensavel á digestão das gorduras.

**Therapeutica**—Para a administração da morphina prefiro a via rectal.

**Pathologia externa**—Só os accidentes secundarios são criterio seguro para o diagnostico do cancro syphilitico.

**Operações**—Na anesthesia local por meio da cocaína prefiro o processo de Krogius.

**Pathologia interna**—Tanto a hyperpepsia como a hypopepsia devem ser tratadas pelos alcalinos.

**Anatomia pathologica**—Para que se dê a cura da peritonite tuberculosa não é indispensavel a formação de falsas membranas.

**Pathologia geral**—O bacillo de Eberth é transmissivel pelo ar.

**Partos**—Na provocação do parto prematuro prefiro o processo de Treub.

**Hygiene**—Todo o animal atacado de tuberculose, mesmo localisada, deve ser absolutamente regeitado para a alimentação.

**Approvada**  
*Dr. Souto*

**Póde imprimir-se**  
*Wenceslau de Lima*  
Director.