



---

BREVES CONSIDERAÇÕES  
— SOBRE A —  
GASTRO-ENTEROSTOMIA

---



16.915 FMP

João Baptista Lopes Monteiro

(5)

BREVES CONSIDERAÇÕES

— SOBRE A

# GASTRO-ENTEROSTOMIA

—  
Dissertação inaugural apresentada  
à Faculdade de Medicina do Porto



16915 FMP

PORTO

—  
Escola Tipográfica da Oficina de S. José

Rua Alexandre Heroullano

—  
1917

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

*Cândido Augusto Correia de Pinho*

PROFESSOR - SECRETÁRIO

*Alvaro Teixeira Bastos*

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINARIOS E EXTRAORDINARIOS

1.ª classe — Anatomia . . .	{	Luiz de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.ª classe — Fisiologia e Histologia . . . . .	{	Antonio Plácido da Costa José de Oliveira Lima
3.ª classe — Farmacologia.		Vaga
4.ª classe — Medicina legal e Anatomia patológica.	{	Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga
5.ª classe — Higiene e Ba- ctereologia . . . . .	{	João Lopes da Silva Martins Junior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6.ª classe — Obstetrícia e Ginecologia . . . . .	{	Cândido Augusto Correia de Pinho Alvaro Teixeira Bastos
7.ª classe — Cirurgia . . .	{	Roberto Belarmino do Rosario Frias Carlos Alberto de Lima Antonio Joaquim de Souza Junior
8.ª classe — Medicina . . .	{	José Dias de Almeida Junior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Pesiquiatria . . . . .		Antonio de Souza Magalhães e Lemos

### PROFESSORES JUBILADOS

José Augusto de Andrade Gramaxo  
Pedro Augusto Dias  
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

À Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)*

A meus Paes

*A minhas irmãs.*

*A meu Irmão.*

*A meus Tios.*

*A meus primos.*

*Ao meu illustre presidente  
de these, o Ex.<sup>mo</sup> Snr.*

*Dr. Roberto Belarmino  
do Rosario Frias.*

## PROLOGO

---

Na necessidade inadiavel de defender these na presente época, foram muitas as difficuldades que tivemos de vencer para realizar o nosso proposito. Apresentar uma dissertação scientifica á Faculdade de Medicina, embora simples e comezinha, não é taréfa facil para quem sabe e tem valor e por isso muito mais difficil se torna para aquelles que como nós não possuimos aquellas qualidades.

Em toda a cirurgia destaca-se, como uma das operações mais brilhantes e de maior futuro, a gastro-enterostomia. Quem, como nós, seguiu de perto estas operações e acompanhou carinhosamente os respectivos operados antes e depois da operação não póde deixar de render as suas homenagens e louvôres ao auctor de tal descoberta que tantos beneficios trouxe á humanidade que soffre. Comõ nos sentimos bem

vendo um doente que segundo a medicina estaria irremediavelmente perdido, por se não poder alimentar, vomitando constantemente e muito enfraquecido, a quem depois da operação todos estes symptômas desaparecem e que dentro em poucos dias se póde alimentar de tudo como outr'óra quando tinha saude. Na realidade, a esta operação podemos dar o nome de milagrosa porque na verdade assistimos em muitissimos casos a verdadeiras resurreições.

Convidado pelo nosso illustre amigo, o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Moraes Frias, a quem reconhecido agradecêmos, a assistir a algumas das suas operações realizadas no hospital da Lapa, fômos de tal fórma impressionado pelas suas operações de gastro-enterostomia alli executadas que resolvemos desde logo escolhêr este assumpto para a nossa dissertação inaugural.

Nas paginas que vão seguir-se descrevemos, da melhor fórma que nos é possível, os differentes methodos da gastro-enterostomia, hoje mais seguidos por todos os cirurgiões dignos deste nome; se não descrevêmos alguns delles com maior desenvolvimento é por que cahiram no esquecimento e hoje têm apenas um méro interesse historico. Assim, descrevemos resumidamente a gastro-enterostomia com o uso do botão anastomotico, por estar hoje abandonada por quazi todos os cirurgiões a ponto de nem ao menos lhe dedicarem algumas linhas os tratados de cirurgia mais recentes. O mesmo acontece com os variados processos da gastro-enterostomia em Y por implantações lateraes que não passam ainda de simples experiencias feitas em animaes. Não descrevemos o processo de Souligaux, para a execução da operação

sem a abertura immediata das visceras, porque elle foi abandonado pelo seu proprio auctor, passado algum tempo de o ter idealizado.

O methodo que descrevemos, para a execução da gastro-enterostomia ordinaria, é com pequenissimas, mesmo insignificantes alterações o seguido e aconselhado por Moynihan com brilhantes resultados.

É tambem o que satisfaz plenamente todos os requisitos e exigencias da cirurgia moderna, pois que, certas minucias, pequeninas coisas que á primeira vista parecem não ter importancia e são passadas em branco por grande numero de tratadistas, são por Moynihan expostas com grande desenvolvimento, enaltecendo-lhe ao mesmo tempo o seu alto valor.

Esta operação vem descripta por alguns cirurgiões tão superficialmente que lutaria-

mos com muitissima difficuldade se, tendo de a executar alguma vez, apenas tivessemos consultado aquelles auctores. É a gastro-enterostomia posterior que descrevemos com maior desenvolvimento por ser a operação empregada hoje maior numero de vezes, substituindo-a pela gastro-enterostomia anterior sómente nos casos em que fôr completamente impossivel a sua execução.

Uma das principaes difficuldades com que lutamos para a organização deste nosso humildôso trabalho foi a falta de conhecimento sufficiente da lingua ingleza para fazermos uma boa traducção. Tivemos portanto de os adquirir primeiramente, o que, juntamente com o serviço militar que, como portuguez, fômos obrigados a prestar á nossa Patria, atrazou a apresentação da nossa dissertação.

Dividimos, por conveniencia de estudo, o nosso trabalho nos capitulos seguintes:

- I — HISTORIA.
- II — INDICAÇÕES.
- III — OPERAÇÃO.
- IV — COMPLICAÇÕES.
- V — OBSERVAÇÕES.

É muito despretencioso este modesto folheto e com elle apenas temos em vista cumprir a lei para exercer a nobre profissão de medico-cirurgião ao abrigo dum diploma.

Deixamos aqui bem gravado o nosso reconhecimento a todos os illustres Professores desta Faculdade, mas muito especialmente ao Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Thiago d'Almeida de cujos ensinamentos tivemos já occasião de verificar a grande utilidade e alta importancia, na nossa ainda pequena vida clinica.

## CAPITULO I

# Historia

A gastro-enterostomia é uma operação relativamente recente, pois não tem mais de 35 annos. A sua historia é pequena e de pouco interesse; resumil-a-hei no menor numero de palavras que puder.

Völfer, sendo assistente de Billroth em 28 de Setembro de 1881 estava operando um doente que tinha no estomago um cancro que queria extirpar. Durante a operação reconheceu que elle era tão extenso que não podia já ser tirado e resolvia-se a fechar o abdomen quando o seu ajudante Nicoladoni, lembrando-se talvez duma operação identica que tinha visto fazer a Maisonneuve, o aconselhou a anastomosar o estomago ao intestino de maneira que as substancias alimentares podessem seguir o seu caminho. Com tanta felicidade e com tanta sorte fez isto que o doente melhorou bastante e conseguiu ainda viver mais algum tempo. Esta operação foi repetida mais tarde por alguns cirurgiões eminentes como Billroth, Lauenstein, Courvoisier, Kocher e Ransohof mas com tanta infelicidade que perdiam qua-

zi todos os seus operados. A ideia brilhante tinha sido lançada. Era necessario depois estudal-a cuidadosamente para a aperfeiçoar e o que é verdade é que algum tempo depois as estatisticas de Billroth e Sosin, Saltzmann accusavam para a gastro-enterostomia uma mortalidade de 66 p. 100, o que equivale a 12 mortes em 18 operações; Rockwitz em 1887 apresentou uma de 64 p. 100 e Dreydorff em 1894 apresentou já em 215 observações uma mortalidade de 43 p. 100.

Esta mortalidade ainda era aterrorizadora mas foi descendo á medida que se foi modificando a sua technica operatoria e nas lesões cancerosas se intervinha o mais cedo possivel.

Tanto assim que, pouco tempo depois, Rockwitz refere-se a dez operações feitas por Lücke seguidas de bom exito, exceptuando apenas uma, e Roux em 1889 apresenta duas observações pessoais seguidas igualmente de bom resultado. Actualmente a mortalidade global da gastro-enterostomia não vae alem de 20 p. 100 e podemos considera-la nulla quando a operação é feita em doentes não cancerosos.

Gosset diz que actualmente para as lesões cancerosas a mortalidade é de 7 a 10 p. 100. Moy-nihan em 1905 accusava uma mortalidade de 3 p. 100 em 198 operações e em 1909 diz ter feito 100 gastro-enterostomias em doentes não cancerosos sem um unico insuccesso.

Esta operação é considerada uma das glorias da cirurgia e, como muito bem diz Aimé Guinard, é uma das mais brilhantes concepções da cirurgia moderna.

