SOBRE UM CASO DE INVAGINAÇÃO ILEO-CECAL

pelo

Prof. FREDERICO G. FALK

Cathedratico de Clinica Cirurgica

Ao chegar á minha enfermaria, no dia 3 de Setembro do anno transacto, a irmã me informa que, no mesmo instante, baixára um doente atacado de appendicite aguda. Encontro-o sentado sobre a beira da cama, ainda com sua roupa de casa, torcendo-se de dôres.

Trata-se do alfaiate A. R., com 26 annos de idade, solteiro, de côr mixta, natural deste Estado e residente nesta Capital.

A anamnese, mesmo repetida mais tarde, é muito escassa, tanto em relação aos antecedentes hereditarios como aos pessoaes. Nega qualquer passado morbido, a não ser certas molestias proprias da infancia. Individuo baixo, magro, com as mucosas um tanto descoradas, facies de dyspeptico chronico, o que aliás é contestado por elle. Nega crises anteriores, bem como prisão de ventre e desarranjos intestinaes.

Disseminados pela pelle de quasi todo o corpo, encontram-se numerosos pequenos tumores, variando o tamanho entre o volume de uma ervilha e o de uma avelã pequena. Parece-me um caso de molestia de Recklinghausen, mas o exame laboratorial, mais tarde, firma o diagnostico de fibromatose generalizada pura.

Faz 3 horas que se installou a crise, de modo subito. Dôres violentas continuas no quadrante inferior D do ventre, vomitos frequentes, a principio alimentares, depois aquosos e finalmente biliosos, retenção de fézes e de gazes. Temperatura em 38°,4, pulso 84, regular e de boa tensão.

Um exame rapido revela nitidamente a triade de Dieulafoy, sobresahindo as dôres no ponto de Mac Burney que, até espontaneamente, são quasi insupportaveis. A defeza muscular, por sua vez, é tal que apenas permitte uma palpação superficial, a qual não revela tumor, nem mesmo empastamento. Sensibilidade exaggerada no resto do ventre, notavel meteorismo generalizado, ausencia de massicez na região ileo-cecal.

Afim de não molestar mais o paciente que, em decubito dorsal, tem seus soffrimentos augmentados, desisto de pesquizar outros signaes de appendicite. Concordo com o diagnostico do collega da Assistencia Publica, mandando preparar o doente para a intervenção. Antes de tudo, porém, faço applicar-lhe uma injecção de solução de Dastre, não só para combater as dôres, como tambem para preparal-o para a anesthesia geral.

Uma hora após, encontro-o mais calmo,

muito alliviado das dôres, com a temperatura em 37°,6 e o pulso em 78. Não havendo tempo a perder, não se repete o exame.

Submettido á anesthesia geral pelo ether, é o paciente operado por mim e o Dr. Amaro Baptista, entrando mais tarde o livre-docente Dr. Ervino Presser que se encarrega da segunda parte da intervenção, visto eu ter necessidade de retirar-me mais cedo e não ter contado com a demora. São decorridas 4 ½ horas, desde o inicio da crise.

Incisão para-rectal que usamos em quasi todos os casos de appendicite. Unicamente, quando existirem suspeitas de complicações, é que preferimos a laparotomia mediana, por offerecer mais luz. Pois, no caso presente, apezar das surprezas que nos esperavam, bastou um pequeno augmento da incisão, para operarmos com toda liberdade.

Retirado o appendice, desde logo estranhamos as poucas alterações que elle apresenta. Apenas leve congestão em um ou outro ponto, canal permeavel, ausencia de ulcera, de pús ou mesmo de corpo estranho. Não ha adherencias, nem peri-colite. Ausencia de signaes visiveis de peritonite.

A proposito, e ainda em tempo, surge uma questão: "Será possivel que essas lesões insignificantes possam ter determinado quadro clinico tão accentuado ou melhor tão alarmante?" — Resolvo examinar o cégo que, até então, permanecia na cavidade abdominal. Qual não é a minha surpreza, quando, em seu interior, encontro um corpo estranho, de fórma cylindrica, sem contacto intimo com as suas paredes, e cuja natureza não é possivel reconhecer. Parece tratar-se de um pedaço de carne, de regular comprimento. O cégo com seu conteúdo offerece ao tacto certa resistencia que se póde comparar á conhecida renitencia das hydroceles.

