

APRESENTAÇÃO DE UM CASO DA 18.^a ENFERMARIA

Por Argemiro Dias

Apresentando-vos esta tão singela quão pequena contribuição com a finalidade de chamar a atenção sôbre minúcias desprezadas — e por muitos na prática médica —, não somos presunçosos em apresentar mérito científico. Menos ainda temos a aleivosia, a deslealdade de criticar terceiros sôbre erros que nós próprios poderíamos tê-los cometidos.

No terreno as vêzes confuso, obscuro e traiçoeiro do abdomen agudo cirúrgico, são não raros difíceis, desconcertantes, os quadros que se nos apresentam; e daí não estranharmos atitudes errôneas tomadas por clínicos ou cirurgiões.

Unicamente nos move o desejo de reunir a apresentar-vos um caso que nos pareceu assás interessante, tanto pelos antecedentes clínicos como e mais ainda após o ato cirúrgico, que trouxe mais luz sôbre aquêles. É assim que imbuídos apenas desta idéia não vimos aqui, tão pouco, discutir sintomatologia clínica das apendicites agudas, gastrites, cólicas hepáticas, verminoses, úlceras gastro-duodenais perfuradas, etc. Por seus sinais subjetivos e objetivos e muito menos seu diagnóstico diferencial, que vêzes consideráveis só é possível com o auxílio de exames complementares.

O que nos propusemos fazer é simplesmente tudo quanto a presente observação nos mostra, pois que daí fácil será a cada um tirar suas conclusões — que então nos parecerão óbvias.

OBSERVAÇÃO

Identidade civil e profissional: S. C. S., 22 anos de idade, branco, masculino, solteiro, operário. Natural de Tôres, residente há 3 anos nesta Capital. Baixou na 18.^o enfermaria desta S. Casa em 10-10-49. — Papeleta n.^o 16.902. Leito 3.

Anamnese atual: Aproximadamente há 8 anos começaram a molestá-lo intensa azia e eructações. Passaram-se assim uns 5 anos, quando então começou a sentir dôres no epigastro irradiadas mais ou menos em faixa no abdomen superior. Também nesta

época começou a sentir, após as refeições, náuseas, isto de início, para logo depois ter os já anunciados vômitos. A partir daí o estado do paciente foi se agravando, sendo que ditas dôres epigástricas tinham irradiações mais para o lado esquerdo e dorso.

Tinha bom apetite mas geralmente rejeitava os alimentos, pois além das dôres, os vômitava mais tarde. Digestão difícil, com sensação de plenitude gástrica e peso no epigastro. Passou, então, a alimentar-se com frutas, purés e chás. Prisão de ventre.

Consultou um clínico que o informou sofrer de afecção hepática, tratando-o por mais de 1 ano. Como não obtivesse qualquer melhora abandonou o tratamento.

Por êsse tempo passava épocas de 30 a 40 dias sem nada sentir, para logo voltarem as dôres e vômitos que o obrigavam por vêzes a ficar até 15 dias sem ir ao trabalho.

Na firma onde trabalhava tinha muitas vêzes de suspender sua obrigação por força das dôres que sentia.

Em outras ocasiões tendo passado mal durante à noite chegava atrasado ao emprêgo. Porisso e pela ineficácia do tratamento, era tido pelos seus colegas e patrão como um simulador.

Nosso paciente, no dia 7 de agosto dêste ano, após jantar muito pouco, começou a sentir-se indisposto. A seguir dôres violentas no epigastro, hipocôndrio e flanco E.E., vômitos líquidos e alimentares, tudo com grande aparato e formando um quadro assustador. Umas duas horas após já se encontrava em estado de torpor, quase inconsciente. Chamado o Pronto Socorro diagnosticaram apendicite aguda, sendo o paciente conduzido àquêle Hospital, onde foi de pronto apendicectomizado. (Estivemos naquele Hospital mas nenhuma informação de interêsse conseguimos. Apenas um resumo em 3 linhas onde dizia tratar-se de um abdomen agudo. Febre alta. Sinal de Murphy positivo. O quadro febril variou em torno de 38° e 39° nos quatro primeiros dias normalizando depois. Não conseguimos saber das razões por que ficou hospitalizado 10 dias quando sabemos naquele Hospital

êstes casos costumam ter alta dentro de 6 ou 7 dias. Não nos foi possível um encontro com o cirurgião para obter informações mais precisas).

Com alta, um pouco melhor, retirou-se para sua residência, mas ainda sentindo dôres quase contínuas, de média intensidade, no epigástro e hipocôndrio E., com irradiações para o dorso. Note-se que no local da operação nada sentia. Após 4 dias em casa, sempre acometido das ditas dôres, começou a vomitar, à tarde; êstes vômitos, no dizer do paciente, de início se apresentavam aquosos e amarelados, depois alimentares. Foi então chamado um médico que, como antes fizera o outro, lhe comunicou "estar sofrendo do fígado", receitando vários medicamentos, os quais o doente não os tolerou dizendo "queimavam-lhe o estômago"; limitando-se apenas a tomar sedantes para a dôr.

Como não mais pudesse suportar esta situação, procurou a S. Casa onde o baixaram na 20.^a enfermaria. Alí esteve 4 dias e após exames foi diagnosticado portador de uma verminose responsável pelo quadro clínico. Com uma dose de óleo de quenopódio e, ainda, sentindo as mesmas dôres voltou à sua casa. Tomou o medicamento mencionado e não tendo expulsado qualquer "verme visível", mais porque continuavam seus sofrimentos, tomou outro vermifugo sem ter nenhuma melhora.