## CAPITULO II

# Indicações

A gastro-enterostomia é hoje indicada tanto em lesões cancerosas como não cancerosas do estomago. E' indicada nos vomitos incoersiveis, hemorragias repetidas, dilatação do estomago, todas as vezes que o tratamento medico fôr impotente. E' principalmente indicada em todos os casos em que houver estenose pylorica. A gastro-enterostomia é indicada nos casos de cancro do estomago situado no pyloro, aconselhando-se a gastrectomia nos cancros situados nas faces e na cardia.

Nas affecções cancerosas do estomago a gastrectomia foi considerada como uma cura radical ao passo que a gastro-enterostomia não era mais que uma operação palliativa. Antes de mais nada, devemos considerar que não ha operação que possa curar radicalmente o cancro do estomago e principalmente porque é duma grande difficuldade o seu diagnostico precoce. Ao passo que podemos diagnosticar facilmente, quazi no seu inicio, um cancro do seio, dos labios ou da lingua, examinando de-

tidamente a sua forma, o volume, os seus limites, a sua mobilidade, as adherencias profundas, o estado da pelle e a invasão dos ganglios correspondentes, não acontece o mesmo para o cancro do estomago.

Quazi podemos hoje dizer que o cancro de qualquer região externa do nosso organismo é curavel desde que a operação seja precoce e larga sufficientemente.

No cancro do estomago não podemos, com todos os dados clinicos conhecidos, pronunciar-nos com segurança sobre a extensão das lesões e, assim o primeiro tempo da operação será apenas uma exploração cuidadosa das lesões existentes. Alguns cirurgiões citam varios casos de cancros do estomago, nos quaes a operação indicada parecia sêr ao primeiro exame nma gastrectomia, devido ao tumor sêr pequeno, movel e unico, sem invasão ganglionar e sem propagação peritonia, e durante a operação appareceram taes adherencias e um tumor de tal forma extenso que a unica operação a seguir foi a gastro-enterostomia. A operação que devemos empregar só deve ser escolhida depois da abertura do abdomen e duma exploração cuidadosa e consciente e ainda sobretudo dos ensinamentos fornecidos pela longa pratica do cirurgião.

Quando houver a generalisação do cancro aos órgãos visinhos e ao peritoneu, não devemos extirpar as partes doentes; é mais prudente tornar a fechar o abdomen ou então praticar a jejunostomia.

Podemos na realidade tirar o estomago por completo e suturar o duodeno á cardia; Schlatter

cita alguns casos de curas de doentes em que suturou uma ansa do jejuno ao esophago, e Hartmann insistiu nos beneficios das grandes ablações pylorogastricas, dizendo ter obtido resultados que, mesmo palliativos, eram muito superiores aos da gastroenterostomia. Nas lesões muito extensas era tambem muito applicada a gastrectomia complicada, ressecando juntamente com o estomago, outros orgãos como o colon, pancreas, etc. Lerich conclue, em 1906 e em 1300 observações contemporaneas, que o cirurgião deve preferir sempre a gastrectomia todas as vezes que reconhecer que o cancro não está adherente e que o estado geral do doente fôr bom. Apesar destas opiniões, a gastro- enterostomia começou a ser vulgarisada em muitissimos casos de cancro do estomago com brilhantes resultados. Está indicada em quasi todos os casos de cancro do estomago excepto n'aquelles em que as lesões são tão extensas que não encontramos um unico logar indême onde se possa fazer a sutura. A mortalidade desta operação nas lesões cancerosas tem-se reduzido muitissimo com a precocidade da intervenção e aperfeiçoamento da technica.

Depois de operados, os doentes melhoram muito: comem, digerem bem e não soffrem nada. O seu moral é levantado. Mais tarde, a morte não é precedida das atrozes dôres devidas á obstrucção pylorica e nem das terriveis angustias da inanição. Esta operação é palliativa, sem duvida nenhuma, mas os seus resultados são muitissimo superiores aos resultados tambem palliativos do anus iliaco para o

cancro do recto ou aos da tracheotomia no cancro da trachea, porque lhe falta a lesão apparente que deprime constantemente o doente.

Estes doentes, depois de operados, conseguem sobreviver durante muito tempo. Billroth e Hahn falam de operados que têm vencido mais de cinco annos. Aimé Guinard fala dum caso operado por elle proprio no Hotel-Dieu, da forma seguinte:

«Tratando-se dum cancro que occupava o pyloro, a pequena curvatura e a face posterior do estomago, fez-lhe a gastro-enterostomia anterior e em algum tempo o operado começou a engordar, podendo retomar o seu trabalho. Viveu bastante tempo mais, pois que foi operado em 1907 e, examinado denovo em 1909, estava perfeitamente bem, nada fazendo prever uma proxima aggravação».

Em affecções não cancerosas do estomago, a gastro-enterostomia é uma operação ideal e de resultados sempre maravilhosos. E' indicada nos vomitos incessantes, nas hemorragias repetidas e na dilatação do estomago. E' egualmente indicada no estomago bilocular, trilocular, nas dyspepsias e na ulcera do estomago. Em todos os casos de vomitos incessaveis e prolongados, desde que o tratamento medico apropriado é inefficaz, a gastro-enterostomia é a operação de escolha e naturalmente indicada.

Quazi todos os casos de vomitos, áparte os cancerosos, são devidos ao aperto quer cicatricial, quer espasmodico do pyloro. E' a ulcera redonda situada na região pylorica que, ou por o obstaculo ao funcionamento do pyloro, ou pela cicatriz resul-

tante da sua cura, produz o aperto do mesmo pyloro.

A ulcera situada nas faces do estomago, ou ainda qualquer erosão ou pequena fissura na sua mucosa, podem ainda produzir um aperto no pyloro por espasmo do seu musculo. Ha ainda os apertos extrinsecos devidos a adherencias viciosas, ou á compressão de tumores dos orgãos de visinhança por ex. : aneurismas, tumores ganglionares etc. Para estes, as indicações operatorias são as mesmas.

Nas hematemeses repetidas seria muitissimo facil fazer parar a hemorrhagia laqueando o respectivo vaso, que infelizmente ás vezes é duma procura difficilima e assim varios cirurgiões, como Michaux e Hartmann, tiveram de fechar o abdomen por o não terem encontrado. Nos casos de hematemeses devemos primeira-mente exgotar todo o tratamento medico, como o gêlo, repouso, immobilidade, administração de adrenalina, cloreto de calcio, injeccões sub-cutaneas de gelatina etc., etc., não esquecendo tambem que certas ulceras que sangram, podem ser de origem siphilitica. Depois de exgotados estes meios, é que devemos operar, fazendo uma exploração do estomago terminada sempre pela gastro-enterostomia que terá por fim fazer repousar o mesmo estomago e obstar á evoluçãõ da ulcera. Não é nas grandes hemorrhagias que se aconselha a operaçãõ ; mas sim nas chamadas hematemeses chronicas que levam o doente a uma grande anemia. No tratamento das ulceras situadas no pyloro ou nas regiões vizinhas, deve-se empregar sempre a gastro-enterostomia,

devido a que resistem mais ao tratamento medico do que quacsquer outras. Muitas ulceras passam muito tempo despercebidas e só temos conhecimento dellas quando nos apparece bruscamente uma perfuração do estomago que mata o doente em algumas horas. Nestes casos devemos fazer immediatamente uma laparotomia e suturar o ponto perfurado. Algumas horas de hesitação tornam a cura do doente impossivel. Quando a ulcera fôr complicada de espasmo pylorico, devemos praticar a gastro-enterostomia, pois que, terminado elle, os alimentos passam de novo pelo pyloro e a neo-abertura funcionará como uma valvula de segurança. Nos apêrtos cicatriciaes está perfeitamente indicada a gastro-enterostomia ou a pyloroplastia.

A primeira é sobretudo a operação de resultados mais brilhantes, nestes casos. E' facil, efficaz e de grande benignidade. Os casos com insuccesso são rarissimos e hoje podemos affirmar que não existem. A pylorotomia que outr'ora foi applicada, conduziu a resultados maus, alem de sêr uma operação grave. Esta gravidade é devida talvez ás adherencias periphericas e á infiltração e friabilidade dos tecidos que supportam muito mal as suturas. Esta operação está hoje abandonada, apesar de que nos casos de pyloro movel e apertado e em que por isso se apresenta em boas condições, esta operação é então logica e a mortalidade não é mais elevada do que a da gastro-enterostomia. A pylorotomia é talvez uma operação de futuro, porque parece querer-se demonstrar que o succo gastrico depois da ope-

ração tem tendencia a tornar-se normal. A gastro-enterostomia não modifica a hyperacidez do estomago e o doente depois da operação continua a sêr um hyperacido, se já o era dantes e assim se têm visto formar novas ulceras, quer no estomago, quer no jejuno, ao passo que na pylorotomia o succo digestivo póde tornar-se normal, evitando assim a formação futura de outras ulceras e concomitantemente a sua perfuração. Na existencia de tumores peri-ulcerosos, é ainda a gastro-enterostomia a operação de escolha, apesar de sêr aconselhada tambem a extracção do tumor, ou mesmo a gastrectomia. Nas dilatações do estomago protopathicas, isto é, na dilatação produzida pela estáse alimentar e fermentações secundarias, depois de exgotado o tratamento medico e se a cachexia fôr extrêma, é tambem a gastro-enterostomia preferivel a qualquer outra operação, como a gastroplicação, a gastrorraphia, etc.