Para chegarmos ao verdadeiro diagnostico, impõe-se a exteriorização do cégo. A' custa de um pequeno prolongamento da incisão, a manobra é facil, visto não haver adherencias. Naturalmente a porção mais proxima do ileo o acompanha. Agora, de um lance e pela simples inspecção, o mysterio se desvenda. Achamo-nos em presença de uma invaginação ileo-cecal.

Emquanto o grosso intestino exteriormente se apresenta em condições normaes, para o lado do ileo e o seu mesenterio encontram-se graves alterações. Impressiona, em primeiro logar, um estrangulamento dessa parte do intestino, onde se formou verdadeiro **nó.** Tanto a alça como o seu mesenterio apresentam-se denegridos, sendo que alguns vasos mesentericos já se acham trombozados. Ainda não ha perfuração, nem gangrena. Acima do estrangulamento o intestino delgado é distendido pelos gazes, mas não de modo exaggerado.

O conteúdo do cégo é constituido por uma alça do ileo que se invaginou pelo **ostium,** tendo levado comsigo o mesenterio correspondente. Nessa peregrinação, o invaginado aloja entre seus dois cylindros a porção proximal do mesenterio, ao passo que a porção distal permanece de fóra, onde se enrolou, formando brida que comprime o ileo, bem proximo ao cégo.

De momento, o caso parece de facil solução. Seccionada a brida, desfazer-se-ia o nó e, em seguida, proceder-se-ia á desinvaginação. Dadas as relativas boas condições da circulação, talvez não haja mistér recorrer-se á resecção. No entretanto, a incisão da brida nada adianta. Nova causa de constricção se apresenta: o proprio **ostium** ileo-cecal. Ha, portanto, tres causas de estrangulamento: o **ileus** da propria alça, a compressão pela brida mesenterica e a constricção ao nivel do **ostium.** Convém declarar que não insistimos nas tentativas de desinvaginação, por desconhecermos as condições de vitalidade do intestino, ao nivel do **ostium.** Nem mesmo conseguimos defazer o nó.

Nestas condições, impunha-se a resecção em massa. A ablação do cégo é praticada um pouco para cima, sacrificando-se assim

alguns centimetros do colon ascendente. Fechamento em sacco, por meio de duas suturas superpostas. Reseccada a parte estrangulada do ileo, é o restante implantado sobre a tenia do colon ascendente (anastomose termino-lateral). Ablação do mesenterio suspeito e fechamento da janella consecutiva.

Fechamento do ventre, não sem deixar um grosso tubo de drenagem, apezar da ausencia de peritonite. Sutura da parede em tres planos, ainda com dreno de gaze no tecido cellular sub-cutaneo. Injecção de 500 cc. de sôro artificial e posição do operado em Fowler, durante alguns dias.

Sequencias operatorias excellentes, apenas pequena suppuração da parede que nos obriga a retirar alguns pontos da pelle. D'ahi naturalmente cicatrização mais demorada.

Espontaneamente apparece, no quarto dia, a primeira defecação. D'ahi por diante, este acto physiologico se realiza com a maxima regularidade.

Ao cabo de 3 semanas, o paciente obtem alta, completamente restabelecido. Antes, porém, mandamos tirar uma radiographia que confirma o bom resultado anatomico e funccional da anastomose.

Por ella verifica-se tambem que o paciente soffre de uma ptose do colon transverso, sendo de admirar que elle tenha

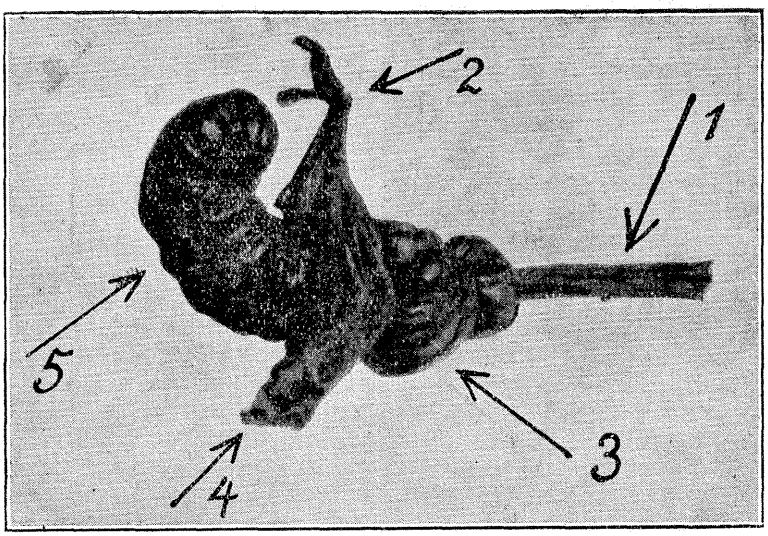
negado perturbações digestivas, ainda mais, si tomarmos em consideração o estado espasmodico de todo o grosso intestino. Ainda outro facto deve surprehender. E' a inversão da porção inferior do colon ascendente, quando a tinhamos encontrado e deixado em posição normal. O novo cégo está de fundo voltado para cima. Effeito

da ptose ou do peristaltismo? — Pelo menos, faz suppôr grande mobilidade do colon ascendente.