Assim passou mais umas 3 semanas em casa. Dôres intensas nas regiões antes ditas e vômitos vespertinos. Apresenta sempre bom apetite, mas teme alimentar-se porque sabe que dalí a instantes estará sofrendo.

Ao levantar-se, diz êle, nada sente; porém meia ou uma hora depois do café começa a dôr, tipo pontada no epigástro com irradiação para o quadrante superior E., do abdomen, e dorso. Esta dôr vai se intensificando, obrigando-o a tomar então algum calmante.

Após o almoço, decorrida a máximo uma hora, recomeçam as mesmas dôres. Sente grande repleção gástrica, pirose, alguma cousa queimando, latejando dentro de seu estômago, exacerbando-se a dôr se procura êle deitar-se.

Apresenta o acme doloroso mais ou menos às 16 horas, quando começa a vomitar: de início uma água amarelada e a seguir os alimentos que ingerira durante o dia. Aí aliviam tôdas as dôres, ficando apenas

algo latejando no estômago e o enfermo cansado, abatido, repousa tôda a noite, não jantando, porque senão é molestado também durante o sono.

Anamnese fisiológica: Bom apetite. Insônia, às vêzes. Constipação intestinal. Fezes duras, não sabendo informar sôbre sua coloração. Micção normal. Psiquismo lúcido porém muito nervoso.

Anamnese remota: Apenas doenças próprias de infância.

Anamnese familiar: Pai falecido, era doente. Mãe viva, sadia. Seis irmãos falecidos, todos na primeira infância, ignora a causa. Um irmão vivo, sadio.

EXAME OBJETIVO

Biotipo: Longilíneo. Facies: atípica. Atitude no leito: Chamou-nos a atenção, durante os 10 dias que o enfermo esteve baixado antes da operação por conservar-se deitado sempre em decúbito lateral e encolhido, com as pernas flectidas sôbre as coxas e a coluna vertebral formando um arco bastante acentuado.

Pele e tec. celular subcutâneo de aspectos normais.

Mucosas visíveis levemente descoradas. Fâneros normais.

EXAME DOS APARELHOS

Aparelho circulatório e respiratório: Sem particularidades.

Aparelho digestivo: Pela inspecção e percussão nada se observava. Pela apalpação provocava-se dôr no epigastro e hipocôndrio D.

EXAMES COMPLEMENTARES

Apenas apresentaremos aqui o exame radiológico que para nosso objetivo é suficiente.

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA DO ESTÔMAGO: em série.

Estômago: Alongado, volumoso, hipotônico e hipocinético, sem comprometimento orgânico, mas com evidências de gastrite. Início do trânsito pilórico retardado.

Bulbo: Acentuadamente deformado com pequena imagem punctiforme central de "nicho de face" e atipia do relevo mucoso.

Arco abdominal: Gastro — bulbo — duodenite.

"Ulcus" bulbar (forma ulcero-edematosa).

Assim com o diagnóstico pré-operatório, radiológico e clínico de úlcera do bulbo duodenal, o paciente foi em 21-10-49 submetido a intervenção cirúrgica, tendo como operador o Prof. S. Eichenberg e 1.º auxiliar o Dr. J. Antunes.

Operação: Gastrectomia.

Técnica operatória: Laparotomia mediana supra umbelical. Exploração da região cole-duodeno-pancreática. Isolamento da grande curvatura e face posterior do estômago em direção do piloro. Isolamento do piloro na pequena curvatura. Passagem de um garrote no antro pilórico, após isolamento do bulbo da vesícula e do fígado. Ressecção do bulbo ulcerado atípicamente conservando a aderência do duodeno sobre o pâncreas.

Fechamento do coto duodenal atípicamente com 3 suturas. Isolamento do restante da pequena curvatura. Ressecção do coto gástrico e anastomose pela técnica de Hoffmeister-Finsterer.

Reconstituição da parede.

Hemostasia e suturas com fios de algodão.

A peça foi enviada ao laboratório para exame anatomo-patológico, ainda não nos tendo chegado o resultado.

Diagnóstico post-operatório: Úlcera do bulbo duodenal perfurada contra a vesícula e face inferior do lóbulo esquerdo do fígado, perivicerite intensa.

Conclusão: Como dissemos no início, nossa intensão não foi discutir diagnóstico ou fazer críticas a quem quer que fosse.

Não resta mais dúvidas que este paciente apresentava uma úlcera de bulbo, que o fazia sofrer há 3 anos.

Indiscutível é, também, que sua úlcera perfurara, o que quase podemos afirmar ter acontecido em 7 de agosto último, quando apresentou um quadro agudo.

Não negamos também que tenha tido sua verminose, visto que uma não impede a existência da outra. O mesmo podemos dizer para alguma afecção hepática, que porventura o tenha acometido.

Mas, nosso intuito foi apenas lembrar o quanto devemos meditar sobre o valor de uma anamnese bem feita, bem dirigida. Vale muitas vezes, vejo agora, uma vida humana. E de que dissabores nos livraremos se perdessemos mais uns minutos em nosso interrogatório.

Por isso vos apresentamos a observação deste enfermo que lamentavelmente, por falta de uma boa anamnese, acreditamos, tanto custou a por fim a seu sofrimento.