A gastro-enterostomia, abrindo uma via de evacuação na parte mais inferior do estomago, é a unica capaz de mais facilmente eliminar a estagnação. Esta operação é tambem neste caso de resultados brilhantes, pois tem-se reconhecido que o estomago, passados alguns mezes, volta aos seus limites normaes. A gastro-enterostomia está tambem indicada no estomago bilócular, rivalizando com a gastro-gastrotomia preferida por Eiselsberg. No caso de haver tambem um aperto pylorico, a anastomose não deve sêr feita sómente com a bolsa superior, porque a inferior ou pylorica ficaria no meio de

dois apertos, sendo portanto impossível a sua evacuação.

Neste caso faz-se geralmente uma gastro-enterostomia em Y anterior, onde a ansa jejunal é aberta lateralmente em dois pontos correspondentes ás duas bolsas gastricas.

E' chamado o processo de Clement, modificado mais tarde por Monprofit que fez uma anastomose terminolateravel em vez das lateraes.

Isto faz-se tambem nos casos de haver estenose pylorica ; não a havendo, praticar-se-ha a gastro-enterostomia simples. Nesta, a anastomose é feita na bolsa superior em que está dividido o estomago, tendo o cuidado de que o ponto da sutura seja o mais perto possível e na parte mais inferior do ponto mais retrahido.

No estomago bilocular, a operação ideal seria a gastrectomia ; mas muitas vezes devido ás adherencias de perigastrite, torna-se muito perigosa e mesmo impossível e por isto a gastro-enterostomia é mais frequentes vezes empregada.

Só depois de aberto o abdomen e por um exame attencioso da lesão, é que podemos fazer a escolha da operação.

Tambem em algumas dyspepsias se emprega com grandes vantagens a gastro-enterostomia ; contudo não devenios affirmar o aphorismo «toda a dyspepsia rebelde justifica a cirurgia». Precisamos de saber que as dyspepsias histericas ou mesmo todas as nevropathicas nada são beneficiadas com o tratamento cirurgico.

Concluindo, diremos que a operação é ineficaz todas as vezes que o pyloro funciona bem.

Isto tem sido provado por muitas experiencias que se têm feito em cães. São os dyspepticos pyloricos os unicos que aproveitam com a operação. Os doentes dyspepticos com adherencias melhoram muito com uma simples exploração que desfaça essas adherencias.

### CAPITULO III

## Operação

**Gastro-enterostomia posterior.** — Para executar esta operação, fazemos uma incisão, para a direita e parallella á linha média do abdomen, com onze centímetros de comprimento, começando dois centímetros pouco mais ou menos acima do umbigo. Esta incisão deve ficar afastada da linha média, centimetro e meio a dois centímetros approximadamente.

Na maior parte dos casos, esta incisão é sufficiente para todas as manobras; mas se por qualquer motivo se tornarem difficeis, podemos prolongal-a num ou noutro sentido, ou então fazer uma outra incisão perpendicular á primeira.

Devemos sempre preferir o prolongamento da incisão para baixo, para não sermos embaraçados pelo lóbo esquerdo do figado. Antigamente, uns faziam uma incisão obliqua parallella ao rebordo costal esquerdo e outros faziam-na na linha média acima do umbigo. Esta ultima é ainda hoje feita por grande numero de cirurgiões. Feita a incisão,

abrimos a parede anterior da bainha do musculo grande recto do abdomen, dissecamol-a até á linha média, afastamos o musculo para fóra e fazemos uma segunda abertura na parede posterior da bainha que fique logo por traz da incisão da parede anterior. A pelle é coberta com pannos de gaze ligados aos bordos e extremos da incisão por pinças apropriadas. Abrimos o abdomen e inspeccionamos com o maximo cuidado todo o estomago.

Este tempo da operação é um dos mais importantes e por isso deve sêr praticado com o maior dos rigores. Muitos cirurgiões se têm referido a varios erros commettidos por não terem procedido a um exame meticoloso.

Para melhor observar o estomago e colon transverso, tiramol-os para fóra do abdomen juntamente com o grande epiploon e voltamol-os para cima; fica-nos exposta assim a superficie inferior do mesocolon transverso.

Procuramos a origem do jejuno. As suas primeiras pollegadas estão ligadas á superficie inferior do mesocolon por adherencias possivelmente pathologicas, ou sejam mesmo physiologicas.

A procura do jejuno torna-se por vezes difficilima e tanto assim, que varios cirurgiões citam alguns erros por elles commettidos; Obalinski, por exemplo, refere-se a um doente que operou no qual suturou o cecúm ao estomago em vez do jejuno.

Precisamos pois de proceder á procura do jejuno com muitissimo methodo.

Podemos dizer que cada cirurgião possui uma

technica propria que vae aperfeiçãoando na sua pratica. De todos os methodos citados, o mais simples é o seguinte:

Collocamo-nos á direita do operado e introduzimos a mão direita no abdomen depois de ter levantado o estomago e colon transverso com o seu meso-colon; á esquerda do mesenterio reconhecemos o rím esquerdo e sobre a columna vertebral a mão toma a ansa que estiver mais adherente; reconhecemos que ella é a primeira do jejuno se, fazendo tracções em todos os sentidos, fica solidamente unida á columna vertebral.

Nottinagel diz-nos tambem que o jejuno se descobre facilmente, tocando qualquer ansa do intestino, tomada ao acaso, com uma pequenina porção de qualquer sal; o sentido em que se fizerem os movimentos peristalticos indica-nos o caminho que devemos seguir para chegar ao duodeno. Este processo é por vezes muito infiel e condnz-nos a grandes êrros. Apesar de todas as technicas conhecidos, esta pesquisa torna-se em alguns casos difficil, bastando dizer que Gosset, estando a operar, annunciava aos seus assistentes, como facillima, a procura do jejuno e teve grandes difficuldades em o encontrar.

Procurado o jejuno, vamos fazer uma abertura no meso-colon transverso.

Não era muito facil antigamente fazer esta abertura e Moynihan cita o methodo seguinte: «O cirurgião sustenta na sua mão esquerda, o colon transverso e o estomago, de maneira que o meso-colon

transverso fique tenso. Faz-se uma pequena incisão na mancha exangue correspondente ao arco da arteria colica média da superficie inferior do meso-colon, e com cuidado procura afastal-a da superficie posterior do estomago. Esta incisão é augmentada com o auxilio das thesouras, até que tres dedos passem atravez d'ella.» Atravez desta abertura faz-se uma exploração cuidadosa de toda a superficie posterior do estomago. Podem-se encontrar adherencias entre o estomago e o meso-colon, ou entre, o estomago e o pancreas e ás vezes são tão densas que excluem a possibilidade da execução da operação posterior.

Precisamos procurar agora a parte do estomago que ha-de anastomosar-se com o jejuno; deve estar o mais perto possivel da grande curvatura do estomago e em casos de cancro deve estar o mais possivel, afastada deste. Formamos uma prega vertical desde a porção vertical da pequena curvatura do estomago até ao ponto mais inferior da grande curvatura ou ainda mais abaixo deste ponto. É esta a prega, que se passa atravez da abertura do meso-colon transverso e se anastomosa ao jejuno; é sustentada nos dedos da mão esquerda do cirurgião e tirada para fóra do abdomen. Um clamp, sustentado na mão direita do cirurgião, é applicado verticalmente nesta prega. Os ramos do clamp devem êstar envolvidos de catchú.

O clamp deve segurar uma porção de estomago de oito a dez centimetros de comprimento. Depois de bem applicado, é passado da posição

vertical para a posição horizontal, de maneira que os cabos fiquem voltados para o lado esquerdo do abdomen, sendo sustentado nesta posição por um ajudante. Um segundo clamp é collocado, por um ajudante, na porção superior do jejuno que deve estar bem afastada do abdomen, ao mesmo tempo que o cirurgião segura a viscera em todo o seu comprimento. Devemos fazer com que este clamp seja applicado o mais perto possível da flexura duodeno-jejunal, e para isso puchemos com força, a extremidade do jejuno para diante, ao mesmo tempo que baixamos o clamp segurado pelo ajudante.

A porção do jejuno, que ha-de ficar entre os ramos do clamp, deve sêr dum comprimento mais ou menos igual á do estomago.

Introduzimos agora dentro do abdomen todas as visceras, como o colon transverso, epiploon e parte do estomago, de maneira que só deixemos ficar de fóra as que se vão anastomosar. Entre os dois clamps devemos collocar um rôlo de gaze, que esteja quente e humido ao mesmo tempo. Os dois clamps são agora aproximados o mais possível, e rodeados ambos por pannos de gaze, de maneira que só fiquem visiveis as partes que vão sêr suturadas. Assim desta forma conseguimos, que nenhuma viscera abdominal saia durante o tempo em que se fizerem as suturas.