Examinemos agora a peça que, durante 4 ou 5 dias, permaneceu conservada em alcool. No cliché, ella se apresenta em posição normal, tal qual ella se encontrava na cavidade peritoneal. Devemos, porém, advertir que, na occasião de ser photographada pelo Dr. Presser, a posição era outra. Achava-se ella de encontro a uma taboa e dependurada pelo ileo. E' por este motivo que a sua parte livre se apresenta completamente recta.

Batida a chapa photographica, procedemos á abertura da peça. Mais uma vez reconhecemos a importancia da constricção ao nivel do **ostium.** Annullada sua acção, tudo se desfez com a maior facilidade. Tratava-se de uma invaginação simples, isto é, de tres cylindros, sendo o externo formado pelo cégo, e os outros dois, pelo invaginado; entre estes dois achava-se alojado o mesenterio. Comprimento do invaginado 20 cm. Total de ileo reseccado 98 cm.

Como preliminarmente tivesse sido praticada a appendicectomia, tivemos ensejo de, pela primeira vez, apreciar o coto in-



O cégo, aberto longitudinalmente, tem suas duas metades desviadas para a direita e fixadas com pregos. As setas indicam os pontos mais importantes. Assim o n.° 1 representa a porção recta do ileo (recta por distenção); o n.° 3 corresponde ao estrangulamento do ileo, em fórma de nó; ns. 2 e 4 indicam as duas metades do cégo desviadas para a direita, ao passo que a seta n.° 5 mostra a alça invaginada.

A parte do intestino delgado que esteve comprimida pela brida mesenterica, não apparece, por estar coberta pelo cégo bipartido.

vaginado pelo lado de dentro. Achava-se elle nas condições requeridas por uma boa technica.

Digamos agora algo sobre o diagnostico e sobre as invaginações em geral. Não ha duvida que o nosso diagnostico estava errado, redondamente errado. Mas, diante daquelle quadro clinico e diante da opposição do doente a um exame mais meticuloso, quem não teria incorrido no mesmo erro?

A causa principal de nosso engano foi a raridade do caso, em adultos, e portanto a falta de lembrança de podermos estar

em face dessa entidade morbida. Em 32 annos de clinica particular e em 36 de serviço hospitalar, é a primeira vez que o encontro, em adulto, ao passo que em creanças elle é frequente. E' assim que Duval dá, para as creanças menores de um anno, uma percentagem de 68. Grisel calculou, para as creanças em geral, 82 %, ao passo que Wiggin fala até em 89 %.

Entre todas as invaginações intestinaes, é a ileo-cecal a mais frequente, variando os calculos entre 52 e 64 % (Flesch-Thebesius).

A invaginação póde ser aguda, sub-aguda ou chronica. Nesta e nos casos sub-agudas, a occlusão é incompleta e a defecação ainda se realiza, acompanhando-se quasi sempre de catarrho, sangue e tenesmo, tanto que tem sido confundida com a colite. No nosso caso tratava-se da fórma aguda, com occlusão completa. Impunha-se, pois, a intervenção immediata.

Na invaginação ileo-cecal, é a parede do **ostium** que representa o ponto de apoio ao ileo, cuja migração póde assumir grandes proporções, a ponto de chegar a transpôr o esphincter anal. Desde que o invaginado adquira certo comprimento, falamos em invaginação ileo-colica. Penso, porém, que, no nosso caso, a denominação de ileo-cecal está bem applicada, porque quasi todo o invaginado se encontrava no cégo.

O mesenterio naturalmente acompanha o invaginado, exercendo sobre elle forte tracção. E' por este motivo que a alça, no nosso caso, se mostra tão curvada.

Entre as muitas causas que podem produzir o accidente, talvez o estado espasmodico do colon do nosso paciente possa ser considerado como o responsavel. Si o desfecho foi favoravel, devemol-o unicamente á intervenção precoce, antes que sobreviessem as conhecidas complicações de gangrena, perfuração intestinal e peritonite.