Depois de todas estas cautelas podemos começar as suturas, que serão continuas e sem nenhuma interrupção em todo o seu comprimento. Podemos

servir-nos duma agulha curva, arredondada, com o comprimento alguma coisa maior do que metade do seu circulo e com uma abertura tal que possa facilmente sêr enfiada com rapidez. A linha empregada poderá sêr de seda fina, ou de linho. O 1.º ponto é dado á esquerda, e deve interessar somente as camadas serosa e musciosa de ambas as visceras, assim como toda a sutura. Deste ponto a sutura é continuada para a direita, até á grande curvatura do estomago, que está na extremidade do clamp. A sutura é assim feita do lado em que está o ajudante, para aquelle em que está o operador, com o fim de este não ser incommodado com o fio dos pontos precedentes; assim o ajudante, conservando sempre bem tenso o fio, appresenta, naturalmente á agulha do operador, as superficies a suturar. Devemos fazer alguns pontos individuaes, mas sómente os necesarios para conservar approximadas as superficies serosas. Á medida que fômos continuando a sutura, devemos puchal-a com brandura, para desfazer as rugas de cada viscera, tornando assim lisas as superficies para a passagem da agulha.

O comprimento desta sutura deve ser de seis a oito centímetros. Acabada ella, deixamos de lado a agulha, para nos utilizar-mos della mais tarde ao completar a sutura sero-serosa, deixada agora em meio.

De cada lado da sutura e a uma distancia de seis a sete millímetros, fazemos uma incisão no estomago e jejuno, que tenham o mesmo comprimento. Estas incisões podem sêr feitas com o bis-

turi ou com o thermo-cauterio. A incisão a thermo-cauterio é tão perfeita como a do bisturi e não tem hemorragia. Dividimos com muita attenção as camadas serosa e musculosa, até attingir a mucosa.

Antes de abrirmos esta, rodeamos convenientemente os clamps com pannos de gaze humedecidos, para podermos apanhar quaesquer liquidos, ou mesmo sangue, que possam escapar do estomago, ou do jejuno. Devido á incisão feita nas duas camadas, estas retraíram-se e a mucosa tornou-se saliente (na incisão), com uma forma mais ou menos elliptica. Não devemos esquecer, que as duas incisões devem ser menores, em comprimento, do que a sutura sero-serosa, em que já se fallou. Faz-se a excisão da ellipse da membrana mucosa, tanto do estomago, como do jejuno. A mucosa gastrica tem grande tendencia para se retrahir, ella deve sêr tomada juntamente com a serosa, num par de pequeninas pinças, de cada lado. Não precisamos em regra ligar vasos, porque raras vezes ha grande hemorragia. Durante toda a operação, a quantidade de sangue perdida é pequenissima, tingindo sómente ao de leve, as compressas de gaze. As superficies das incisões podem occasionalmente sangrar, pouco a pouco, com grande lentidão, o que se pode evitar, apertando os clamps mais um dente.

Na extremidade posterior das incisões collocamos pinças apropriadas, interessando ao mesmo tempo as camadas mucosa e serosa do estomago e serosa e mucosa do jejuno. Deixem-se cair estas pinças; o seu peso é sufficiente para conservar em

aposição os bordos das incisões que vão ser suturados.

Vamos começar agora a sutura interior.

Esta, interessa todas as camadas do estomago e do jejuno, em toda a volta das incisões. Começamos a sutura na extremidade esquerda da incisão do jejuno, passando a agulha atravez da sua parêde, do lado da mucosa para a serosa, e depois na incisão do estomago, num ponto correspondente, mas passando-a da superficie serosa para a superficie mucosa. Desta forma, ao dar o nó, este fica na superficie mucosa. Em seguida vamos passando a agulha, pouco a pouco, da mucosa do jejuno para a mucosa do estomago, interessando, como disse, todas as camadas na sua passagem. Como a mucosa do jejuno é enrugada e fluctuante enquanto que a mucosa gastrica é lisa, torna-se necessario que com a agulha, nós apanhemos duas ou tres destas dobras mucosas, antes de perfurar a parêde intestinal.

Sem esta precaução, a sutura não seria regular e formar-se-hiam de longe a longe, pequenos godets de mucosa intestinal, ao nivel das valvulas conniventes. Os pontos dados devem ser muito puchados, para apertar bem alguns vasos existentes nas margens da incisão e como são assim bastante apertados é desnecessario que fiquem muito juntos.

Quando tivermos completado a sutura nos bordos mais proximos das incisões, continuamol-a ao nivel dos dois outros bordos mais afastados, com as mesmas cautelas e vamos terminar no

mesmo lugar em que começamos, ou seja na extremidade esquerda da primeira sutura.

Esta sutura é continua, alguns fazem-na a pontos separados; mas desta maneira, demora mais tempo e precisa dum ajudante muitissimo pratico.

Devemos ter o cuidado de não deixar depois das suturas, as linhas muito compridas; mas sim cortar-as o mais curto que possivel fôr.

Acabada esta sutura, afrouxamos a pressão dos clamps e conservamos-os ainda no seu lugar. para evitar que as visceras escorreguem, para dentro do abdomen.

Durante este tempo precisamos vêr com atenção, se algum vaso sangra; se sangrar, pinçamos e ligamos imediatamente. As superficies do estomago e do jejuno são agora enxugadas, com toda a cautela e suavidade, com pannos de gaze quentes e humidos e ao mesmo tempo collocamos de lado todos os ferros até aqui usados e substituímos por outros, que ainda não tenham sido servidos. O cirurgião, deve tambem substituir as suas luvas por outras, ainda não calçadas e isto deve sêr feito com a maior rapidez possivel. Moynihan aconselha assim, porque parte do principio, de que a membrana mucosa das duas visceras, póde conter micro-organismos variados. Com effeito o numero destes micro-organismos fica reduzido ao minimo, se o doente fôr preparado convenientemente.

Vamos agora continuar a sutura sero-serosa que deixamos em meio, utilizando-nos da agulha que deixamos ficar de lado.

Na execução desta sutura, pôde apparecer uma grande difficuldade, devido ao grande numero de vasos existentes na grande curvatura do estomago e mesmo proximo della e que por isso precisamos de evitar. Se não observamos esta circumstancia, podemos com, facilidade abrir um grande vaso e para sustêr a grande sangria, precisamos de dar um profundo e largo ponto e atal-o com a sufficiente segurança. Terminada a sutura no ponto de que partiu primeiramente, tomamos entre os dedos a extremidade do fio que devemos deixar comprido, puchemos por meio d'elle para cima, o estomago e o jejuno e por traz passemos mais uma vez, a agulha antes de dar o ultimo nó. Assim arranjamos um ponto seguro, que d'outra forma seria fraco.

Antes de dar os dois ou tres ultimos pontos, devemos tirar os clamps, com o fim de alliviar principalmente, a tensão do jejuno e assim tambem asseguramos mais facilmente, ao terminar, o ajustamento das duas visceras. Estão concluidas as suturas; a interior abraça todas as camadas e é hemostatica; a exterior interessa apenas as camadas musculares e serosas, e offerece uma ampla approximação das superficies. Gosset, aconselhou que fizessesmos uma segunda sutura, parallela a esta ultima e a uma distancia d'ella de meio centimetro, com o fim de mantêr as visceras unidas segundo uma superficie, e não segundo uma linha, mas depois reconheceu-se que era inutil.

Conclutdas as suturas, ambas as visceras são enxugadas, com suavidade e brandura, com compres-

sas quentes e humidas, e tiramos todos os pannos de gaze que tinhamos collocado, tendo o cuidado de não nos esquecermos do rôlo de gaze, que collocamos entre as duas visceras, antes de reunir os dois clamps. Agora toda a sutura deve sêr inspeccionada com rigorosa attenção e para sêr melhor observada, o cirurgião deve ir para o lado esquerdo do operado e examinar ahi a sutura, depois de a ter tambem enxugado convenientemente. Se se reconhecer que qualquer ponto da sutura está fraco, podemos dar um ponto em separado, porem isto quazi nunca é necessario.

Com o fim de evitar mais tarde a formação duma hernia do intestino delgado atravez da abertura feita no meso-colon transverso, vamos agora suturar esta abertura ás visceras que a atravessam.

Moynihan aconselha que suturemos a abertura do meso-colon ao jejuno, de preferencia ao estomago, como fazem muitos cirurgiões, porque tem reconhecido, que assim os resultados são muito superiores.

Tiremos para fora do abdomen, o colon transverso e o estomago que lá tinhamos resguardado, enquanto se fizeram as suturas. A mão esquerda do cirurgião, segura o colon transverso pelo seu meio e juntamente a porção mais inferior do estomago, e afasta-as brandamente da parede posterior do abdomen, ao mesmo tempo que com a mão direita, reúne as duas visceras anastomosadas, na abertura do meso-colon transverso. No lado esquerdo passa-se um ponto, entre o bôrdo da abertura e um

ponto no jejuno, logo para fóra da linha de sutura da anastomose. Applica-se igualmente, um mesmo ponto do lado direito e tambem na extremidade inferior da abertura, ou seja n'aquella mais approximada do colon transverso.

Estas tres suturas são, as sufficientes para manter em contacto o meso-colon transverso com o jejuno, a toda a volta da linha de sutura.

Desta fórma, podemos tambem reforçar a linha de sutura dado o caso de sêr necessario. Collocamos nos seus logares todas as visceras, dentro do abdomen e suturamos a incisão abdominal.

Quer tenha sido dividido o musculo, quer a incisão tenha sido feita na linha média, é sempre muito conveniente fazer a sutura abdominal por camadas. É costume geralmente, executarem-se da maneira seguinte: Com uma agulha de Hagedorn, em que se enfia uma linha de catgút n.º 2, muito comprida, suturamos o peritoneu, o fascia transversalis e a bainha posterior do musculo, de ambos os bordos da incisão. Esta sutura é continua e estende-se dum extremo ao outro. Deixêmos de lado esta agulha ainda enfiada, para nos tornar-mos a servir della brevemente. Vamos agora dar, com sêda, uma série de pontos, atravez de toda a espesura da parede abdominal que não ficou incluida na primeira sutura, e onde se encontra a pelle, tecido cellular sub-cutaneo, paredé anterior da bainha do musculo e todas as fibras deste ultimo. Estes pontos, dados ao longo de toda a extenção da ferida, devem têr intervallos de dois centimetros approximada-

mente. Collocamos pinças nos extremos dos fios, ainda por atar e ficam assim, até que executemos a sutura seguinte.

Tomamos novamente a agulha com catgút, que tínhamos deixado de lado e continuamos a mesma sutura contiuua, entre os bordos da incisão da parêde anterior da bainha do musculo e ainda entre algumas fibras musculares. Devemos puchar com firmeza esta sutura, para conseguir nma boa apposição de toda a bainha do musculo. Terminada esta, vamos atar a extremidade do fio com o da primeira sutura que fizemos e que devia ter ficado comprido o sufficiente.

Voltamo-nos depois, para os fios de sêda que deixamos por atar e vamos enfiar-os nuns pequeninos e delgados tubos de catchú, cujo comprimento é determinado antes da operação. Desta forma impede-se que os fios possam cortar a pelle, devido á tensão das suturas profundas. Para obter uma exacta apposição dos bordos da pelle, devemos usar os agráfes de Michél.

Moynihan diz que, tem usado este methodo approximadamente em 350 casos de gastro-enterostomia, tanto em doenças benignas, como malignas. Um unico operado morreu, em virtude duma hernia de todo o intestino delgado na abertura do mesocolon transverso, devido a não ter sido suturada ao jejuno. Hoje esta complicação está completamente remediada.

O tempo medio gasto para executar toda a operação, regula entre vinte e cinco a trinta minutos.

Moynihan diz que, em alguns casos em que as circunstancias eram desesperadas, demorou a operação, menos de vinte minutos. A superioridade deste methodo, acima de todos os outros torna-se bem patente, quando mais tarde o mesmo doente tiver de soffrer, uma segunda operação. A linha de sutura é perfeita e ha ausencia completa de adherencias, o que não acontece naquellas operações, em que a technica é deficiente e os cuidados operatorios insufficientes.

**Gastro-enterostomia anterior.** — Todas as vezes que a gastro-enterostomia posterior fôr impracticavel, ou por que haja grande numero de fortes adherencias, entre a parede posterior do estomago e o pancreas, ou por qualquer outra razão, devemos fazer a gastro-enterostomia anterior.

Na execução d'esta operação, deve seguir-se, pouco mais ou menos, o mesmo methodo que acabamos de descrever, com a differença que devemos tomar no jejunio, um ponto para a anastomose muito mais afastado da flexura duodeno-jejunal, para evitar que o colon transversal possa ser comprimido. O methodo seguido para fazer as suturas, é identico ao seguido na operação posterior, tendo sómente o cuidado de collocar o clamp no estomago, numa direcção obliqua tal que a abertura anastomotica se dirija de cima para baixo e da direita para a esquerda; esta obliquidade não deve ser demasiadamente grande.

Alguns pontos separados devem ser dados a

distancia da nova bocca, com o fim de conservar a boa altura a ansa jejunal, de cada lado da anastomose e assim, impedir que ella caia perpendicularmente, á curvatura do estomago. Damos assim á ansa anastomosada uma curvatura de grande raio, muito favoravel ao bom funcionamento do novo orificio. Uma das grandes difficuldades d'esta operação, é assegurar a passagem facil dos alimentos do estomago á extremidade ileo-cecal do jejuno. O facto de muitos operados succumbirem depois da operação, era devido ao contheudo do estomago passar para o tópo duodenal da ansa anastomosada, e voltar de novo ao estomago pelo duodeno. D'esta forma formava-se um circulo vicioso para os alimentos e bilis, e os operados morriam com vomitos incoerciveis. Para evitar isto, aconselhou já Wöllfler juntamente com Kücke, que dirigissemos o ramo descendente do jejuno da esquerda para a direita, ou seja no mesmo sentido do pyloro e da primeira porção do duodeno.

Portanto a ansa jejunal, antes de sêr applicada sobre a face anterior do estomago, deve sêr voltada de maneira, que a sua extremidade ileo-cecal seja fixada ao anglo pylorico da incisão estomacal. Feita a operação, torna-se necessario que os movimentos peristalticos se façam no mesmo sentido, passando pelo pyloro artificial e isto, para nos approximarmos o mais possivel, da physiologia normal da circulação gastro-intestinal. Se não procedermos á manobra citada atraz, os movimentos peristalticos ficam a fazer-se em sentido inverso, isto é, no estomago da

esquerda para a direita e no intestino da direita para a esquerda. Se tivermos voltado o jejuno como dissemos, os movimentos peristálticos ficam a fazer-se em todo o canal gastro-jejunal, uniformemente da esquerda para a direita e de cima para baixo. Sem esta technica, os alimentos vindos da cardia, para passarem ao intestino têm de transpôr um verdadeiro esporão, formado pelo bôrdo esquerdo da sutura gastro-jejunal.

Apezar de se terem obtido algumas curas em operados nos quaes se não volou o jejuno, devemos sempre recorrêr áquella manobra; pois que em nada complica a operação. Diz Guinard que os casos de cura sem a manobra são devidas á tendencia natural que tem o jejuno, de se voltar elle proprio para o lado util.

Nesta operação é quazi sempre de grande vantagem a execução dnma entero-anastomose.

Abandona-se geralmente a gastro-enterostomia anterior, por variadas razões: 1.<sup>a</sup>, a possibilidade da compressão do colon transverso pela ansa anastomosada. 2.<sup>a</sup>, a formação muito frequente de circulo vicioso 3.<sup>a</sup>, a nastomose na face anterior, não sêr feita no ponto de mais declive do estomago e por isso, a drenagem sêr mais imperfeita, que na operação posterior.

Moynihan, substitue esta operação pela operação de Roux, em todos os casos não malignos nos quaes a operação posterior é excessivamente difficil, ou mesmo impracticavel, por varias razões mechanicas. Nesta operação, o jejuno é completamente

dividido transversalmente, a uma distancia da flexura duodeno-jejunal de decimetro e meio a dois decimetros e meio. Anastomosamos ao estomago, a extremidade do jejuno mais distante e nesta, anastomosamos a extremidade mais proxima a uma distancia de oito centimetros, do seu ponto de união com o estomago. A anastomose é feita entre a superficie posterior do estomago e o jejuno, mas póde ser feita tambem na superficie anterior, com identicos resultados.

Diz Moynihan que tem feito muitas vezes a operação de Roux anterior, chamada tambem gastro-enterostomia em Y e os resultados têm sido muito satisfatorios. Na verdade, o methodo é em muitos casos um ideal; reproduz melhor as condições normaes, porque a bilis e o succo pancreatico, depois desta operação, são introduzidos no intestino cêrca de oito centimetros da nova abertura do estomago, exactamente como no duodeno normal. A operação de Roux é feita para prevenir a possibilidade dos vomitos de regorgitação, ainda que se conhecem alguns casos, em que os vomitos biliosos continuaram depois de feita a operação. A unica desvantagem consiste em que requer muito tempo, para a sua execução e na pratica os resultados não são melhores e quando muito eguaes, aos da operação posterior ordinaria.

**Gastro-enterostomia em Y.** — Este methodo deriva directamente do processo de gastro-enterostomia chamado processo de Lauenstein-Braun, que

consiste na anastomose dos dois ramos jejunaes entre si depois de ter executado uma gastro-enterostomia ordinaria com o fim de evitar o refluxo de bilis no estomago. Esta entero-anastomose foi aconselhada como primitiva e não como secundaria para prevenir a formação do circulus viciosus. Hôje para se evitar com toda a segurança o refluxo de bilis, segue-se o methodo de Roux que satisfaz plenamente. Procura-se a primeira ansa do jejuno, sectiona-se entre dois clamps a 20 centimetros approximadamente da origem do mesenterio, ou seja do ponto fixo do jejuno, evitando cuidadosamente os vasos vistos por transparencia. Por um orificio feito no meso-colon transverso passa-se a face posterior do estomago da qual se isola, entre clamps, uma porção, perto da grande curvatura. Faz-se uma sutura sero-serosa entre a semicircumferencia do topo inferior do jejuno e a porção isolada do estomago; junto a esta sutura faz-se no estomago uma incisão e uma segunda sutura que une toda a parede jejunal na sua semicircumferencia posterior com toda a parede do estomago; continua-se depois esta sutura na semicircumferencia anterior e acabada ella faz-se, a tres millimetros distante desta uma outra sutura sero-serosa e assim fica implantado no estomago o topo inferior em que se dividiu o jejuno.

Vamos agora anastomosar o tópo superior do jejuno na ansa que acabamos de unir ao estomago e a uma distancia deste, de 20 centimetros. A ansa do jejuno, posta de lado, á espera de ser anastomosada deve ficar convenientemente envolvida em

compressas de gaze. Termina-se a operação collocando dois pontos na abertura do meso-colon por onde passa o jejuno.

Muitos auctores têm implantado a extremidade inferior do jejuno á parede anterior do estomago com alguns resultados. Este é chamado o processo de Wölfler-Maydl. Devemos notar que este processo só deve ser seguido nos casos em que fôr completamente impossivel a applicação da operação posterior exactamente como na applicação da gastro-enterostomia anterior.

Aqui tambem ha o perigo da compressão do colon transverso e do epiploon.

Alem disso não é seguido na maioria dos casos este methodo da gastro-enterostomia em Y, porque demora para cima de cincoenta minutos em vez de vinte e cinco ou trinta e cinco, que demora a execução da gastro-enterostomia ordinaria. Ha casos em que o mesenterio sendo curto por qualquer razão a execução da anastomose se torna muito difficil e então devemos fazer uma anastomose lateral depois de ter fechado a extremidade intestinal; faremos assim uma anastomose latero-lateral em vez de uma termino-lateral. É neste caso tambem augmentado o numero de suturas a executar. Conhecem-se diversos methodos de gastro-enterostomia em Y por implantações lateraes, mas infelizmente são ainda experimentaes e apenas feitos em cães. O processo de Chlumsky, que consiste principalmente em anastomosar a vesicula biliar ao estomago depois de ter ligado o cholédoco, não é mais feliz do que os

outros; pois que, passadas algumas semanas, os operados emagrecem rapidamente e morrem em pouco tempo sem se saber porquê.

**Gastro enterostomia com botão.** — Actualmente o botão não é empregado na execução da gastro-enterostomia senão, por excepção, n'aquelles casos raros em que a principal indicação é andar muito depressa. Na verdade a operação executa-se em muitissimo pouco tempo; Czerny falla num quarto de hora e Murphy em nove minutos. O emprego do botão teve tambem a sua época de gloria em 1895 mas em 1896 no congresso de cirurgia de Paris os suturistas ficaram por completo vencedores.

## CAPITULO IV

# Complicações

Moynihan, entre as muitas complicações da gastro-enterostomia, fala nas seguintes :

Hemorragias.

Vômitos.

Hernia interna.

Formação de adherencias no lugar da anastomose ou proximo delle.

Formação duma ulcera secundaria.

Diarrhêa.

**Hemorragias.** — Téu-se apontado alguns casos de morte, por hemorragia interna, poucas horas depois da conclusãe da operação de gastro-enterostomia e em todos se reconheceu ua autopsia que o sangue provinha da incisão do estomago.

Esta hemorragia pôde ser devida a uma sutura insufficiente.

Em dois dos casos fataes foram usadas as suturas de pontos separados. Conclue-se facilmente

que esta pratica é má. Entre dois pontos ou entre duas suturas interrompidas póde sangrar livremente qualquer vaso. A sutura continua é portanto muito mais segura para fechar todos os vasos e é melhor porque abraça toda a parede. Depois de concluir a sutura interior e de ter tirado os clamps, ser-nos-hão concedidos alguns instantes de vigilancia durante os quaes limparemos com suavidade e brandura o estomago e intestino com pannos de gaze humedecidos numa solução salina aseptica e quente.

Estes momentos de espera darão o tempo e oportunidade sufficiente para algum vaso, imperfeitamente fechado, poder sangrar. Se reconhecermos durante este tempo que algum ponto da sutura sangra, precisamos de dar um ponto em separado que interesse todas as camadas das duas visceras.

Recentemente Sinclair White tem discutido as causas das hemorragias depois da gastro-enterostomia, inclinando-se a sustentar que são devidas aos clamps usados na operação. Desta forma ficou condemnado o uso dos clamps por alguns cirurgiões. Os clamps são muito vantajosos durante toda a operação, pois que só elles podem conservar as visceras em posição, impedindo que se escapem; dirêmos mesmo que elles são insubstituíveis.

São sobretudo muito necessarios na execução da sutura interior, passando cada volta da linha pelos pontos já inseridos, apertando-os sufficientemente para dar a resistencia necessaria aos pontos que podem sangrar. Desta forma as hemorragias são rarissimas. Em muitos casos de ulcera a hemor-

rhagia, apparecendo, é provavelmente devida a violentas manipulações. É pois necessario manejar o estomago com muita brandura e o menos possível para evitar que a ulcera possa sangrar.

**Vomitos.** — Muitas theorias têm sido estabelecidas para explicar a occorrenca de vomitos depois da gastro-enterostomia. Primeiramente pensou-se que a unica causa dos vomitos seria a presença no estomago de bilis e liquido pancreatico; Riegel, Malbrane e Weil relataram casos em que o refluxo de bilis no estomago produziu graves symptomas.

Billroth notou as serias consequencias de regurgitações de bilis depois da gastro-enterostomia. Claude Bernard e outros, fundando a sua opinião em experiencias de laboratorio, reconheceram que a bilis impedia a digestão gastrica. Dastre fez experiencias em cães com fistulas gastricas, introduzindo-lhe bilis em todas as phases da digestão e notou que o effeito alcalisante da bilis era enormemente dimiuuido pelo abundante fluxo gastrico, não se tendo produzido nenhuns resultados maus tanto na digestão como na saude geral. Oddi fez tambem algumas experiencias em cães obturando o choledoco e unindo a vesicula biliar ao estomago de maneira que a bilis se dirigisse completamente para este e reconheceu que assim os animaes augmentavam de peso e soffriam pouco. Prova-se desta forma que a presença no estomago sómente de bilis é insufficiente para provocar os vomitos. Chlumskij lembrou que os vomitos talvez fossem

devidos á presença no estomago de succo pancreatico. Steudel, com o fim de nos esclarecer este assumpto, realizou uma série de experiencias em cães, cortando transversalmente o intestino no anglo duodeno — jejunal, suturou a extremidade do duodeno e anastomosou o jejuno á parede anterior do estomago. Os cães continuaram a viver durante muito tempo e alguns até engordaram.

Estes casos provam bem que tanto a bilis como o succo pancreatico são insufficientes para produzir vomitos.

Não é muito grande a frequencia dos vomitos a seguir á gastro-enterostomia; em todos os casos por nós apresentados um sómente necessitou duma segunda intervenção para fazer parar os vomitos que appareceram algum tempo depois da primeira operação. Em 65 casos operados por Czerny sómente um apresentou graves symptomas de regorgitação. Mikuliez teve sete mortes por vomitos em 74 operações. Em 215 casos de gastro-enterostomia posterior feitas pelo clinico Heidelberg não foi visto um unico caso de vomitos. Têm sido apresentadas grande numero de modificações á gastro-enterostomia com o fim de se evitarem os vomitos.

Petersen accentuou a importancia da anastomose sêr feita o mais proximo possivel da flexura. Jaboulay lembrou em 1892 e executou em 1894 a operação da gastro-duodenostomia.

Brenner introduziu pela primeira vez a gastro-enterostomia anterior retrocolica; o jejuno era

passado atravez duma abertura feita no mesocolon transverso, atravessava o epiploon logo por baixo da grande curvatura do estomago e ia anastomosar-se á parede anterior.

Em 1898, Roux de Lausanne executou o seu methodo de Gastro-enterostomia em Y adoptando para esta operação o mesmo methodo da jejunosomia feita por Maydl em 1892.

Antes da operação de Roux foi lembrado por Lauenstein em 1890 a execução da entero-anastomose. Em 1892 Braun e Jaboulay executaram tambem a entero-anastomose entre os dois ramos afferente e efferente do jejuno. Doyen fez a gastro-enterostomia em Y com um methodo semelhante ao de Roux, com a differença de sêr anterior em vez de posterior como aquella e as anastomoses foram feitas lado a lado e não nas extremidades. Sonnenburg suturou as extremidades da incisão do estomago, deixou uns fios compridos e passou-os para dentro do jejuno pela abertura do anastomose e depois para fóra por uma outra abertura distante d'aquella quatro centímetros; desta forma o estomago é bem puxado para dentro do jejuno.

Kocher fez uma incisão semi-lunar tanto no estomago como no jejuno com a convexidade dirigida para cima. Hadra foi o primeiro que lembrou que se unisse o intestino ao estomago tanto em cima como abaixo da anastomose, com o fim de o suspender duma larga superficie. Devemos notar que hoje os casos que apparecem de vomitos

são raríssimas. Moynihan diz que presentemente não tem visto casos de vomitos no grande numero dos seus operados. É de opinião que os vomitos são devidos, na maioria dos casos, a defeitos mechanicos da operação.

**Tratamento.** — O tratamento dos vomitos, nos casos muito serios, será uma segunda intervenção, executando-se uma entero-anastomose complementar. Nos casos ligeiros obtêm-se bons resultados com simples lavagens do estomago de vinte e quatro em vinte e quatro horas durante alguns dias.

**Formação duma hernia interna.** — Algumas operações de gastro-enterostomia tem sido seguidas da formação duma hernia interna; alguns destes operados tem fallecido e outros tem melhorado graças a uma segunda intervenção.

Evitamos completamente a formação da hernia tendo em vista o seguinte: Suturar convenientemente os bordos da abertura do meso-colon transverso ao estomago ou, como péde com insistencia Moynihan, ao jejuno; evitar a formação duma pequena bolsa do jejuno entre a flexura duodeno-jejunal e a anastomose.

**Formação de adherencias.** — Raras vezes se tem observado a formação de adherencias em volta da anastomose, ou mesmo perto della.

Devido ás adherencias, o jejuno constringe-se

e desta constrição resultam vomitos devidos á obstrucção intestinal.

Devemos lembrar que a formação de adherencias é quazi sempre devida á infecção durante a operação. Todas as vezes que a operação fôr executada com todos os cuidados da asepsia, podemos quazi affirmar que não apparecem adherencias.

**Formação duma ulegra secundaria.** — A formação duma segunda ulcera foi a primeira vez reconhecida em 1899 por Braun.

Vem bem descripta por Van Roogen, por Paterson e ainda por Wilkie.

As ulcerações da linha de sutura apparecem principalmente depois das operações feitas por doenças simples.

Axel Key cita um unico caso de ter apparecido essa ulcera depois duma gastro-enterostomia executada por carcinoma.

Poucos casos mais são citados de apparecimento de ulceras depois da operação de lesões cancerosas e ao contrario são citados muitos de doenças simples não malignas.

Na maior parte dos casos, a ulcera está situada na linha da anastomose, e algumas vezes está istante della alguns centimetros e mesmo apparece frequentes vezes dum e doutro lado da anastomose. Van Roogen em 58 casos encontrou a ulcera situada na linha de sutura ou perto della 46 vezes.

Tem-se reconhecido que as ulceras não apparecem egualmente em todos os methodos da

gastro — enterostomia; parece estar averiguado que apparecem mais vezes nas operações anteriores do que nas posteriores e a sua frequencia é reduzida ao minimo quando é acompanhada duma entero — anastomose, ou então na gastro enterostomia em Y. Ainda não está bem esclarecida a causa do desenvolvimento da ulcera gastro — jejunal post — operatoria. Têm sido muitas as apresentadas até hoje e parece que variam nos diferentes casos; só assim se explica a diversidade de causas até hoje conhecidas.

Diz-se que a ulcera pôde sêr devida á pequenez da abertura, á compressão demasiada dos bordos da anastomose e ao desenvolvimento de um hematoma na parede de qualquer das duas visceras, resultado do ferimento dum vaso pela agulha. Segundo alguns auctores, a ulcera tambem pôde ser devida á presença constante de grandes quantidades de acido chlorydrico livre, á laceração e á irritação produzidas por um fio da linha de sutura que se soltou parcialmente. Parece-nos que qualquer destas causas é sufficiente para produzir a ulcera.

As doenças do tubo digestivo podem tambem produzir estas ulceras post — operatorias e entre ellas merece especial menção a appendicite. Por isto é que se deve fazer a appendicectomia com a gastro-enterostomia e apparecendo uma outra causa de infecção devemos combatel-a o mais radicalmente possivel.

**Tratamento.** — O tratamento da ulcera do jejuno pôde sêr ás vezes embaraçado com difficulda-

des insuperaveis. As ulceras perforadas agudas devem ser fechadas por suturas, seguindo-se depois o subsequente tratamento dietetico.

As ulceras chronicas e especialmente as perforadas deverão ser tratadas peia resecção da porção do jejuno que serviu para a anastomose e da resecção da porção do estomago adjacente, seguidas ambas da formação duma nova união entre o estomago e o jejuno convenientemente collocados á mesma altura. Torna-se extremamente difficil nos casos em que a primeira operação executada foi a gastro-enterostomia posterior. Neste caso é melhor cortar transversalmente o jejuno logo acima da sua ligação com o estomago, fazer a resecção da anastomose e obter uma nova abertura seguindo o methodo em Y de Roux. Se a ulcera estiver na anastomose ou perto della, então torna-se muito difficultosa aquella resecção e Moynihan aconselha o seguinte: fazer uma incisão ao longo da parede anterior do estomago e atravez dela e de traz para diante passar a anastomose e assim póde fazer-se com facilidade a sua resecção. Moynihan tem applicado este methodo por diferentes vezes para a sutura de ulceras aparentemente inaccessiveis na parede posterior do estomago, tendo adherencias com o pancreas. Esta operação é denominada resecção transgastrica ou sutura duma ulcera. Um caso muito interessante foi observado e operado por Moynihan: Tratava-se duma velha ulcera duodenal perforada, tratada pela gastro-enterostomia posterior. Mais tarde voltou denovo a ulcera do

duodeno e appareceu a mais uma ulcera no jejuno que foram tratadas fazendo a excisão de anastomose e a operação modificada de Roux.

**Diarrheia** — Esta complicação é muito frequente depois da gastro-enterostomia, sendo por vezes mortal.

Guinard diz que se trata duma diarrheia de auto-infecção produzida por toxinas provenientes do estomago. Devemos notar que esta diarrheia não apparece depois da execução duma gastrectomia, sendo ao contrario substituida por constipação. Kelling nota que ha duas formas de diarrheia: a primeira é devida á passagem para o intestino de alimentos acidos não neutralizados pela bilis e pelo succo pancreatico e a segunda é devida á fermentação. Esta segunda não é muito séria e apparece principalmente nos doentes que soffrem de carcinoma ou n'aquelles em que ha ausencia de acido chlorhydrico livre. Anschütz diz que uma das suas principaes causas é a excessiva fraqueza do doente e nota que o typo de diarrheia é o mesmo tanto nos casos em que ha carcinoma adeantado como n'aquelles em que, ao lado da lesão intestinal, ha uma adeantada lesão tuberculosa.

Segundo outros como Hertz, a diarrheia é devida á irritação do intestino produzida pelo alimento que escapa do estomago com demasiada rapidez, sem ter soffrido uma digestão gastrica sufficiente e por isso aconselham a administração, juntamente

com os alimentos, de extracto de pancreas, para compensar a deficiência da secreção normal.

Moynihan accentua muitas vezes que os resultados não satisfactorios obtidos pela gastro-entérostomia são devidos quazi exclusivamente á execução desta operação nos casos em que não estava indicada. Se a operação é executada sómente n'aquelles casos em que ha doenças organicas no estomago ou no duodeno, os resultados são sempre muito satisfactorios, ao passo que são maus, nos casos em que não apparece lesão que justifique a operação.

## CAPITULO V

Observações

## I

F. R., 34 annos, casada, domestica.  
 Hospital da Lapa, tabella 664.  
 Operador Dr. Moraes Frias.  
 Entrada — 14 de Janeiro de 1915.

**Estado actual** — Dôr intensa, algumas horas depois das refeições, na região epigastrica. Vomitos abundantes de tres em tres dias que faziam abrandar as dôres.

Os vomitos trazem alimentos ingeridos dias antes e têm cheiro mau.

Tem sensação de sêde e fome acompanhada de pêrda de forças.

Constipação. Volume das urinas diminuido (800 c. c.). Dilatação gastrica.

**Historia da doerça.** — Ha nove annos que tinha ligeiras dores no estomago augmentadas com

a ingestão de alimentos e diminuindo quando por acaso vomitava. Estas dôres foram aumentando de dia para dia, a tal ponto de as não poder tolerar. Tratadas convenientemente desapareceram quazi por completo e ficou com symptomas de hyperchlordria. Ha pouco tempo que as dores voltaram denôvo, por não ter tido cuidado na alimentação, acompanhadas de vomitos que se tornaram muito escuros, como as borras de café. Depois as dores diminuíram alguma coisa e os vomitos deixaram de ser escuros. Como não curasse com o tratamento medico a que a sujeitaram entrou para o hospital da Lapa para sêr operada.

**Antecedentes pessoais.** — Saudavel. Têve em criança o sarampo. Tinha azia ás temporadas.

**Diagnostico.** — Estenose pylorica. Foi operada no dia 25 de Fevereiro de 1915, fazendo-se uma «gastro-enterostomia transmesocolica posterior».

A operação demorou 40 minutos. O anesthetico empregado foi o ether.

Sahi em 17 de Março de 1915, completamente curada, sem ter havido a mais pequena complicação e comendo de todos os alimentos com grande appetite.

M. A. R., 43 annos, eclesiastico.  
 Hospital da Lapa.  
 Operador Dr. Moraes Frias.  
 Entrada — 18 de Março de 1915.

**Estado actual.** — Vomitos abundantes depois das refeições. Dôres na região epigástrica. Perda de forças emmagrecimento consideravel.

**Historia da doença.** — Ha bastante tempo que, após as refeições tinha bastantes dores. Foram-se accentuando cada vez mais até que appareceram vomitos que as faziam passar, melhorou pouco com o tratamento que seguiu e resolveu por isso entrar no hospital da Lapa para ser curado radicalmente por meio de operação.

**Antecedentes pessoais.** — Sempre soffreu mais ou menos do estomago tendo por vezes digestões diffíceis. Teve por varias vezes hyperchlo-rydria.

**Antecedentes hereditarios.** — Paes saudaveis. Irmãos saudaveis tendo alguns morrido, em pequenos, de enteríte.

**Diagnostic.** — Estenose pylorica.

Foi operado em 18 de Março de 1915, tendo-se feito uma «gastro-enterostomia» (methodo de

Moyniham). A operação durou quarenta e cinco minutos.

Sahiú no dia 21 de Maio de 1915, completamente curado, comendo de tudo com appetite devorador.

### III

J. J., 39 annos, solteira, jornalista, natural de Arcos (Anadia).

Hosp. da Lapa, tabella 669.

Operador Dr. Moraes Frias.

Entrada — 28 de Janeiro de 1915.

**Estado actual.** — Dôres fortissimas no cavado epigastrico augmentando com a ingestão de alimentos. Palpação dolorosa. Ponto doloroso dorsal. Vomitos depois das refeições, augmentado com os movimentos bruscos. Hematemeses frequentes e abundantes deixando-a exháusta; anemia intensa. Dôres de cabeça. Murmurio respiratorio diminuido á direita com ligeira sub. maciszez. Volume da urina diminuido (900 c. c.)

**Historia da doença.** — A doença actual data de ha quatro annos, começando por vomitos alimentares sem dôr algũa; curvando-se depois de beber agua vomitava-a; fazendo movimentos bruscos ou mesmo caminhando depressa depois das refeições vomitava-as tambem. Ficava bem disposta depois de vomitar, continuando sempre a trabalhar.

Foi piorando durante alguns mezes, vomitando por vezes as refeições sem fazer esforço ou movimento algum. Em Março de 1914 piorou muito mais, sentindo então dôres no estomago que augmentavam com os alimentos e abrandavam depois de o vomitar. Estas dôres foram augmentando sempre até que em 20 de Maio de 1914 tève a primeira hematemese pouco abundante; a 21 nova hematemese menor ainda; a 23 hematemese muito abundante; a 25 a quarta hematemese quasi a deixou exangue. As fêzes pareciam café (melena).

Andou mez e meio sem nova hemorragia. No principio de Julho teve nova hematemese abundante. As dôres, tão violentas que chegava a perder os sentidos, continuavam, assim como tambem os vomitos; mas as hematemeses pararam e só voltaram em principios de Janeiro de 1915.

**Antecedentes pessoais.** — Em creança tève o sarampo. Dos 16 aos 17 annos soffreu um ataque de rheumatismo articular agudo que a reteve na cama trez mezes e de que se curou passado um anno. Repetiram-se depois os ataques mas menos violentos.

Ha dois annos tève uma cólica do ovário esquerdo. Tève ha seis mezes grippe.

**Antecedentes hereditarios.** — Pae saudavel, a mãe soffre de rheumatismo; tem duas irmãs sau-

daveis: morreu-lhe um irmão em creança, mas ignora a causa da morte.

**Diagnostico.** — Ulcera chronica do estomago com hematemese violentas.

Foi operado a 15 de Fevereiro de 1915 tendo-se feito uma «gastro-enterostomia posterior».

Empregou-se como anesthesico o ether, e demorou a operação 48 minutos.

Vomitou nos dois primeiros dias e teve dôres até ao quinto. Bebeu aguas alcalinas ao terceiro dia, leite ao quinto e caldos e leite ao sexto. No oitavo dia teve um vomito abundante e soffreu uma lavagem de estomago; ao decimo começou a comer farinhas arroz e tiraram-se-lhe os agrafes; no undécimo comeu um bife em pôlpa, aos quatorze dias tiraram-se-lhe as pontas de crina e aos vinte sahio muito melhorada. A temperatura maxima foi ao 3.º dia de 38.º baixando depois de tomar o primeiro clyster.

— Algum tempo depois de ter voltado a Anadia, começou a sentir de novo dôres e a vomitar. A 6 de abril tornou a entrar n'este hospital da Lapa; fizeram-lhe uma radiosopia em 13 de Maio e soffreu uma segunda intervenção a 13 de Maio, sendo-lhe feita uma «pylorectomia» a operação demorou uma hora e quarenta minutos. Não houve incidente. Teve vomitos na tarde da operação, prolongando-se até á meia noite. Teve dôres fortissimas até ao quarto dia, abrandando depois e desaparecendo completamente ao oitava dia. Bebeu agua ao ter-

ceiro dia leite alcalinizado ao quarto, leite e caldos ao sexto, leite caldos e farinhas, ao oitavo aumentando-lhe o appetite. Aos nove dias tomou a mais dois ovos e duas laranjas, aos quinze dias comeu a mais um bife em pôlpa e aos vinte começou a comêr de tudo. Não tomou remedio nenhum depois de operada, a não sêr clystéres de sôro nos quatro primeiros dias.

#### IV

A. R. M., 43 annos, domestica, natural de Mindêllo (Villa do Conde).

Hospital da Lapa, tabella 774.

Operador Dr. Moraes Frias.

Entrada — 19 de Fevereiro de 1916.

**Estado actual.** — Dôres intoleraveis na região epigastrica duas horas depois das refeições acompanhadas de vomitos que por vezes lhe fazia perder os sentidos. A' palpação sente-se acima do umbigo um pequeno tumor movel. Estomago enormemente dilatado.

**Historia da doença.** — Ha oito annos que soffre de azia, principalmente de noite e de manhã diminuindo com a ingestão de alimentos. Tomou bicarbonato de sodio durante muito tepom todas as horas. Foi assim andando até que, ha dois annos, apresentou os symptomas de estenose pylorica que conservou até hoje.

**Antecedentes pessoais.**—Foi sempre saudavel.

**Diagnostico.** — Estenose pylorica. Foi operada em 24 de Fevereiro de 1916 tendo-se feito uma «gastro-enterostomia posto (methodo de Moynihan)» O anestesico empregado foi o ether. Tomou alguns clysteres alimentares, sôro em clysteres e injeccões e ainda injeccões de oleo caniphorado, esparteina e estrychnina. Fez-se um lavagem ao estomago.

Saxiu no dia 19 de Março de 1916, curada.

## V

M. A. 50 annos, alfaiate, natural de Fafe.

Tabella n.º 782.

Operador Dr. Moraes Frias.

Entrou no dia 15 de Março de 1916.

**Estado actual.**— Vomitos constantes acompanhados de dores intoleraveis.

Inanição completa. Grande anemia.

Em 20 de Março a  $TM = 8$  e  $Tm = 7$ , quatro dias depois  $TM = 11$  e  $Tm = 7$ .

**Historia da doença.**— Ha muitos annos que vinha soffrendo do estomago, tendo azia durante mezes seguidos, indigestões, etc, e por fim accentuaram-se todos os symptomas duma estenose pylorica.

**Antecedentes pessoais.** — Sómente podemos apurar que tinha hábitos alcoolicos.

**Diagnostico.** — Estenose pylorica por hypertrophia.

Foi operado no dia 6 de Abril de 1916 tendo-se feito uma «gastro-enterostomia posterior» com anesthesia local pela novocaina. No dia anterior da operação deu-se-lhe ás oito horas um clyster de limpeza ás nove horas uma injeção de 25 cc. de azeite esterilizado e lavado, ás 10 horas clyster alimentar ás 12 horas injeção de esparteina com estrychnina, ás 12 horas injeção intra-venosa de sôro glycosado, ás 16 horas clyster 250 gr. de sôro physiologico, ás 18 horas injeção de 25 c. c. de azeite, ás 20 horas clysteres alimentares, ás 21 injeção intravenosa de sôro glycosado.

Depois da operação deu-se-lhe uma injeção de 20 c. c. de oleo camphorado, 500 c.c. de sôro physiologico e 2 c. c. de esparteina.

Falleceu no dia 10 de Abril de 1916.

## Proposições

---

**Anatomia.** — E' sómente depois dos nove annos de idade que a bacia da mulher começa a sofrer grandes modificações.

**Histologia.** — A hemoglobina não crystalisa com a mesma forma geometrica nem com a mesma facilidade em todos os vertebrados.

**Physiologia.** — Não me posso convencer de que a intelligencia seja uma funcção do cerebro, como a bilis é uma funcção do figado.

**Anatomia pathologica.** — Não ha nephrites exclusivamente parenkimatosas ou intersticiaes, mas sempre nephrites mixtas.

**Pathologia geral.** — O surmenage mental e os desgostos prolongados têm grande influencia no desenvolvimento do cancro.

**Hygiene.** — No nosso paiz é preciso ser politico antes de ser hygienista.

**Medicina legal.** — Nas intoxicações pelo oxido de carbono a unica prova segura é a da anaiyse spectral do sangue.

**Operações.** — Na execção da gastro-enterostomia, prefiro o methodo de Moynihan.

**Partos.** — O mal de Bright, com impermeabilidade ao azul de methyleno, não é forçosamente uma causa da éclampsia.

**Clinica medica.** — A anemia produzida pelas hematemese do cancro do estomago, é mais difficil de reparar do que a da ulcera, embora as hematemese d'esta sejam mais abundantes.

**Clinica cirurgica.** — Todos os traumatismos do thorax devem sêr seguidos duma auscultação rigorosa.

---

VISTO.

*R. Frias.*

IMPRIMA-SE.

*Pinho.*